

ISSN 1390-910X



laU INVESTIGA

Volúmen 3
Número 2
2016

Revista Científica
Facultad Ciencias
de la Salud



La U INVESTIGA

VOL 3 NÚMERO 2 ISSN 1390-910X
JULIO-DICIEMBRE 2016 IBARRA- ECUADOR AÑO 2016

LA U INVESTIGA: REVISTA CIENTÍFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Volumen 3. Número 2 Julio – Diciembre 2016. Revista Semestral de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte – Ibarra- Ecuador. Publicación dedicada a estudios de las ciencias afines a la salud.

Las ideas y expresiones utilizadas en las colaboraciones son de exclusiva responsabilidad de los autores y coautores.

CONSEJO EDITORIAL UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón

DIRECTORA GENERAL

MSc. Silvia Marcela Baquero Cadena

EDITORA RESPONSABLE

MSc. Rocío Castillo Andrade

DECANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

MSc. Susana Meneses

SUBDECANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

MSc. Viviana Espinel Jara

SECRETARIA DE REDACCIÓN

MSc. Ximena Tapia Paguay

ASISTENTE DE REDACCIÓN

CONSEJO EDITORIAL EXTERNO

PhD. Raquel Salazar

UNIVERSIDAD DE ORIENTE VENEZUELA

PhD. Eloy Fernández

UNIVERSIDAD CHECA DE CIENCIAS DE LA VIDA DE PRAGA

PhD. Adrián Alasino

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

PhD. Ysabel Casart

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

PhD. Jesús Molina

UNIVERSIDAD DE ILLES BEALEARS

COPYRIGHT: La U Investiga Revista Científica Facultad Ciencias de la Salud 2016, Universidad Técnica del Norte. Se permite la reproducción total o parcial de esta revista citando la fuente.

ISSN 1390-910X

LA U INVESTIGA
REVISTA CIENTÍFICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Volumen 3. Número 2 Julio – Diciembre 2016
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



RECTOR

Dr. Miguel Edmundo Naranjo Toro
Dirección: Avenida 17 de Julio 5-21 y General José María Córdova
Código Postal: 199
Ibarra, Ecuador
Teléfono: +593 (6) 2997800 Extensión: 7010
Email: rectorado@utn.edu.ec

DIRECTORA GENERAL

Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón
Teléfono: +593 (6) 2997800 Extensión: 7709
Email: lauinvestiga@utn.edu.ec

EDITORA RESPONSABLE

MSc. Marcela Baquero Cadena
Teléfono: +593 (6) 2997800 Extensión: 7700
Email: smbaquero@utn.edu.ec

CORRECCIÓN DE ESTILO

DISEÑO, DIAGRAMACIÓN Y MAQUETACIÓN

Lic. Pablo Javier Grijalva Rodas

TIRAJE: 500 ejemplares

EDITORIAL: Universidad Técnica del Norte

LUGAR: Ibarra - Ecuador

DIRECCIÓN: Avenida 17 de Julio 5-21 y General José María Córdova

Teléfono: +593 (6) 2997800

CONTENIDOS

1. MELANOMA ANTEBRAQUIAL DERECHO METASTÁSICO A PARED ABDOMINAL Y PELVIS PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Loza Orozco José Ferdinand, Vega Martínez Verónica Alicia/ SOLCA IMBABURA 9

2. CARCINOMA PAPILAR DE LOCALIZACION EXTRATIROIDEA Barros Bravo Douglas Humberto, Carrión Guzmán Cecilia de los Ángeles, Silva Acosta Favio Sebastián, Moreno Chalacán Christian Adalberto/ SOLCA QUITO SOLCA IMBABURA 18

3. TUMORES DEL GOLFO DE LA YUGULAR Velasco Altamirano Hugo Miguel , Rosales Cartagena Pedro Felipe, Vega Martínez Verónica Alicia, Silva Acosta Favio Sebastián, Moreno Chalacán Christian Adalberto / SOLCA – QUITO, SOLCA IBARRA 26

4. ESTUDIO COMPARATIVO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 1 A 3 AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “CENTRO PUCARA” Y “GOTITAS DE AMOR” DEL CANTÓN ANTONIO ANTE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. Hernández Rosero Erika Valeria, Suarez Montalvo Mario Roberto, Maldonado Landázuri Mónica Valeria, Morales Camuendo Bayron Francisco/ CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL/ HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 39

5. ADAPTACIONES DE LAS TÉCNICAS COMUNICACIONALES AL PROCESO TERAPÉUTICO DE SALUD MENTAL INFANTIL León Ron Mayra Verónica, Posso Yépez Miguel Ángel, Galárraga Andrade Anabela Salomé, Ureña Prado Yaqueline Elizabeth, Ruíz Chagna Claudia Alicia/ UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE/ UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO 51

6. LA DINÁMICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: UNA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. Rojas Conde Luis Geovanny, Montoya Rivera Jorge / UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO/ UNIVERSIDAD DE ORIENTE 65

7. LAS AGRESIONES EN LAS PAREJAS DE ENAMORADOS EN LA ADOLESCENCIA Y EL EQUILIBRIO EMOCIONAL Posso Yépez Miguel Ángel, Pabón Ponce Mayra Karina, Nelson Iván Bedón Suárez, Ramírez Tobar Verónica Gabriela/ UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE 77

8. RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "LAS AMERICAS" Fernández Nieto Miriam Ivonne, Gavilanes Fray Verónica del Pilar, Guadalupe Núñez Sara Verónica, Herrera López José Luis/ UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO 91

9. ESTUDIO DE LA POSTURA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DEL CANTÓN ANTONIO ANTE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA. Andrade Zumárraga Raquel, Potosí Moya Verónica Johana, Escobar Beltrán María Teresa, Zurita Pinto Daniela Alexandra, Huaca Guevara Grace Andrea / UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE 98

10. CARACTERIZACIÓN DE CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, Huaca Guevara Grace Andrea, Adriana Edit Miniet Castillo, Jeliz Reyes Zamora, Gordillo Alarcón Alicia Salomé, Daniela Alexandra Zurita Pinto/ / UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE 106

11. INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MADRE TERESA BACQ" IMBABURA- ECUADOR, Adriana Edit Miniet Castillo, Huaca Guevara Grace Andrea, Jeliz Reyes Zamora, Gordillo Alarcón Alicia Salomé, Proaño Rosero Alan Roger UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE 117

12. ACCESO A LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE LLAMADAS, QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD SAN ANTONIO, TANGUARIN IBARRA, ECUADOR 2016. Mafla Herrería Laura Isabel, Báez Morales Widmark Enrique, Hidrobo Guzmán José Fabián, Meneles Dávila Susana Margarita, Jaramillo Villarruel Darwin Enrique/ UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE 129

13. PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA PARROQUIA URBANA DE URCUQUÍ. Alvear Reascos Rodrigo Roberto, Acosta Vinuesa Lola Yesenia, Baquero Cadena Silvia Marcela, Zurita Pinto Daniela Alexandra, González Pardo Secundino/ UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE. 138

La Revista la U investiga avanza de manera consistente en su afán de difundir la investigación realizada por profesionales de la salud apasionados con este proceso.

En el presente volumen se distinguen varios ámbitos de la investigación en salud desde artículos asociados a la promoción de salud, prevención de enfermedades, así como investigaciones de casos clínicos que evidencia la experiencia del equipo de salud en patologías específicas. Hay que resaltar que muchos de los artículos presentados en el volumen actual corresponden a los resultados de investigaciones ejecutadas en la academia, propias de la Universidad Técnica del Norte y de otras.

Es indispensable resaltar la elevada acogida que mantiene la Revista Científica La U Investiga, al momento con el Volumen tres Número dos, en la cual han entregado sus trabajos tanto investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud como de otras Facultades de la Universidad Técnica del Norte, así como investigadores de otras Instituciones de Educación Superior, además el interés que han manifestados los profesionales médicos/as, enfermeras/os de hospitales tanto públicos y privados. Lo que ha permitido el cumplimiento de estándares de calidad de revistas científicas académicas, como está calificada la revista en mención.

El proceso de selección y aprobación de los artículos científicos es extremadamente riguroso e inicia con una primera revisión por parte del Consejo Editorial de la Universidad Técnica del Norte para luego ser revisados de manera minuciosa por los miembros del Consejo Editorial Externo que incluye expertos científicos externos a la universidad con afinidad en el tema. Para posteriormente ser corregidos por sus autores y finalmente aprobados por el comité editorial.

La perspectiva de la Revista la U Investiga en corto plazo es de consolidarse como un espacio de difusión de la investigación académica; de resultados de investigaciones de campo que permitan visibilizar la problemática social y de salud de las poblaciones constituidas en el ámbito de acción de la institución. Sin embargo, también se enmarca en un instrumento de difusión de investigaciones médicas de centros asistenciales públicos y privados que les permiten a sus profesionales dar a conocer sus hallazgos y compartirlos con la comunidad científica.

A largo plazo y en consideración de que la Revista La U Investiga tiene indexación a la base de datos Latindex, es ahora una prioridad avanzar con este proceso en otras bases de datos que implique la difusión a nivel mundial y el mayor impacto del presente instrumento que entregamos a la comunidad científica.

Dra. Salomé Gordillo Alarcón
Editora General

DEFINICIÓN DE LA REVISTA

La U investiga, fundada en el año 2014, es única publicación semestral de contenido científico que se edita en La Universidad Técnica del Norte Ibarra – Ecuador. Son características fundamentales de esta publicación el rigor científico y metodológico de sus artículos y la actualidad de los temas.

Los contenidos de la revista abarcan: artículos originales, artículos cortos, reflexiones bibliográficas sistémicas, artículos de reflexión, reporte o estudios de casos y cartas al editor. Los trabajos de investigación son rigurosamente seleccionados atendiendo a su calidad, originalidad e interés. La U investiga cuenta con información científica de reconocida calidad, como demuestra su inclusión en un prestigioso índice bibliográfico de Latinoamérica como es Latindex.

SISTEMA DE ARBITRAJE

Los artículos recibidos para la publicación serán revisados inicialmente por el Comité Editorial para verificar el cumplimiento de los criterios solicitados por la revista. En el caso de no cumplir se le informara inmediatamente al autor/es.

Una vez revisados los documentos, los artículos se someterán a la revisión de pares externos especialistas en el tema. Esta revisión se llevará a cabo en el original completo a través de una revisión ciega de contenidos. Los pares evaluadores externos responderán en un plazo máximo de 2 semanas con una evaluación del trabajo, que incluye sugerencias sobre cómo mejorarlo. Esto recibe el 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, animando a los autores a revisar el documento y someterlo a revisión nuevamente
- Rechazo incondicional.

De esta manera se tendrá la certeza que los artículos que se publican en la revista de la Facultad Ciencias de la Salud de la UTN, contribuyen satisfactoriamente en la investigación, el desarrollo científico y tecnológico; y a su vez al avance en el conocimiento y fortalecimiento del área de salud.



La U INVESTIGA

ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

MEDICINA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

MELANOMA ANTEBRAQUIAL DERECHO METASTÁSICO A PARED ABDOMINAL Y PELVIS PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

MELANOMA RIGHT FOREARM PRESENTS METASTASIS TO ABDOMINAL
WALL AND PELVIC CAVITY

A Case Report

Loza Orozco José Ferdinand

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLO-
GICA/ CIRUJANO ONCÓLOGO SOLCA IMBABURA

Vega Martínez Verónica Alicia

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

Autor para correspondencia: verovmd21@gmail.com

Manuscrito recibido el 06 de Septiembre del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

El melanoma es una neoplasia maligna originada en los melanocitos de la epidermis, la incidencia y mortalidad del melanoma han incrementado de forma considerable en las últimas décadas, en aéreas donde la intensidad de la luz ultravioleta es mayor. Los factores de riesgo incluyen la exposición a factores ambientales y a la predisposición constitucional. El diagnóstico temprano del melanoma es de vital importancia para reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico.(9)

La supervivencia varía en función del estadiaje del tumor; donde la presencia de metástasis ganglionares y extensión a otros órganos afecta de forma directa disminuyendo su tasa de supervivencia; recopilando la literatura se ha verificado que las metástasis a otros órganos como el aparato digestivo corresponden al 10% a pared abdominal y cavidad pélvica son menores al 10%. Se presenta el caso de una paciente; tratada en la Unidad Oncológica SOLCA Imbabura (UOSI) desde el año 2011 con una lesión primaria en piel de región antebraquial derecha con exéresis completa y vaciamiento ganglionar derecho 0/25 ganglios; a los 3 años de PLE (periodo libre de enfermedad) se evidencia la presencia de metástasis a nivel de TCS de hombro derecho, pared abdominal y cavidad pélvica; requiriendo resolución quirúrgica con resecciones tumorales, metastasectomía de pared abdominal con colocación de malla de Marlex y tumorectomía pélvica en bloque que incluyo trompa derecha y útero, cirugías R0. Al momento la paciente se encuentra con ECOG 0, en tratamiento adyuvante.

Palabras claves: Melanoma, cutáneo, metástasis, ganglio, recurrencia, metastasectomía, quimioterapia.

ABSTRACT

Melanoma is a malignant neoplasia developed from melanocytes on the epidermis. Incidence and mortality from melanoma has been increasing considerably in the last decades, especially in geographical zones where ultraviolet light is more intense. Risk factors include exposure to environmental factors as well as genetic predisposition. Early diagnosis of melanoma is vital in reducing mortality and improving prognosis.(9)

Survival varies in function of the stage of the tumor, where the presence of lymphatic metastasis and spread to other organs affects directly lowering the respective rate of survival. In a literature compilation, it has been demonstrated that metastasis to other organs such as the digestive system correspond to 10% and metastasis to abdominal wall and pelvic cavity are lower than 10% as well. A female patient case is presented, being treated at the Oncology Unit of SOLCA Imbabura (UOSI) since 2011, the patient suffered of a primary skin lesion on the right forearm region with complete exeresis and lymph node emptying (0/25 nodes). After 3 years of disease-free period, the patient presents metastasis to abdominal wall and pelvic cavity, requiring surgery consisting of metastasectomy in abdominal wall, Marlex mesh implantation and pelvic tumorectomy including fallopian tubes and uterus (R0 surgery). At the moment, the patient's performance status is ECOG 0, expecting adjuvant chemotherapy.

Key words: Melanoma, skin, metástasis, lymph node, recurrence, metastasectomy, chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un cáncer de piel que se origina de las células denominadas melanocitos, las mismas que se originan en la cresta neural y que migran durante el desarrollo embriológico, localizándose en la capa basal de la epidermis. Los melanocitos tienen como función la síntesis de melanina a partir de la tirosina, por medio de la enzima llamada tirosinasa. La melanina realiza una función protectora de las células epidérmicas y se encuentra en igual cantidad en todo el organismo (4).

En el año 2013, en Estados Unidos se estimaron aproximadamente 76.690 casos nuevos de melanoma invasivo de los cuales se estimaron 9480 muertes, identificando que la incidencia de melanoma entre hombres y mujeres va en aumento (1). Dentro del Registro Nacional de Tumores (RNT) de SOLCA Quito, se ha documentado desde el año 2008 al 2012 un total de 12.122 casos de cáncer de piel, de los cuales el número de casos de melanoma corresponden al 45% (8).

A pesar de las cirugías adecuadas y tratamientos adyuvantes aprobados, las tasas de recurrencia se mantienen altas para la enfermedad.

En el melanoma se ha identificado dos fases de crecimiento:

Fase de crecimiento radial: En esta fase de crecimiento las células neoplásicas crecen confinadas a la epidermis o a la dermis superficial. Es una etapa temprana del desarrollo de la enfermedad, donde el diagnóstico precoz y el tratamiento correcto posibilitan la curación de la misma (4) (5) (7).

Fase de crecimiento vertical: En algunos tipos de melanoma luego de un período variable que oscila entre uno

y dos años, el patrón de proliferación de las células en la dermis se modifica: aparecen células nuevas que proliferan disponiéndose en nódulos que se expanden más rápido que el resto del tumor. Esta fase implica mal pronóstico (4) (5) (7).

Se han descrito clásicamente 4 formas clínico-patológicas de melanoma cutáneo (4) (5) (7).

1. Melanoma de extensión superficial: es la forma más frecuente representa el 70% de los casos de melanoma. Puede localizarse en cualquier zona del cuerpo, siendo más frecuente en el torso de los varones y en las extremidades inferiores de las mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico es de 44 años y generalmente la lesión tiene una evolución de entre 1 y 5 años. La lesión clínica suele ser una placa pigmentada, palpable, de 1cm a 2,5 cm de diámetro, de color marrón oscura, negro (4) (5) (7).
2. Melanoma nodular: Es la segunda forma de melanoma en frecuencia. Puede desarrollarse en cualquier localización. El melanoma nodular tiene una fase de crecimiento corto, entre 6 y 18 meses. Clínicamente la lesión suele tener entre 1 y 2 cm de diámetro y aparece como una lesión papulo-nodular, pigmentada, de coloración marrón oscura, negra con áreas sonrosadas (4) (5) (7).
3. Lentigo Melanoma: Consiste en una lesión pigmentada que se observa en áreas expuestas (con daño solar intenso), especialmente en cara y el cuello de personas mayores (4) (5) (7).

4. Melanoma lentiginoso acral: Es el menos frecuente, representando un 2 a 8% de los melanomas, pero es la forma más frecuente de melanoma en personas de raza negra y asiáticos. Esta forma de melanoma se localiza especialmente en palmas, plantas y región periungueal; generalmente se observa en personas mayores, con una edad media de 65 años y un período de evolución de 2,5 años (4) (5) (7).

El diagnóstico clínico de melanoma se basa en el reconocimiento de las características clínicas de las formas de melanoma, es decir el reconocimiento e identificación de la transformación de un nevus preexistente, por el crecimiento asimétrico, bordes imprecisos,

coloración abigarrada con áreas negras y áreas menos pigmentadas o azuladas que representan áreas de regresión. La utilización sistemática de los criterios clínicos resumidos en el acrónimo ABCD (A: Asimetría; B: bordes irregulares; C: coloración heterogénea; D: diámetro mayor de 6mm), es útil para discriminar entre las lesiones benignas y aquellas en las que existe un grado de sospecha (9).

Cuando existe la sospecha clínica de que una lesión cutánea puede ser un melanoma, la técnica de diagnóstico recomendada es la realización del estudio histopatológico mediante la práctica de una extirpación-biopsia incluyendo toda la lesión, con margen libre de piel sana tal como se detalla en la Tabla 1 (9) (6) (7)

MARGENES QUIRURGICOS RECOMENDADOS EN EXERESIS DE LESIÓN PRIMARIA DE MELANOMA

PROFUNDIDAD DEL TUMOR	MARGEN CLINICO RECOMENDADO
IN SITU	0.5 – 1.0 cm
< 1.0 mm	1.0 cm (categoría 1)
1.01 -2mm	1- 2 cm (categoría 1)
2.01 - 4mm	2 cm (categoría 1)
>4mm	2 cm (categoría 1)

Confirmado el diagnóstico, se realizará estudios de imagen y laboratorio para determinar el estadiaje respectivo tomando como base en la UOSI la guía NCCN 2015. Se considera realizar ganglio centinela para determinar el beneficio de la disección ganglionar respectiva (4) (5) (6)

El estudio anatómico-patológico y el estadiaje determinan la planificación terapéutica. El grado de invasión de Clark y de espesor de Breslow, nos permiten medir el crecimiento vertical del melanoma y considerar el pronóstico de la enfermedad (7) (8)

Las metástasis ganglionares que se determinan por vía linfática a ganglios

regionales dependerán tanto de la localización del tumor primario como de su espesor; determinando al compromiso ganglionar como uno de los factores pronósticos a considerar (7) (9).

La biopsia del tumor primario debe ser escisional con márgenes de tejido macroscópicamente sano tal como lo señalan por las Guías de la NCCN. El período de tiempo entre la biopsia diagnóstica y el tratamiento quirúrgico definitivo debe ser el mínimo posible y debe considerarse siempre el manejo multidisciplinario (6).

Aunque el melanoma que se diseminó a sitios distantes es solo curable en

escasas ocasiones, las opciones de tratamiento en relación a los avances de biología molecular aumentan rápidamente.³

Estudios clínicos aleatorizados han demostrado que usando Interleucina 2 (IL-2) a largo plazo, la respuesta clínica fue duradera en aproximadamente 5 % de los pacientes; sin embargo, las bajas tasas de respuesta y toxicidad significativa impidieron este tratamiento en la mayoría de los pacientes con melanoma (3).

Las investigaciones se han concentrado en la inmunoterapia para el tratamiento de melanoma. Aunque ninguno de ellos parece ser curativo cuando se usa aisladamente, los datos preliminares en correlación a combinaciones farmacológicas son prometedoras.

CASO CLÍNICO

El presente caso clínico corresponde a una mujer de 45 años de edad, residente en la ciudad de Ibarra que acudió por primera vez a Unidad Oncológica SOLCA Imbabura el 04 de agosto del 2011; por presentar desde hace 10 años una lesión hiperpigmentada en piel de la cara dorsal del tercio medio distal de la región antebraquial derecha, la misma que determinó crecimiento progresivo; inicialmente esta lesión curso asintomática, sin embargo secundario a manipulación identifica sangrado, crecimiento progresivo y que finalmente que llega a fungarse.

Al examen físico en la fecha señalada la paciente se presentó hemodinámicamente estable ECOG: 0. K: 100%. TA:120/70. FC:84x'. Cuello: movilidad conservada tiroides 0A, no adenopatías cervicales o supraclaviculares, cardiopulmonar normal, linfoproliferativos axilares bilaterales normales, abdomen: normal. Extremidades: Lesión

tumoral ulcerada, fungada de 1.5 x 2 cm, no exudativa de bordes irregulares, no lesiones satélites o lesiones en tránsito. El 08 de agosto del 2011 se realiza biopsia escisional, el reporte Histopatológico concluye como melanoma nodular con reacción linfocitaria escasa, BRESLOW 3mm, CLARK IV, bordes quirúrgicos profundo, proximal, distal, medial y lateral libres de neoplasia, el más próximo a 0.8 cm (profundo), invasión vascular o neural no identificada, estadio patológico pT3. La paciente fue evaluada por oncología clínica con exámenes de extensión: TAC S/C corporal del 09/09/2011 que informo sin signos de actividad tumoral metastásica. LDH: 130,8 u/ (135-214), Por el grado de Clark y Breslow, condición pT y con el objetivo de mejorar el control local de su enfermedad, se realizó el 26/09/2011 ampliación de márgenes y vaciamiento ganglionar axilar derecho cuyo reporte histopatológico informó piel con inflamación crónica granulomatosa, con reacción gigantocelular a cuerpo extraño (hilo de sutura). Negativo para tumor residual. Vaciamiento axilar concluye 25 ganglios linfáticos negativos para malignidad. Paciente pasa a controles estrictos con diagnóstico de melanoma nodular pT3 pN0 Mx EC IIB. LDH (-). Se mantuvo en controles cruzados trimestrales por 2 años y semestrales de forma regular tanto por cirugía oncológica como por Oncología clínica con exámenes de imagen sin evidencia de actividad tumoral. (fig 1 y 2)

En diciembre 2013 acude a control clínico, refiere la presencia de una lesión nodular para-umbilical derecha, dolorosa. Al examen físico se identificó implantes subcutáneos en región deltoidea derecha y una lesión de 3cm para-umbilical derecha, ecografía de partes blandas de pared abdominal realizada el 18 marzo 2014 describe lesión tumoral de partes blandas de

47x36x45mm sugestiva de quiste dermoide. PAAF: sospechoso de melanoma.

RMN S/C de abdomen y pelvis: 27/03/2014: Presencia de una lesión tumoral pélvica heterogénea de 7.8 x 10 x 10.8cm craneocaudal que desplaza vejiga, útero, vasos iliacos y recto, con ganglios inguinales bilaterales que miden hasta 12mm de predominio inguinal derecho; se describe además una masa tumoral de 5x5.5x5.3cm en región subcutánea para umbilical derecha. Se concluye como primera posibilidad como implantes de melanoma y como segunda posibilidad tumor desmoides, adenocarcinoma pélvico (Fig. 3 y 4)

LDH 420 u/l (135-214u/l), se presenta caso a Junta Médica y se decide exeresis tumoral amplia en tejidos blandos (Para umbilical derecho y hombro derecho) más laparotomía exploratoria y probable tumorectomía.

El 07/05/2014 se realiza tumorectomía amplia de implante de pared abdominal mas colocación de malla de proplipileno, con cirugía tipo R0, laparotomía exploratoria con lavado de cavidad y citoreductiva optima con

resección en bloque de tumor pélvico que comprometía a útero y trompa uterina derecha con adherencia firme a recto medio.

En dicho procedimiento se realizó biopsia de implante peritoneal y resección de lesiones subcutáneas en región deltoidea derecha (cirugía R0) y plastia.

Histopatológico:1) Producto de histerectomía subtotal mas piel de abdomen, reporta melanoma maligno, metastasico que involucra tejidos blandos pélvicos y piel abdominal. Tamaño del tumor pélvico de 12 x 9 cm, no se identifica permeación vascular. 2) endometrio proliferativo. 3) Miometrio sin alteraciones 4) trompa uterina libre de neoplasia. 5) tejido adiposo y fibroso: melanoma epiteloide. 6) bloque celular negativo para malignidad. 7) Implante tumoral de hombro e implante tumoral peritoneal: Melanoma Epiteloide

Paciente pasa a oncología clínica en donde se solicitan estudios de extensión que son negativos para actividad tumoral, (fig: 5 y 6) se explica a paciente y familiares pronóstico de enfermedad metastásica y tasas de respuesta con quimioterapia y sus citotoxicidades se propone terapia adyuvante con Vemurafenib.

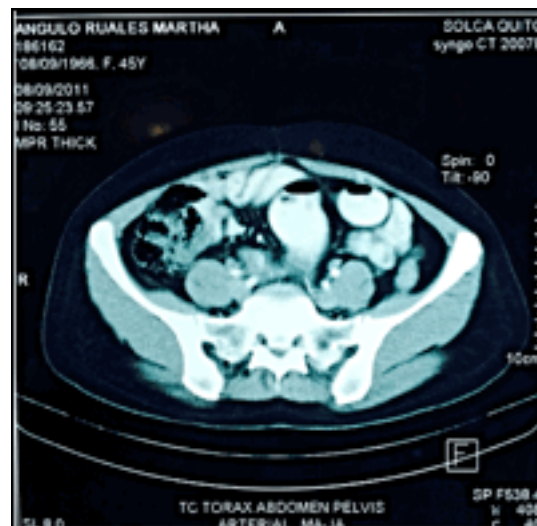
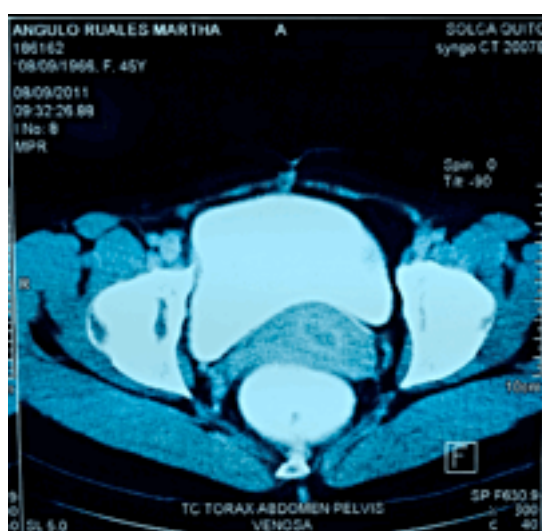


Figura: 1y 2 RMN TAC ABDOMINO /PELVICA Septiembre 2011 - Sin evidencia de actividad tumoral.

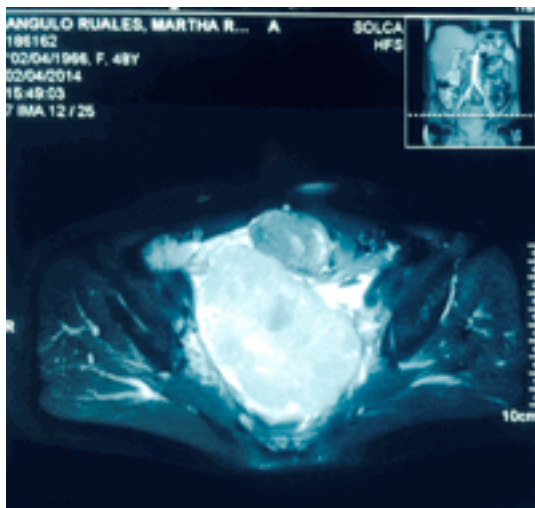


Figura: 3 RMN:
Lesión tumoral pélvica heterogénea de 7.8 x 10 x 10.8cm

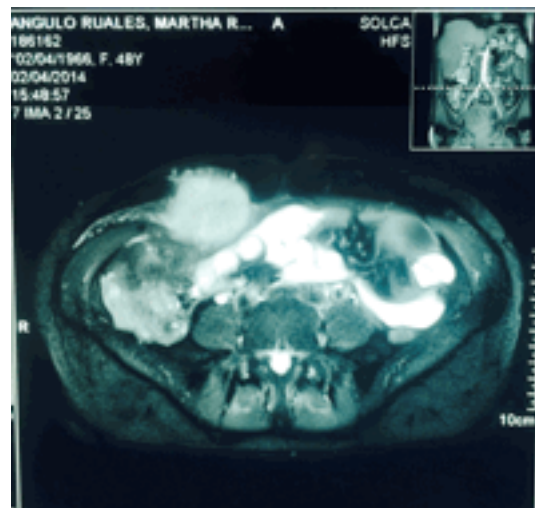


Figura: 4 RMN;
Masa tumoral de 5x5.5x5.3cm

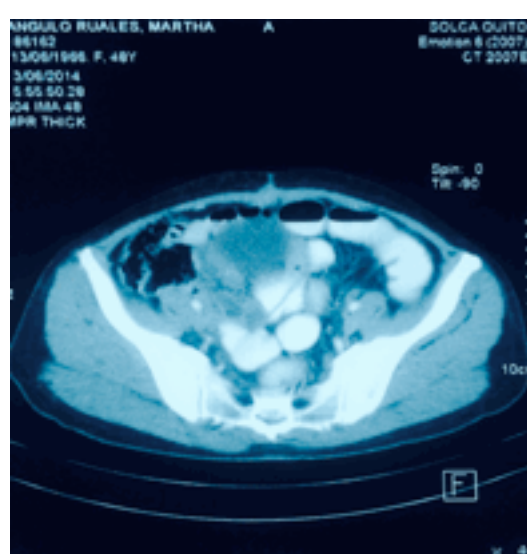
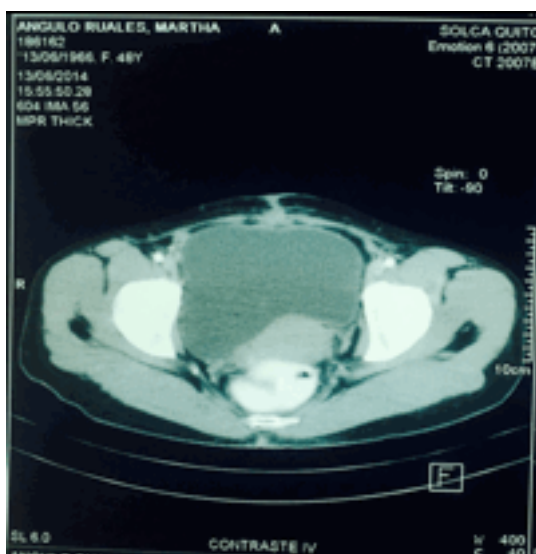


Figura: 5 Y 6 TAC ABDOMINO /PELVICA
Post-quirúrgico: Sin evidencia de actividad tumoral

DISCUSIÓN

En la cirugía efectuada en el año 2011 se decidió complementar con ampliación de los márgenes quirúrgicos tomando en consideración el grado de Clark, Breslow y la condición pT. La UOSI es una Unidad Oncológica provincial que no cuenta con gama cámara ni departamento de medicina Nuclear en donde se realizan las cirugías en clínicas de convenio y existen limitaciones tecnológicas, no se dispone de azul patente para efectuar ganglio centinela, basándose la conducta

quirúrgica sobre los ganglios linfáticos en la suma de factores clínicos detallados en estudios de imagen, PAAF, hallazgos al examen físico e historia natural de la enfermedad; de tal forma a esta paciente se realizó bajo estas consideraciones el vaciamiento ganglionar axilar respectivo determinándose ausencia de compromiso ganglionar axilar con 0/25 ganglios resecados, la paciente no desarrollo linfedema y la funcionalidad del brazo hasta el momento es normal. Post-

quirúrgicamente en la segunda cirugía efectuada en el año 2014 la paciente evolucionó íleo mecánico que se manejó mediante uso de SNG, hidratación, soporte metabólico y nutricional.

La incidencia del melanoma ha aumentado mundialmente, las metástasis a distancia del melanoma pueden afectar todos los órganos. El hígado es uno de los órganos afectados, estando más predispuestos los pacientes con lesiones hepáticas preexistentes. También se han descrito siembras metastásicas en pulmón, hueso, piel, corazón, tracto gastrointestinal, ganglios linfáticos, páncreas, sistema nervioso central, bazo, glándulas suprarrenales, riñones, ovarios y tiroides.⁷

La supervivencia a 5 años es de 95% en estadio clínico I; 74% en estadio II; 30% en estadio III y menos del 10% en estadio IV. Existen muchos factores que influyen en el pronóstico final. Sin embargo, las características más importantes son la presencia de metástasis a ganglios linfáticos, la profundidad de la lesión y la ulceración.^{7,9}

En algunos pacientes con enfermedad metastásica localizada, la extirpación quirúrgica de las metástasis puede prolongar su supervivencia, siempre y cuando sean accesibles, de pequeño-mediano tamaño y una o pocas localizaciones. En ocasiones, la resección completa, permite administrar un tratamiento adyuvante.^{11,12}

CONCLUSIONES

Es importante que usted se revise la piel, preferiblemente una vez al mes. Usted deberá conocer el patrón de los lunares, las imperfecciones, las pecas y otras marcas que tenga en la piel para poder detectar cualquier lunar nuevo o cambio en los lunares existentes. Una vez identificados los cambios en los

lunares se debe acudir donde un especialista para iniciar con el protocolo de diagnóstico y tratamiento adecuado.

El empleo de protector solar para prevenir el cáncer de la piel es una recomendación común en la práctica de dermatología. Ya que se ha notado asociaciones variadas entre la exposición de sol y el desarrollo de melanoma; riesgo aumentado con la exposición de menos de 10 horas cada semana al aire libre en el verano entre los años de 10 y 24 años.

Se debe biopsiar cualquier lesión pigmentada sospechosa que hayan sufrido cambios en un corto espacio de tiempo. Ante la confirmación histológica el tratamiento debe ser precoz y multidisciplinario.

El efectuar una adecuada determinación de los aspectos de TNM, la cirugía constituye el tratamiento fundamental del melanoma primario, el margen de resección que se recomienda depende del rango del espesor tumoral; si hay afectación ganglionar, estos deben ser resecados y el paciente debe ser manejado de forma multidisciplinaria para programar la necesidad de manejo adyuvante y programar los controles clínicos y de imagen subsecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society; Inc. doi; 10.3322; Cancer Statistics 2013 febrero; Available online at cancerjournal.com
2. Melanoma Mutagenesis and Aberrant Cell Signaling (PDF file: 266 MB)
Danielle M. Bello, MD, Charlotte E. Ariyan, MD, PhD, and Richard D. Carvajal, MD.
Cancer Control Journal. October 2013, Vol. 20, No. 4
3. New Targeted Therapies in Melanoma (PDF file: 82 MB)
Ragini R. Kudchadkar, MD, Rene Gonzalez, MD, and Karl Lewis, MD
Cancer Control Journal. October 2013, Vol. 20, No. 4
4. Sociedad Española de Oncología Médica. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma> show all.
5. Ferlay J SH, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 GLOBOCAN 2008.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology versión 1.2015
7. Essner, R, Belhocine T, Scott AM, Even-Sapir E. Novel imaging techniques in melanoma. *Surg Oncol Clin N Am.* 2006;15(2):253-83.
8. Hospital Oncológico "Solon Espinosa Ayala" Solca Núcleo de Quito Registro de Tumores Boletín: Información 2008 – 2012
9. Jorge Martínez Escribano, Melanoma cutáneo Guía clínica práctica, 2012 pag: 27, 35, 43
10. Diagnosis and Treatment of Melanoma Brain Metastasis: A Literature Review (PDF file: 128 KB) Andrew E. Sloan, MD, FACS, Charles J. Nock, MD, and Douglas B. Einstein, MD, PhD
11. Identifying Risk Factors Using a Skin Cancer Screening Program (PDF file: 156 MB) Jeremy Robert Etzkorn, MD, Rajiv Prakash Parikh, Suroosh S. Marzban, MS, Kimberly Law, Ashley H. Davis, MS, Bhupendra Rawal, MS, Michael J. Schell, PhD, Vernon K. Sondak, MD, Jane L. Messina, MD, Lois E. Rendina, Jonathan S. Zager, MD, and Mary H. Lien, MD
12. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma>.
13. Miller AJ, Mihm M. Melanoma. *N Engl J Med.* 2006;355:51-65.
14. Tsao H, Atkins M, Sober A. Management of Cutaneous Melanoma. *N Engl J Med.* 2004; 351:998-1012.
15. Comín Novella L, del Val Gil JM, Muniesa Soriano JA. Metástasis de melanoma en intestino delgado: el reto diagnóstico. *Arch Cir Gen Dig (Revista en Internet).* 2006[citado 20 Jul 2011];21. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2006/21/2006-11-27.htm>
16. Soto, Jordi Alonso; Pérez González, Teresita; González Cansino, Juan R. Melanoma cutáneo con metástasis gástrica. Presentación de un caso *MediSur*, vol. 10, núm. 5, 2012, pp. 421-423
17. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X *Medisur* 2012; 10(5)
18. División de Prevención y Control del Cáncer, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Versión en español aprobada por CDC MLS – Orden N.º 228210 (Revisada el 26 de julio de 2013). Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/skin/what_cdc_is_doing/melanoma_supplement.htm
19. Celia Jiménez-Cervantes Frigols, Dpto. Bioquímica y Biología Molecular B. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Biología Humana, Salud y Hábitos Saludables (FEMM) curso 2011. Sol y Melanomas.
20. Melanoma: pathogenesis, clinic and histopathology. *Revista Asociación Colombiana Dermatología*, Volumen 17, número 2, junio de 2009, pág. 87, 108. Artículo de revisión.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

MEDICINA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

CARCINOMA PAPILAR DE LOCALIZACIÓN EXTRATIROIDEAPRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

PAPILLARY CARCINOMA EXTRA THYROIDS AREAS
ITY a Case Report

Barros Bravo Douglas Humberto

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLÓGICA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE/ CIRUJANO ONCÓLOGO SOLCA IMBABURA

Carrión Guzmán Cecilia de los Ángeles

MEDICA GENERAL/ ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA/ PATÓLOGA ONCOLÓGICA SOLCA QUITO

Vega Martínez Verónica Alicia

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

Silva Acosta Favio Sebastián

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

Moreno Chalacan Christian Adalberto

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

Autor para correspondencia: douglasbarros60@yahoo.es

Manuscrito recibido el 10 de Agosto del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

El carcinoma de tiroides originado en tejido tiroideo ectópico es una entidad clínica poco común en la actualidad; la incidencia notificada es 1 de cada 100.000 a 300.000 en la población general. Estas anomalías se clasifican en ectopias tiroideas clásicas y en ectopias tiroideas accesorias dependiendo de si se ubican o no en la línea de descenso embrionario del primordio tiroideo (10) (11). Se estima que se presenta en 1 de cada 200.000 personas, cifra que puede aumentar considerablemente hasta 1 de cada 6.000 pacientes con enfermedad tiroidea. De las formas clásicas, la ubicación lingual es la más común (80 a 90 %) 4,5 y, en estos casos, el tejido ectópico constituye el único esbozo funcional de la glándula 6-8. El quiste del conducto tirogloso, también denominado tejido tiroideo ectópico sublingual, se presenta en 2 a 3 % de los casos. El hallazgo de una lesión maligna en un verdadero tejido tiroideo aberrante es inusual. Ante su poca frecuencia de esta patología se presenta un paciente de sexo masculino residente de la ciudad de Ibarra y tratado en la Unidad Oncológica Solca Imbabura (UOSI), el cual consulta por una masa en región cervical derecha de aproximadamente 6 cm de diámetro por lo que fue sometido a cirugía exeresis de masa, con resultado histopatológico de carcinoma papilar tiroideo derivado de tejido tiroideo ectópico cervical lateral. Por lo que el paciente requirió nueva intervención quirúrgica para tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar según protocolos en UOSI. Posteriormente el paciente necesito terapia con yodo radioactivo para control de su enfermedad.

Palabras Claves: Glándula tiroides, tejido extra tiroideo, carcinoma papilar.

ABSTRACT

Thyroid carcinoma arising in ectopic thyroid tissue is a rare clinical entity; nowadays. However, the reported incidence is 1 in 100,000 to 300,000 in the general population. These anomalies are classified into classical ectopias thyroid and ectopias thyroid accessory depending on whether or not located in the embryonic descent line of the thyroid primordium (10, 11). It is estimated to occur in 1 in 200,000 people, a figure that can increase considerably to 1 in 6,000 patients with thyroid disease. The lingual location is the most common (80 to 90%) 4.5 and, in these cases, the ectopic tissue constitutes the only functional outline of the gland 6-8. The cyst of the hypoglossal duct, also called sublingual ectopic thyroid tissue, occurs in 2 to 3% of cases. The finding of the malignant lesion in a true aberrant thyroid tissue is unusual. In view of its infrequency of this pathology, a male patient residing in the city of Ibarra and treated at Solca Imbabura Oncology Unit (UOSI) is presented, which consults for a mass in the right cervical region of approximately 6 cm in diameter which underwent mass exercise surgery, with histopathological results if papillary thyroid carcinoma derived from lateral cervical ectopic thyroid tissue. Therefore, the patient required new surgical intervention for total thyroidectomy with lymph node emptying according to UOSI protocols. Subsequently, the patient needed radioactive iodine therapy to control his illness.

Key words: thyroids gland, thyroids ectopies, thyroids papillary cáncer.

INTRODUCCIÓN

La tiroides es la glándula endocrina mayor del cuerpo humano, pesa alrededor de 30 gramos, con un flujo sanguíneo de 5 ml/g por minuto.

Por la 3 o 4 semana de la vida embrionaria, del suelo de la faringe nace un divertículo medio, entre las 1 a 2 bolsas branquiales, constituido por una proliferación endodérmica.

Esta depresión se conoce como agujero ciego o foramen caecum. Un cordón sólido de células muestra una penetración interior tubular para formar el conducto tirogloso, y se dirige hacia abajo en sentido ventral hasta la faringe, haciendo contacto con el hueso hioides que se está formando. Al llegar a su posición definitiva, a nivel del 3 al 6 anillo traqueal, en la 7 semana, este conducto tubular se divide en varios cordones celulares para formar el istmo y los lóbulos laterales del tiroides. El conducto tirogloso por lo regular se degenera en la 8 semana, y en su extremo superior queda como resto el agujero ciego, y en 50% de los casos, el lóbulo piramidal del tiroides (pirámide de Lalouette), en su extremo inferior, localizada más frecuentemente del lado izquierdo.

Si el conducto no se degenera por completo aparecen quistes del conducto tirogloso o restos accesorios del tejido tiroides lingual.

Al final de la 10 semana aparece luz en los folículos, en la semana 12, coloides y en la semana 14 se inicia la producción de hormona tiroidea.

La cuarta bolsa faríngea (según otros la quinta) da origen en su región ventral al cuerpo último branquial, el que en la séptima semana queda incluido en la parte superior y media de los ló-

bulos tiroideos aportando las células C o para foliculares, productora de calcitonina y origen del carcinoma medular. La cápsula de la glándula se forma en esa etapa bastante tardía de la vida fetal, a partir del tejido mesenquimatoso vecino y, en consecuencia, dentro de ella pueden quedar tejidos que no sean estrictamente tiroideos como los de paratiroides. (1) (2)

La aparición de un carcinoma tiroideo en una localización ectópica representa una rara entidad (3-4). Las variantes más comunes son el carcinoma papilar (80%), seguido del folicular, escamoso, adenocarcinoma, carcinoma anaplásico y otros (5).

La tiroides ectópica es una alteración congénita infrecuente, resultado de la migración defectuosa de la tiroides desde su posición inicial embriológica, el agujero ciego (foramen caecum), hasta su ubicación final pretraqueal (6). Por tanto, el tejido tiroideo ectópico puede quedar en cualquier localización a lo largo de su recorrido de migración. Su incidencia clínica se estima en 1 de cada 200.000 pacientes, aproximadamente, y la mayoría de los casos se diagnostica entre la tercera y la quinta década de la vida.

Ziemssen fue quien reportó en 1875 el primer caso de tejido tiroideo ectópico de ubicación subglótico-traqueal en un paciente cuya principal manifestación clínica consistía en obstrucción de la vía aérea superior (7) (8).

Las neoplasias del tiroides se pueden asentar en los sitios de ectopias tiroideas, éstas abarcan dos grandes grupos:

Primer Grupo: Conocido como las ectopias clásicas, son las que siguen la línea de descenso del tiroides, desde el agujero ciego hasta su localización definitiva en el cuello o hasta el mediastino superior.

Entre las que se encuentran el quiste de conducto tirogloso, tiroides lingual, anomalías en número o tamaño de los lóbulos tiroideos o el istmo, y el lóbulo piramidal.

Segundo grupo: Las ectopias accesorias, también conocidas como tejido tiroideo aberrante, son las que se encuentran fuera de la línea de descenso. Éstos son más complejos, infrecuentes y de difícil explicación. Las podemos agrupar en cuatro categorías (9).

- 1) Cervicales de la línea media
- 2) Cervicales laterales
- 3) Nódulos ectópicos intratorácicos
- 4) Otras localizaciones

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años de edad acude UOSI (Unidad Oncológica Solca Imbabura); sin antecedentes patológicos de importancia, refiere presentar masa cervical derecha de 1 año de evolución con incremento de tamaño relacionado con esfuerzo físico.

Al examen físico: K: 100% TA: 120/80 FC: 67 x min SatO₂: 93% conciente orientado MO húmedas, ORF no congestiva, a la simple inspección se observa una masa que deforma la región lateral derecha del cuello, a la palpación es una masa de 6 cm de longitud que aparentemente inicia en el lóbulo derecho de tiroides y se dirige en sentido proximal hasta colindar con el borde inferior de la rama horizontal del maxilar inferior derecho. En la palpación bimanual por la boca no se logra definir. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Clínicamente impresiona como Higroma Quístico. Tórax simétrico expansibilidad conservada cardio pulmonar normal, no ruidos sobre añadidos, Abdomen suave depre-

sible no doloroso a la palpación RHA (+), no se palpan visceromegalias, extremidades simétricas pulsos distales presentes, no edemas.

Exámenes solicitados:

- Ecografía de cuello reporto glándula tiroides de contornos definidos, de forma, tamaño, ecoestructura y vascularidad normal, sin evidencia de procesos ocupativos sólidos ni quísticos, negativo para microcalcificaciones, istmo no engrosado, glándulas submaxilares y parótidas de características normales. Nivel III paramedial derecho se observa lesión quística que tiene un volumen de 20cc aproximadamente en probable relación con quiste tirogloso.

- Perfil tiroideo y exámenes de laboratorio TSH: 2.26 T₄: 1.25 Hb: 16.5 g/dl Hct: 50.2 PLT: 334 L: 7.400 TP: 12.2 seg TTP: 28.7 seg, Glu: 82.2 Crea: 0.9 mg/dl,

- PAAF (Punción con aguja fina) de masa cervical positivo para células neoplásicas.

- TAC (Tomografía axial computarizada) simple/contrastada de cuello reporta en región submaxilar derecha y parte superior de cuello en este mismo lado se aprecia masa heterogénea predominantemente líquidas en la parte medial y posterior, actualmente mide 7cm de extensión cráneo caudal de 5 cm de diámetro transversal y 4.5 cm de diámetro antero posterior, es poco definida, no guarda planos de clivaje, con glándula submaxilar derecha, la cual desplaza lateralmente parte superior del músculo esternocleidomastoideo, infiltra los músculos suprahioideos del lado derecho, ingresa a vía aérea superior, infiltra músculo milohioideo, genihioideo cruza mínimamente línea media.

Impresión diagnóstica: neoplasia de hemi cuello superior, difícil decir órgano de dependencia vs linfoma quístico. (Figura 1,2)

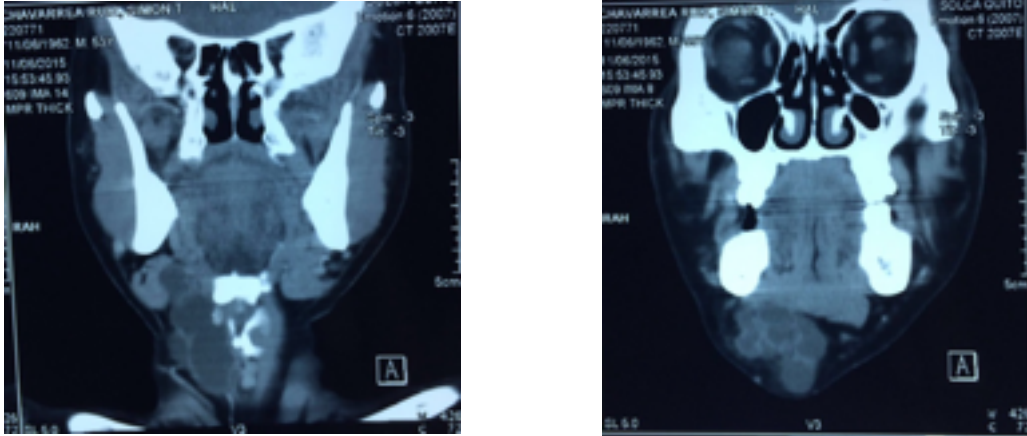


Figura: 1y 2 TAC S/C DE CUELLO
SE EVIDENCIA MASA CERVICAL EN HEMICUELLO SUPERIOR

- Laringoscopia directa no reporta compromiso de la vía aérea.

Con estos resultados se decide programar y se realiza procedimiento quirúrgico sub maxilectomía derecha + tumorectomía cervical dentro de los hallazgos operatorios se evidencio lesión tumoral de aproximadamente 6 cm de diámetro mayor adosado a glándula submaxilar derecha debajo del plano muscular en relación con membrana esternotiroidea y sobre la tráquea a nivel del cartílago tiroides por debajo del musculo omohioideo de consistencia mixta.

- Con resultado de histopatología Producto de tumorectomía cervical, glándula submaxilar sin alteraciones con proceso inflamatorio; carcinoma papilar de tiroides en tejidos blandos de cuello ganglio linfático regional libre de neoplasia. (Figura 3,4).

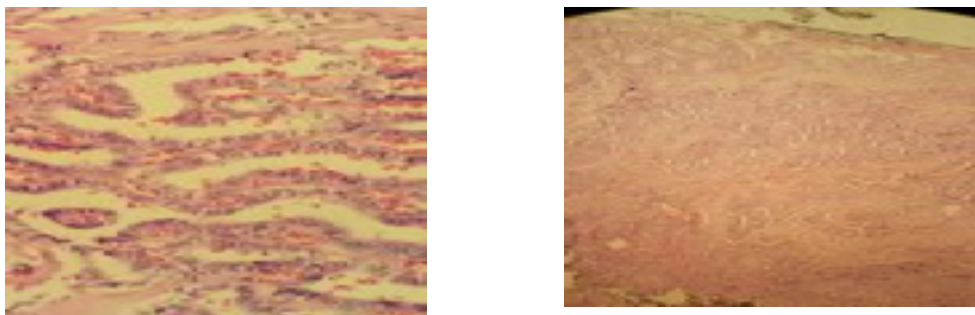


Figura 3,4: Los cortes muestran estructuras papilares, revestidas por células cúbicas a cilíndricas, sus núcleos presentan hendiduras e inclusiones. Están rodeados por tabiques de tejido fibroso y presentan numerosos cuerpos de psammoma. Se acompaña de invasión linfovascular.

Al tratarse de un carcinoma papilar de tiroideo se decide realizar Tiroidectomía total más Vaciamiento Central más Exploración cervical derecha nivel IV y V dentro de los hallazgos operatorios, tiroides de 5 cm de diámetro sin evidencia de malignidad, se evidencian y preservan Nervios Laringeos Recurrentes bilaterales, se evidencia y preservan glándulas paratiroides superiores bilaterales y

paratiroides inferior derecha, se evidencian adenopatías cervicales sospechosas en compartimento central se resecan, se explora niveles IV y V cervical derecho sin hallazgos significativos.

- Con resultado histopatológico carcinoma papilar variante folicular y clásica multifocal, localización lóbulo derecho tamaño tumoral 0.5 y 0.2 cm presenta invasión linfovascular, ausente invasión perineural, presente invasión capsular sin rebasarla, borde quirúrgico libre de lesión metástasis en 3 ganglios linfáticos aislados del vaciamiento central 3 de 4. Estadío patológico, pT1apN1apMx. (Figura 5,6).

- Con diagnóstico definitivo de carcinoma papilar de tiroides de dos localizaciones en glándula tiroides lóbulo derecho y en tejido extra tiroideo cervical derecho se planifica consulta con Endocrinología para evaluación de yodo radioactivo.

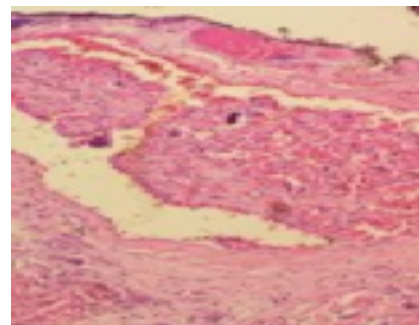
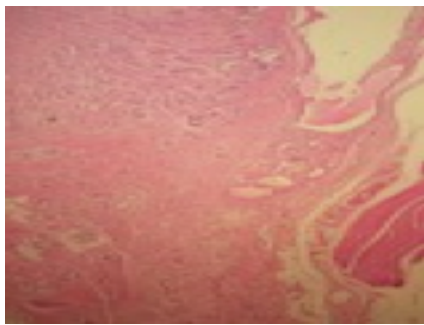


Figura 5, 6: Lesión del cuello: Tejidos blandos del cuello, tejido conectivo y adiposo se encuentran infiltrados por neoplasia epitelial maligna, constituida por estructuras papilares, revestidas por células cúbicas a cilíndricas, cuyos núcleos presentan hendiduras e inclusiones. Estas características son similares a las de primario conocido.

DISCUSIÓN

Las neoplasias tiroideas mediales de la región cervical anterior plantean la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso, de tejido tiroideo ectópico o una metástasis de una lesión primaria en tiroides.

La ocurrencia de carcinoma del conducto tirogloso es una entidad poco común. La variante más común es el carcinoma papilar, el folicular es una eventualidad más rara aún. La ausencia de neoplasia en la glándula tiroides, descarta la metástasis, persistiendo la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso (destruido por la neoplasia) o también de tejido tiroideo ectópico sublingual.

El primer reporte en la literatura médica data del año 1915, comunicado por H. Uchermann (12). La variante más frecuente es el carcinoma papilar (80%) (13). El carcinoma folicular es una eventualidad más rara aún (9%), con pocos casos documentados (10, 11). Les siguen en frecuencia el carcinoma escamoso (5%), (12) (13) adenocarcinoma (2%), carcinoma anaplásico (1%) (14) y otros (3%). No se han documentado casos de carcinoma medular (1, 6), lo cual se atribuye a que el conducto tirogloso no tiene participación en la embriogénesis de las células parafoliculares, las cuales migran desde el cuerpo ultimo branquial hacia los lóbulos tiroideos (1, 6, 15). Ante el

hallazgo de una neoplasia de tejido tiroideo en la citada localización, es necesario realizar un cuidadoso muestreo de la lesión, a fin de identificar restos del conducto tirogloso o de tejido tiroideo ectópico no neoplásico. En el caso que presentamos no se encontraron restos del conducto pero sí tejido tiroideo ectópico.

El tratamiento utilizado en estos casos es la extirpación de la lesión y del hueso hioides. Se debate si es necesaria la extirpación de la glándula tiroidea. Muchos autores recomiendan realizar una tiroidectomía total o subtotal con el fin de descartar la posibilidad de un origen primario en la glándula (10). Por otra parte, otros sostienen que dicha extirpación no es necesaria si una semiología intraoperatoria cuidadosa no encuentra alteraciones de la misma, indicándose la tiroidectomía sólo en presencia de una masa tiroidea o ante el antecedente de irradiación (1-3, 9). En el presente caso, la ausencia de neoplasia en la glándula tiroidea, la cual fue extirpada totalmente, descarta la posibilidad de una metástasis, persistiendo la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso (el cual podría haber sido destruido por la neoplasia) o de tejido tiroideo ectópico que se identificó adyacente al carcinoma. La conducta biológica de estas neoplasias,

y por consiguiente su pronóstico, no difieren de sus equivalentes habituales en la glándula tiroidea y se han reportado casos de fallecimientos por estos tumores

CONCLUSIONES

Es muy importante conocer desde el punto de vista embriológico y anatómico del tejido glandular tiroideo, para poder llegar a un diagnóstico claro y concreto de este tipo de patología oncológica. Con ello tomar una decisión en el tratamiento adecuado tanto clínico como quirúrgico, con los posteriores controles y seguimiento. Para tener en cuenta las posibles complicaciones, recidivas y metástasis, dado que nuestro principal objetivo es el control local de la enfermedad, y si llegara el caso manejar los procesos de diseminación sistémica. Los carcinomas tiroideos fuera de la glándula son raros, es importante conocer más profundamente los patrones histológicos, el más comunes son papilares, los foliculares son excepcionales. El manejo quirúrgico es un pilar en el trípode de manejo, con un margen adecuado conllevarnos conjuntamente con el manejo clínico a pronóstico favorable de nuestro paciente, y mejorar su estilo y calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society; Inc. doi; 10.3322; Cancer Statistics 2013 febrero; Available online at cancerjournal.com
2. Sociedad Española de Oncología Médica. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma> show all.
3. Ferlay J SH, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 GLOBOCAN 2008.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology versión I.2015
5. Sadler T. Lagman: Embriología Médica 5a edición.1985.
6. Keith L. Moore. Anatomía con Orientación Clínica 7ma edición
7. Li Volsi Virginia, Perzin K., Savesky L.: Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). *Cancer*, 34:1303- 1315, 1974
8. Villet T., Kemp C.B.: Thyroglossal duct carcinoma. A case report and review of the literature. *S. Afr. Med J.* 60, 795 (1987)
9. Smith L., Calhoun K.: Carcinoma of a thyroglossal duct cyst source. Dept. of Otolaryngology, UTMB. 1999.
10. Ibrahim NA, Fadeyibi IO. Ectopic thyroid: Etiology, pathology and management. *Hormones (Athens)*. 2011;10:261-9.
11. Ziemssen. Über Kopfeschwulste im Innern des Kehlkopfs und der Lufttröhre und ihre Entfernung. *Beitr Klin Chir.* 1875;41:1903-4.
12. Dowling EA, Johnson IM, Collier FC, Dillar RA. Intra-tracheal goitre: A clinicopathological review. *Ann Surg.* 1962;156:258-67.
13. Cassola Santana JR, Gómez Sosa E, Fleites Batista G, Peralta Pérez R: Embriología y cáncer del tiroides. *Rev Cubana Oncol*,1992; 2: 123-6.
14. Sevinç AI, Unek T, Canda AE, Guray M, Kocdor MA, Saydam S, Harmançioğlu O: Papillary carcinoma arising in subhyoid ectopic thyroid gland with no orthotopic thyroid tissue. *Am J Surg* 2010, 200(1):e17–e18.
15. Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, Lappas D, Natsis K: Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol* 2011, 165(3):375–382.
16. DARRELL A., CHAMBERS R., OERTEL G.: Thyroglossal tract carcinoma. A review of the literature and addition of 18 cases. *Am J. Surg* 1970 Oct 120(4) 439-46
17. SMITH L., CALHOUN K.: CARCINOMA OF A THYROGLOSSAL DUCT CYST SOURCE. Dept. of Otolaryngology, UTMB. 1991.
18. Celia Jiménez-Cervantes Frigols, Dpto. Bioquímica y Biología Molecular B. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Biología Humana, Salud y Hábitos Saludables (FEMM) curso 2011. Sol.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

MEDICINA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

TUMORES DEL GOLFO DE LA YUGULAR REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE CASOS

TUMORS OF THE GULF OF THE YUGULAR
REVIEW OF THE LITERATURE AND CASES REPORT

Velasco Altamirano Hugo Miguel

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA/ ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA/
JEFE DE SERVICIO DE NEURONCOLOGÍA DEL HOSPITAL SOLCA – QUITO

Rosales Cartagena Pedro Felipe

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA/ ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA/JEFE
DE SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL SOLCA – QUITO

Vega Martínez Verónica Alicia

MEDICO/SOLCA

Silva Acosta Favio Sebastián

MEDICO/SOLCA

Moreno Chalacán Christian Adalberto

MEDICO/SOLCA

Autor para correspondencia: verovmd21@gmail.com

Manuscrito recibido el 10 de Agosto del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

Introducción: Los tumores del foramen yugular son lesiones de la base del cráneo poco frecuentes, que presentan dificultades tanto para el diagnóstico como para el manejo. La disponibilidad de nueva tecnología ha permitido que estos tumores sean estudiados con mejor precisión, y tratarlas de acuerdo a su origen. **Material y Métodos:** Reportamos 10 casos de pacientes manejados quirúrgicamente en los últimos cuatro años desde noviembre del 2002 a febrero del 2006, en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala "Solca Núcleo de Quito"; se revisa retrospectivamente la técnica quirúrgica aplicada y el pronóstico. Los tumores fueron abordados por un mismo equipo multidisciplinario, neurocirujano, cirujano otorrinolaringólogo y radiooncólogo. Los vasos nutricios de las lesiones hipervasculares fueron ligados en forma selectiva en el mismo tiempo quirúrgico. Las escisiones tumorales se realizaron con similar técnica quirúrgica. El defecto creado por la cirugía fue cubierto con colgajos miofaciales vascularizados.

Resultados: El nervio facial fue reconstruido con injertos del nervio auricular mayor o con anastomosis en cinco casos. Radioterapia post operatoria se usó únicamente para tumores malignos e invasivos. Los paragangliomas fueron las lesiones más frecuentes seguidas por Schwannomas y meningiomas. La escisión completa fue posible en 8 casos de tumores benignos y en 4 paragangliomas. Los nervios craneales bajos fueron los más frecuentemente comprometidos con lesiones transitorias en cuatro pacientes. Y la función del nervio facial se recobró espontáneamente en 3 casos. Tres casos desarrollaron fístula de líquido céfalo raquídeo. Un paciente falleció después de la cirugía.

Palabras claves: tumores del foramen yugular, lesiones hipervasculares, paragangliomas, tumores benignos, nervio facial.

ABSTRACT

Yugular foramen tumors are lesions of the skull base rare, presenting difficulties for diagnosis and for management. The availability of new technology has allowed these tumors to be studied with better pressure, orientation, and which of these lesions should be treated according to their origin. We report 10 cases of surgically treated patients in the last four years at the Cancer Hospital Espinosa Solon Ayala were retrospectively reviewed the surgical technique applied and prognosis. The tumors were approached by the same multidisciplinary team, neurosurgeon, ENT surgeon and radiation oncologist.

The nutrient vessels of hypervascular lesions were selective lybound in the same surgical time. Tumor excisions were performed with a similar surgical technique. The defect created by the surgery was covered with vascularized my of fascial flaps. The facial nerve was reconstructed with auricular nerve grafts or anastomosis in five cases. Postoperative radiotherapy for malignant tumors only use and invasive. The paragangliomas were the most common injuries followed by schwannomas and meningiomas. Complete excision was possible in 8 cases of benign tumors and in 4 paragangliomas. The lower cranial nerves were most frequently committed with transient lesions in four patients. And the facial nerve function recovery spontaneously in 3 cases. Developed fistula of cerebro spinal fluid(CSF) three cases. One patient died after surgery

Key words: Yugular foramen tumors, hypervascular lesions, paragangliomas, benign tumors, facial nerve.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del foramen yugular presentan un problema especial en lo concerniente al diagnóstico y al manejo, puesto que importantes estructuras neurovasculares en el Golfo de la Yugular (GY), base de cráneo, región cervical alta y fosa posterior, se encuentran involucradas. Los paragangliomas son los tumores más frecuentemente encontrados en el GY.

Los síntomas iniciales son en la mayoría de los casos pérdida de audición y tinitus. Otras lesiones que suelen estar presentes son la parálisis de nervios craneales bajos que debutan como síntomas iniciales.

La experiencia combinada del neurocirujano, cirujano otorrinolaringólogo, y el neuroradiólogo conducen a un mejor entendimiento del diagnóstico, evaluación preoperatoria y manejo de estos pacientes.

La remoción quirúrgica de estas lesiones constituye un desafío a pesar del desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas de la base del cráneo, y de la neurocirugía intervencionista. Una resección radical con preservación de los nervios craneales y de sus vasos es el principal objetivo. La extensión del tumor al interior del seno cavernoso, clivus, y tallo cerebral son a veces factores limitantes para la remoción total. El objetivo del tratamiento fue la remoción radical del tumor en un mismo tiempo quirúrgico como la preservación de los nervios craneales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión retrospectiva y observacional de un grupo de pacientes en el periodo comprendido entre noviembre del 2002 a febrero del 2006, de

10 pacientes que ingresaron al servicio del Neurocirugía del Hospital Oncológico Solón Ayala Espinosa, SOLCA-QUITO para la resección de lesiones del foramen de la yugular, estos fueron (7) siete mujeres y (3) tres varones.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre noviembre del 2002 a febrero del 2006, 10 pacientes ingresaron al servicio del Neurocirugía del Hospital Oncológico Solón Ayala Espinosa, SOLCA-QUITO para la resección de lesiones del foramen de la yugular, estos fueron (7) siete mujeres y (3) tres varones, con una edad media de 42.5 años +/- 12 (rango entre 18 y 72 años de edad). Los síntomas clínicos más frecuentes fueron: pérdida de la audición, tinitus y disfunción de los nervios craneales IX y X. En los paragangliomas (6 casos), se estudiaron los cuatro grados del I al IV. (Figuras 1a – d) Constituyen la neoplasia más frecuente, del foramen yugular predominando en mujeres (cuatro mujeres y dos varones), en este grupo dos tumores fueron malignos con metástasis a nódulos linfáticos y a la porción intracraneal de la carótida interna. Schwannomas de los nervios craneales bajos en tres casos y meningiomas en un caso. Todos los pacientes con meningiomas presentaron inicialmente parálisis de nervios craneales bajos. Los 10 casos fueron estudiados con imágenes de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) simple y contrastada y Angio resonancia Magnética (ARM). En ningún caso se realizó embolización de la lesión hipervascular antes de la cirugía; ya que se decidió ligar selectivamente los vasos nutricios en el momento quirúrgico. El test de la oclusión del balón fue realizado en tres pacientes con grandes lesiones que engloba carótida interna y en quienes era preciso el sacrificio de estos vasos anticipadamente. Los pacientes fueron operados usando el mismo equipo y misma técnica quirúrgica.

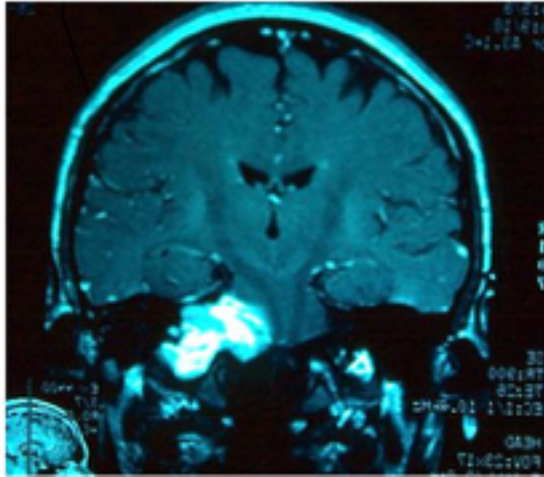


Figura 1a.- Paraganglioma GI , localización de la lesión en unión de yugular interna con seno sigmoideo.

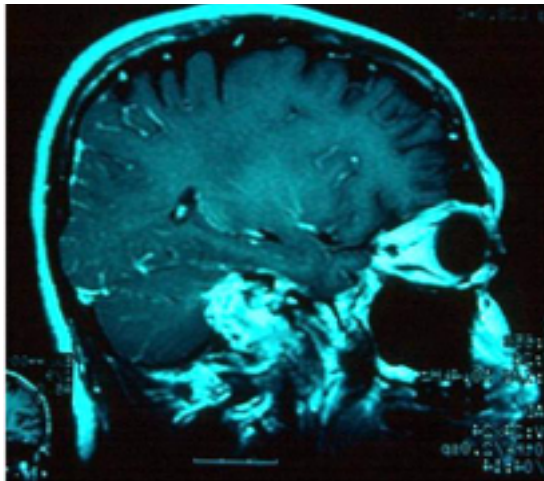


Figura 1b.- Paraganglioma Grado II, flecha indica trayecto del seno sigmoideo y senos petrosos izquierdos.

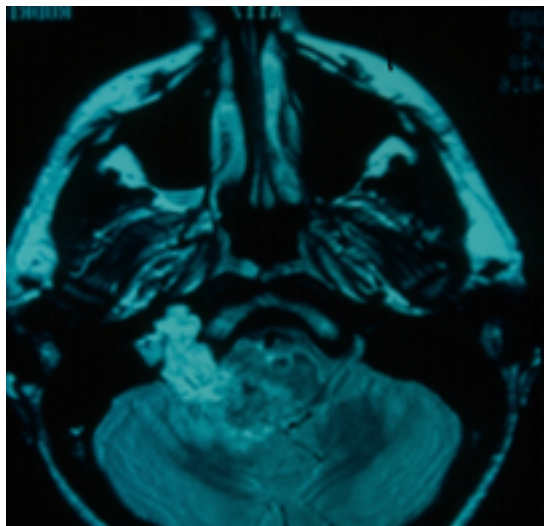


Figura 1c.- Paraganglioma Grado III , flecha indica trayecto hacia seno petroso superior.

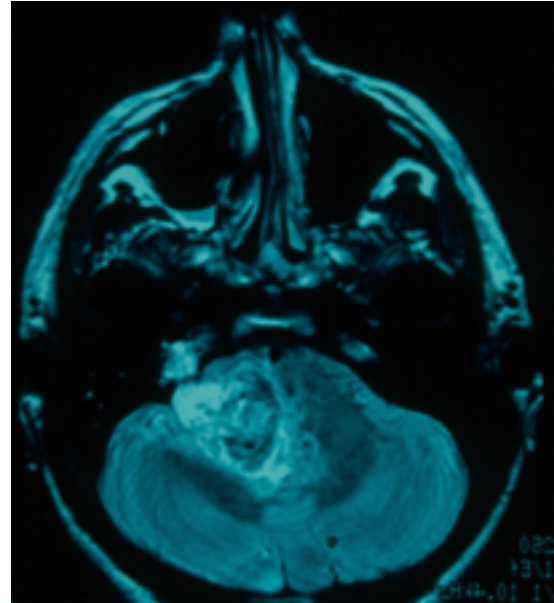


Figura 1d.- Paraganglioma Grado IV, flechas indican trayecto hacia fosa posterior, compromete hemisferio cerebeloso derecho.

Los exámenes de imagen utilizados fueron: La RMN con gadolinio demostró las características del tumor, grado de vascularización, extensiones, relación entre estructuras y limitantes de una manera muy clara. La ARM evidenció la vascularidad del tumor y la circulación venosa.

Los paragangliomas se han mostrado como lesiones muy vascularizadas, la contrastación heterogénea del Gadolinio con el signo de “sal y pimienta”.

Los Schwannomas en cambio presentaron un contorno regular, dos casos tuvieron aspecto quístico con una fuerte captación y uno se presentó como tumor “en reloj de arena”.

El meningioma manifestó la imagen de “cola dural”. La angiografía digital se realizó en los casos donde la lesión era altamente vascularizada, identificando los vasos nutricios de la lesión, su relación con la arteria carótida interna y la arteria vertebral.

Los paragangliomas son usualmente nutridos por las ramas de la arteria carótida externa a través de la arteria faríngea ascendente.

En dos casos de nuestros pacientes invadían las paredes de la arteria carótida interna.

La angiografía digital permitió la evaluación de la circulación venosa y determinó el porcentaje de oclusión del bulbo yugular. Un bulbo yugular hipertrófico causa síntomas como tinitus y pérdida de la audición y es fácilmente diagnosticado por la fase venosa de la angiografía digital.

En la mayoría de los casos los hallazgos radiológicos fueron típicos, y permitieron precisar el diagnóstico preoperatorio.

Para obtener una adecuada exposición quirúrgica es importante el entendimiento de la compleja anatomía del golfo de la yugular (GY) y sus relaciones limitantes. El GY tiene dos porciones: la pars nerviosa que contiene el nervio glossofaríngeo, el seno petroso inferior, y la rama meníngea de la arteria faríngea; y la parte venosa que contiene el seno sigmoideo, el vago y nervio accesorio. Katsuta y colaboradores (1) divide al GY en tres porciones: dos venosas y una nerviosa (intrayugular). La porción nerviosa está localizada entre las dos partes venosas y contiene al XI, X y IX, el trayecto de los nervios craneales en el interior de GY presenta algunas variaciones anatómicas. De acuerdo a Sen y colaboradores (2) el nervio craneal se desplaza anteromedial al bulbo yugular y mantiene una histoarquitectura multifascicular (particularmente el X). El nervio vago está formado por múltiples fascículos y el glossofaríngeo y nervios accesorios por uno o dos fascículos respectivamente. Los nervios craneales bajos IX, X y XI

se desplazan a través de un septum de tejido conectivo en continuidad con la duramadre y el pericráneo. La rama timpánica del nervio glossofaríngeo (nervio de Jacobson) y la rama auricular del vago (nervio de Arnold) cruzan el Golfo Yugular.

Todos los pacientes mencionados en esta serie fueron operados en posición dorsal con la cabeza rotada a 45° hacia el lado opuesto, se tomaron cuidados para no comprimir la vena yugular contralateral. La prolongada duración de la operación requirió de protección de todas las áreas de contacto con el uso de esponjas; almohadas o bolsas de agua, una incisión en la piel en forma de C fue realizada involucrando el área de la región temporal circunscribiendo a la oreja y el borde anterior del MEC. El escalpe fue seguido anteriormente, el gran nervio auricular y la unión osteocartilaginosa del canal auditivo externo fueron expuestos. El nervio auricular fue seccionado justo al inicio de la bifurcación sobre la glándula parótida y se utilizó como injerto en la reconstrucción del nervio facial cuando éste fue seccionado en la unión osteocartilaginosa en los casos en los cuales éstos tuvieron una extensión anterior de la lesión o cuando la audición estuvo totalmente perdida, el canal auditivo externo fue suturado y la fascia o flap muscular fue cubierta sobre la línea de sutura para evitar la creación de una fistula del Líquido Cefalorraquídeo (LCR). Para obtener un cierre impermeable se necesita tres capas de tejido: la duramadre, un flap vascularizado de músculo y fascia. Esta estrategia provee un muy buen resultado cosmético, sin necesidad de utilizar injertos de grasa abdominal.

La primera capa es la duramadre, si es posible, el cierre debe ser impermeable. Cuando se reseca la dura infiltrada es necesario un injerto de fascia tem-

poral, se puede utilizar gelatina de fibrina para reforzar la línea de sutura de la dura, la próxima capa es el flap del músculo temporal vascularizada. Aproximadamente la mitad de este músculo es incidido, disecado y rotado hacia abajo para cubrir el externo inferior de la dura, este flap muscular es suturado a las fascias cervicales y parotidea, tapando completamente la cavidad mastoidea y produciendo un buen resultado cosmético. El flap miofacial (fascia temporalis, fascia cervical y MEC constituye la tercera capa). La fascia del músculo temporalis es incidida en la porción media de la región temporal y diseccionada inferiormente a la línea temporal, la fascia cervical es cortada posterior al canal auditivo externo, punta de la mastoides y sobre el MEC. La inserción del MEC es rotado posterior e inferiormente, el flap es asegurado con una línea de sutura en la fascia temporalis, la parótida, y la fascia cervical.

Es el próximo paso es la disección del cuello, el borde anterior del MEC es claramente identificado, la vena yugular externa es ligada y posteriormente seccionada, el mayor vaso del cuello, la arteria carótida común, la arteria carotídea interna; la externa sus ramas y la vena yugular interna son disecadas. La identificación del músculo digástrico es un parámetro importante para la disección de los nervios craneales XII y VII. El nervio XII cruza a la arteria carótida externa inferior al músculo digástrico. El nervio accesorio recorre lateralmente a la vena yugular en la mayoría de los casos y entra a la porción superior del MEC. El nervio vago y el tronco simpático recorren inferolateralmente a la arteria carótida común. La identificación de arteria vertebral es otro paso importante especialmente en el caso de tumores infiltrativos. La arteria vertebral se identifica en la base del cráneo después de la disección del

proceso lateral de C1 y de los músculos oblicuos superior e inferior.

El nervio facial es disecado en la región estilomastoidea y parótida usando como referencia la punta de la mastoides, el vientre posterior del músculo digástrico como guía, y la sutura timpanomastoidea como parámetro.

Es el próximo paso, disección del hueso temporal la mastoidectomía radical realizada con la identificación del canal del nervio facial, el laberinto, el antro mastoideo, huesecillos y el ángulo sinodural. El seno sigmoideo y el bulbo yugular son completamente esqueletizados. La duramadre anterior del seno sigmoideo es disecada y las celdas mastoideas retrofaciales son removidas. Una metoplastia con apertura de las paredes anterior y posterior del meato auditivo externo y la remoción de la membrana timpánica son ejecutadas. Tumores en el interior del oído, tubo de Eustaquio, células mastoideas, son removidos, la remoción del hueso timpánico expone a la arteria carótida interna y permite un control distal facilitando la posibilidad de coagulación bipolar en las ramas timpánicas de la carótida.

Una pequeña craniectomía expone la dura en la fosa posterior (diámetro 3 cm), sus límites son el seno transversal y el seno sigmoideo. (Figura 2)

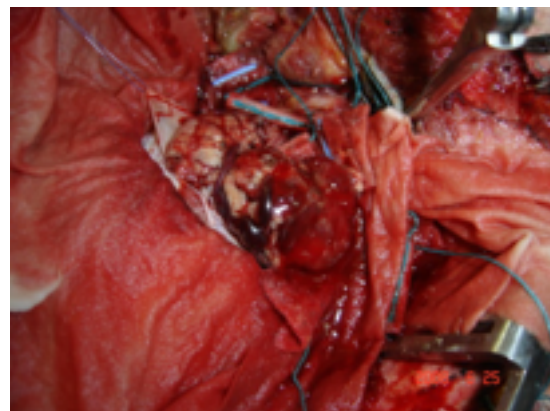


Figura 2.- Exposición amplia del tumor a través de pequeña craniectomía con límites seno sigmoideo y seno transversal.

La vena emisaria de las mastoides es coagulada y seccionada y el seno sigmoideo es totalmente expuesto. Después de la osteotomía del proceso lateral de C1, el GY es ampliamente abierto, comunicando la porción cervical con el craneal.

La pequeña incisión dural es realizada frente a la parte interna del seno sigmoideo, por debajo del seno petroso, el seno sigmoideo es ligado con dos suturas.

La vena yugular interna es doblemente ligada y cortada. La resección de la porción extramural de la lesión en el interior de la vena yugular interna es realizada por una apertura en la pared posterior del seno sigmoideo y disección de la arteria vertebral. El sangrado del seno petroso superior puede ocurrir, este seno es empaquetado en gelfoam o surgicel, después de completar la remoción del tumor del GY. La extensión extra dural anterior en el interior del hueso timpánico comprime la arteria carótida interna, es expuesta y totalmente reseca. En el caso del Schwannoma, que tuvo una pequeña extensión hacia la región cervical, la remoción del tumor estuvo acompañada sin ligadura del seno sigmoideo.

La duramadre es iniciada en la pared medial del seno sigmoideo. Es necesario realizar una retracción cerebelosa mínima para abrir la cisterna pontocerebelosa, exponiendo la región intramural del GY. Cuando la porción intramural de la lesión no es muy grande los nervios craneales se identifican fácilmente intra y extraduralmente y son disecados del tumor. Los nervios craneales VII y VIII son identificados, la reducción de la lesión es realizada con coagulación bipolar y el tumor es completamente removido. La identificación de los nervios craneales es difícil en grandes lesiones que comprimen el tallo cerebral. En estos casos, la re-

ducción de la lesión, paso por paso de la masa del tumor y del tumor intracapsular removidos, permiten la identificación de los nervios craneales en el tallo cerebral. El monitoreo intraoperatorio de los nervios craneales caudales y el nervio facial es usado de rutina para estas disecciones. Usualmente algunos fascículos de los nervios craneales IX, X y XI son infiltrados y tienen que ser resecaados en orden a su compromiso con total remoción. La remoción del tumor, el hueso infiltrado y la duramadre debe retirarse en todos los casos. El cierre de la herida se describe como ya anteriormente lo dijimos. En lo posible se debe evitar el drenaje lumbar postoperatorio. Este debe hacerse únicamente cuando el defecto dural es grande y no puede cerrarse en forma impermeable.

La extubación debe realizarse únicamente cuando el paciente deglute bien, evitando la broncoaspiración por una disfunción de los nervios craneales bajos. Un tubo naso gástrico es pasado en todos los pacientes. La función deglutoria debe ser controlada completamente. Una traqueotomía es realizada cuando el paciente experimenta dificultad para deglutir con aspiraciones recurrentes.

RESULTADOS

La resección tumoral radical fue posible en ocho casos (80%); y en el 100 % de los tumores benignos (cuatro casos), de los seis casos de paragangliomas los cuatro fueron totalmente escididos y dos parcialmente y en un seguimiento de tres años no se ha provocado reactivación de la lesión. La resección total no fue posible en dos pacientes con paragangliomas por infiltración a la íntima y a ganglios regionales, dos paragangliomas fueron histológicamente malignos.

La complicación más frecuente y a la vez más incapacitante fue nuevos déficits de nervios craneales bajos. Tres desarrollaron parálisis de nervios craneales bajos con lesión permanente en un caso. Se realizó traqueotomía en los tres casos. Parálisis del nervio facial y coclear se observó en cuatro pacientes. El retorno de la función del nervio facial fue espontánea en tres casos. Fistulas de LCR y meningitis ocurrieron en dos pacientes controlados con antibióticos e inhibidores de la anhidrasa carbónica. Un paciente murió tres días posteriores a la intervención quirúrgica, como causa de embolismo pulmonar complicado con neumonía por aspiración. El nivel de Karnofski preoperatorio fue de 100 % en 8 pacientes, y de 80 % en dos pacientes. En el postoperatorio el Karnofski fue de 100 % en 4 pacientes, 80 % en dos pacientes, 70 % de dos pacientes y de 60 % en un paciente.

DISCUSIÓN

El Golfo Yugular (GY) presenta un complejo anatómico óseo y neuromuscular, algunos estudios anatómicos han sido realizados pero la anatomía de la región permanece pobremente entendida (1) (3), la formación del hueso y la forma del GY asociados con numerosos pares craneales y canales venosos que pasan a través de esta estructura, dificultan la compresión quirúrgica, se requiere de precisos conocimientos de la anatomía y de las relaciones de la región (hueso temporal, fosa posterior y región cervical alta), para abordar estas lesiones. En esta revisión, el tumor más frecuente localizado en esta región es el Paraganglioma (6 de 10 casos). La localización más frecuente de los paragangliomas fueron la región de bulbo yugular (glomus yugular, oído medio, glomus tímpanico y a lo largo del nervio vago), los

otros tumores que afectan al foramen yugular fueron los Schwannomas con tres casos y un meningioma con un caso. Originándose los primeros en los nervios craneales bajos, sin embargo en otras revisiones se han mencionado también condrosarcomas, quistes óseos, aneurismáticos, mieloma múltiple, cordomas, colesteatomas, linfangiomas, granuloma inflamatorio entre las menos frecuentes. (4).

Los paragangliomas son tumores no neuronales predominante en mujeres (85-90%) de edad media-avanzada (entre 50 y 70 años si bien se han descrito en un amplio rango de edades). Son tumores derivados del tejido neuroectodérmico de la cresta neural. Estos tumores se localizan en la adventicia de las estructuras vasculares y neuronales, habitualmente cercanos a un ganglio autonómico, característica de la cual deriva su nombre (1) (5) (8) (10)

Los paragangliomas paragangliomas (PG) o glomus son tumores benignos de lento crecimiento pueden dividirse en simpáticos o parasimpáticos. Los simpáticos o cromafines poseen células endocrinas primarias, secretoras y se ubican en la médula adrenal o en localizaciones abdominales y los parasimpáticos predominantemente en la base de cráneo, cuello y mediastino alto; siendo aproximadamente 95% de estos no secretores (1) (3)

La Tomografía Computarizada presenta una sensibilidad de 77–98% y una especificidad de 29–92% para detectar paragangliomas, mientras que la Resonancia Magnética presenta una mayor sensibilidad (90–100%) y especificidad (50–100%). El signo imagenológico característico es el signo de la lira, en el que el tumor localizado en la bifurcación carotídea separa las carótidas interna y externa (1) (5)

La cintigrafía con octreótido es una herramienta que permite establecer el origen neuroendocrino de la neoplasia estudiada. (1) (3) (8)

Los Meningiomas son Tumores típicamente benignos que se manifiestan entre los 20-60 años. La mayoría se concentra en la convexidad y región parasagital. El compromiso de base del cráneo (BDC) es el menos frecuente (6) (8)

Los Schwannomas son (neurileomas) se originan en vainas neuronales, pero él más frecuente en la base del cráneo tiene relación con el nervio trigémino. Son raros, los que se originan en los nervios XII, III, IV y VI. Los del IX, X y XI se ubican en los límites del foramen yugular (6) (8) (11) (15)

El diagnóstico de los tumores del glomus yugular es usualmente realizado por otorrinolaringólogos a causa que la sintomatología más frecuente de estos pacientes está relacionada con síntomas que afectan la deglución y la audición. Los pacientes con paragangliomas en este reporte presentaron síntomas iniciales de pérdida de la audición y tinitus y las lesiones más grandes ocasionaron parálisis facial, masas polipoideas en el canal auditivo externo, vértigo, ronquera y parálisis de la lengua, tumores con extensión a la fosa posterior presentaron síntomas cerebelosos y hemiparesias. Los neurocirujanos usualmente vemos de la fosa posterior.

La parálisis de los nervios craneales bajos como síntoma inicial es el signo característico en comparación a otros tumores del GY como son los Schwannomas y meningiomas.

El tratamiento de elección de los nervios craneales bajos como síntoma del glomus yugular es la remoción radical (5) (10).

Existe mucha controversia acerca del papel de la cirugía en paragangliomas grandes con extensión intracraneal (IV, VII). La resección completa con la preservación de nervios craneales y vasos continúa siendo un desafío en algunos casos, los paragangliomas del hueso temporal pueden invadir a los nervios craneales. Estos nervios pueden presentar función normal a pesar de la infiltración, y una total resección es únicamente posible sacrificando estos nervios (2). La localización profunda, hipervascularidad, compromiso de nervios craneales y vasos, infiltración del tallo cerebral, infiltración ósea de la base del cráneo, y gran extensión al interior de la fosa posterior son las mayores dificultades para la resección quirúrgica de estas lesiones. El trabajo diagnóstico preoperatorio de estos pacientes debe incluir un examen completo neurológico, audiología y examen vestibular, TAC, RMN, Angioresonancia digital. El test de oclusión de balón se realiza si la arteria carótida interna está involucrada o incluida. La embolización preoperatoria para lesiones bien vascularizadas, como para paragangliomas grandes y algunos meningiomas son muy usadas en cuanto reducen el riesgo de sangrado en el tiempo quirúrgico (11).

La exposición adecuada del tumor y la reconstrucción de la base del cráneo es necesaria para evitar complicaciones postoperatorias. El desarrollo del equipo médico para el manejo de lesiones en la base del cráneo, será multidisciplinario combinados con la experiencia de neurocirugía y otorrinolaringología, lo que permitirá al paciente una mejor oportunidad de remoción radical con preservación de las estructuras involucradas. Las fistulas de LCR después de la resección de grandes tumores del GY es frecuente y puede desencadenar serias complicaciones (12) (14). Las técnicas para reconstrucción

del defecto quirúrgico incluyen injertos de grasa abdominal o la rotación local de músculo libre vascularizados con anastomosis microvascular de vasos (4) (5) (15) (16).

La reconstrucción con grasa abdominal es usada frecuentemente pero requiere de una incisión adicional en piel y obtiene grasa no vascularizada. Lo que puede provocar una reacción de cuerpo extraño al comprimir el tallo cerebral (17) y causar meningitis lipídica como se ha descrito en la literatura (18) (19). La rotación de flap muscular regional necesita incisiones adicionales y puede producir pobres resultados cosméticos (20) (22). Flaps musculares libres vascularizados con técnicas microquirúrgicas incrementan el tiempo quirúrgico y el riesgo de infección; además requiere de un team quirúrgico adicional y tiene un alto índice de morbilidad en pacientes jóvenes (20) (23) (24). El drenaje por punción lumbar, usado por algunos autores (5,25), puede provocar serias morbilidades (26). La reconstrucción de base de cráneo presentada en este trabajo ha sido usada desde el 2002 (27), y tiene algunas ventajas cuando son comparadas con otros abordajes. Esta técnica es fácilmente realizable, usa dos flaps vascularizados, puede ser usada tanto en pequeños como en grandes defectos, no causa déficit adicionales, es efectivo en la prevención de fistulas, reduce la necesidad de drenaje lumbar y resulta cosméticamente muy bueno. En la mayoría de pacientes la morbilidad está relacionada a nuevos déficit de nervios craneales bajos. Cuando estos nervios no están infiltrados, la identificación y disección en el cuello y en el tallo cerebral es de ayuda para preservalos. Las lesiones de estos nervios pueden causar neumonía por aspiración que es la causa de serias complicaciones. La traqueotomía debe

ser realizada lo más pronto posible si los signos clínicos de aspiración persistente están presentes. Las muertes también se provocan por grandes hematomas en el cuello con desviación de la tráquea y falla respiratoria.

Los sangrados postoperatorios originados en la vena yugular externa o en otras grandes venas pueden ser la causa de hemorragia, la sutura o ligadura de estos vasos debe ser realizada cuidadosamente para evitar estas complicaciones.

La radioterapia es recomendada por algunos autores para tratar paragangliomas a causa de que esta va asociada con una baja morbilidad en los nervios craneales bajos (28) (29). El efecto beneficioso de la radioterapia para paragangliomas del hueso temporal permanece sin embargo incierto (6). El efecto de la radiación aparece en los vasos sanguíneos y en los elementos fibrosos de la lesión (29) (30), más del 80 % del control del tumor se reporta después de la radioterapia (31) (33). En nuestra experiencia la radioterapia postoperatoria fue indicada para pacientes con pobre condición quirúrgica y para pacientes con tumores agresivos o malignos o tumores con remanentes en el seno cavernoso que presentaron crecimiento.

La radiocirugía usando gammaknife o el sistema de acelerador lineal puede ser más beneficioso en cuanto a reducir los efectos colaterales de la irradiación convencional.

Las neoplasias inducidas por la radiación han sido descritas después de irradiar a tumores benignos del glomus yugular (34).

Como complicaciones postoperatorias del paraganglioma yugulotimpánico se destaca la acentuación en la hipoacu-

sia, sobre todo en los casos en los que se realizó timpanotomía exploradora o clausura del oído medio; sin embargo puede no verse afectada la calidad de vida de los pacientes, ya que por lo general estos presentan un bajo umbral auditivo preoperatorio(8) (9) (11). Otras complicaciones postquirúrgicas asociadas fueron la parálisis facial debido a la lesión del VII par y la parálisis del velo del paladar por lesión de la rama mandibular del V par (8)

CONCLUSIONES

Los paragangliomas son los tumores más frecuentes del glomus yugular, seguidas por Schwannomas, meningiomas, condrosarcomas. La remoción quirúrgica constituye el tratamiento de elección y puede ser curativa en Schwannomas, meningiomas benignos, paragangliomas no infiltrantes y otros tumores benignos del glomus yugular.

Grandes paragangliomas del glomus yugular con extensión intracraneal deben ser radicalmente escididos a través de abordajes multidisciplinarios con preservación de los nervios intracraneales bajos. La embolización preoperatoria permite menor cantidad de pérdida sanguínea durante la cirugía, en la mayoría de casos de paragangliomas y otros tumores bien vascularizados. Parálisis de los nervios craneales bajos con disfasia constituye la más seria complicación relacionada con la cirugía. La extubación tardía, traqueotomía en casos seleccionados y temprana rehabilitación son muy importantes en el manejo postoperatorio de pacientes con nervios craneales bajos involucrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dres. Andrés Alvo Vergara, Felipe Soto Vilches, José Ignacio Vergara Orellana, Paraganglioma del seno carotídeo. REVISTA FASO AÑO 20 , 2013, N° 3
2. Katsuta T. Rhotom AL Jr.Matsushima T. the jugular foramen: microsurgical anatomy and operative approaches neurosurgery 1997; 41:149-202.
3. Dr. Andrés Catalá Isla , Dr. Pedro Vega , Dr. Jhon Jairo Peña Saravia,Dr. Matías Castaño, Dr. Víctor Gustavo Rodríguez,Paraganglioma yugulotimpánico, Diagnóstico por imágenes y presentación de un caso, REVISTA FASO AÑO 22,2015,N° 3
4. Sen C, Hague K, Kacchara R, Jenkins A, Das S, Catalano P: jugular foramen: Microscopic anatomic features and implications for neural preservation with reference to glomus tumors involving the temporal bone. Neurosurgery 2001; 48 : 838-848.
5. Dres. A. Rodríguez Paramás, A. Lowy Benoliel, M. Arístegui Ruiz, Tumores de la región temporal. Abordaje quirúrgico del agujero rasgado posterior –ARP-. Resección lateral y total del hueso temporal,2005, CAPÍTULO23.
6. Eric Baudin, Mouhammed Amir Habra, Frederic Deschamps, Gilbert Cote, Treatment of malignant pheochromocytoma and paraganglioma, THERAPY OF ENDOCRINE DISEASE, European Journal of Endocrinology(2014) 171, R111–R122
7. Lang J: Anatomy of the jugular foramen. In :Samii M ,Draf W, editors: Surgery of the skull Base. Berlin, Springer Verlag 1989 pp 59-64.
8. Drs. Raúl Valenzuela P, Evelyn Ebensperguer P. BASE DE CRANEO: ANATOMIA Y PATOLOGIA TUMORAL. REVISION CONCEPTUAL, Revista Chilena de Radiología. Vol. 8 N° 4, año 2002; 170-176.
9. Anand V: Reconstrucción en cirugía de la base del cráneo, Boston. Kluwer Academic publisher 1989, pp 297-314.
10. Fisch U: Infratemporal fossa approach for glomus tumors of the temporal bone Ann OtolRhinolLaryngol 91,1982:474-479.
11. Green JD, Brackmann DE, Nguyen CD, Arriaga MA, Telischi FF, De la Cruz A: Surgical management of previously untreated glomus jugulare tumors laryngoscope 1997, 104: 917-921
12. Jackson CG, Glasscock ME , Nissen AJ, Schwaber MK: Glomus tumors surgery: The approach, results and problems. Otolaryngolclin north am 15,1985:897-916,
13. Ramina R, Maniglia JJ, Pedrozo AA, Clemente RS, Meneses MS: Surgical Treatment of jugular foramen tumors. ZentralblNeurochir 57 (suppl) 1,1996: 47-47.
14. Robertson JT , Clark WC , Robertson JH, Gardner LG, Glomus jugular tumors, in Youmans JR(ed) Neurological Surgery. Philadelphia. WD Saunders Co.,1990 ed 3, pp 3654-3666.
15. Samil M, Ttagiba M: Tumors of the jugular foramen. Neursurgery Q 6:1996,176-193.
16. Murphy TP, Brackmann DE: Effects of preoperative embolization on glomus jugular tumors. Laryngoscope 99,1989: 1244-1247.
17. Jackson CG, Woods C, Drinris PN: Glomus jugulare tumors in Sekhar LN, Janecka IP : Surgery of cranial Base Tumors , New York, Raven Press 1993.
18. Kempe LG: glomus jugulare tumor in Youmans JR, Neurosurgical Philadel-

- phia WB Saunders Co.1992 pp 3285-3298.
19. Watkins LD, Mendoza N, Cheesman AD , Symon L: Glomus jugulare tumors: A review of 61 cases. *Actaneurochir* 130.1994:66-70.
 20. Jones NF, Schramm VL, Sekhar LN, Reconstruction of the cranial base following tumor resection *Br J plastSurg* 40,1987: 155-162.
 21. Netteville JL, Civantos EJ: defect reconstruction following neurologic skull base surgery , *laryngoscope* 103,1993:55-63.
 22. Chen TC ; Maceri DR, Levy ML, Giannotta SL: Brain stem compression secondary to adipose graft prolapsed aftertranslabrynthine craniotomy: Case report. *Neurosurgery* 35,1994: 521-533.
 23. Chang DW, Langstein HN, Gupta A, DeMonte F, Do KA, Wang X, Robb G: reconstruictive management of cranial base defects after tumor ablation 6:1346-1355,2001.
 24. Mustoe TA, Corral CJ: Soft tissue reconstructive choices for cramniofacial reconstruction , *ClinPlast* 22,1995: 534-554.
 25. Shapiro AS, Scully T: Closed continuous drainage of cerebrospinal fluid via a lumbar subarachnoid catheter for a treatment or prevention of cranial/spinal cerebrospinal fluid fistula. *Neurosurgery* 30:241-245,1992.
 26. Snow RB, Kuhel W, Martin SB, Prolonges lumbar spinal drainage after the resection of tumor of the skull base *Neurosurgery* 28:880-882,1991.
 27. Ramina R, Maniglia JJ, Barrionuevo CE: Glomus jugulare tumors: class and treat. Symposium on cranial base surgical, Pittsburgh September 13-17, 1988.
 28. Lerner JM, Hahn SS, Spaulding CA, Constable WC: Glomus jugulare tumors : lon-term control by radiation therapy: *cancer* 69,1992 : 1813-1817.
 29. Springate SC, Weichselbaum RR: Radiation or surgery for chemodectoma of the temporal bone A reviewof local control and complications 12,1990:303-307.
 30. Brackmann DE, House WF, Terry R, Scanlan RL: Glomus jugulare tumors: Efects of irradiation : 76,1992, 1423-1431.
 31. Lalwani AK, Jackler RK, Gutin PH: Letahlfibrosarcoma complicating radiation therapy for bening tumors. *AM J otol* 14,1993:398-402.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

FISIOTERAPIA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 1 A 3 AÑOS DEL
CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “CENTRO
PUCARA” Y “GOTITAS DE AMOR” DEL CANTÓN
ANTONIO ANTE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA**

COMPARATIVE STUDY OF THE PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT IN
CHILDREN 1 TO 3 YEARS OLD CHILD DEVELOPMENT CENTER OF GOOD
LIVING “PUCARA CENTER” AND “DROPLETS OF LOVE” CANTON ANTONIO
ANTE OF THE PROVINCE OF IMBABURA.

Hernández Rosero Erika Valeria
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Suarez Montalvo Mario Roberto
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Maldonado Landázuri Mónica Valeria
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA/ MAGISTER EN NEUROREHABI-
LITACIÓN

Morales Camuendo Bayron Francisco
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA/ MAGISTER EN NEUROREHABI-
LITACIÓN

Autor para correspondencia: vale85hr@gmail.com

Manuscrito recibido el 05 de noviembre del 2016
Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

El desarrollo psicomotor es la maduración del sistema nervioso central, que se manifiesta de forma sistemática mediante los hitos de desarrollo, siendo los primeros años base principal en este proceso así como el medio ambiente que rodea al individuo y factores nutricionales. Por ello el objetivo de la presente investigación fue realizar una comparación del desarrollo psicomotor en relación a características demográficas, socioeconómicas y nutricionales en niños que viven en un contexto rural y urbano de 1 a 3 años. Los materiales y métodos utilizados se basan en una investigación de tipo descriptiva, comparativa y correlacional con un diseño no experimental de corte transversal en una muestra de 19 niños/as en la zona rural y 36 niños/as en la zona urbana, a los que se les aplicó la escala abreviada de desarrollo psicomotor, encuesta estratificada de nivel socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censo y las curvas de desarrollo y crecimiento de la Organización Mundial de la Salud. En los resultados se evidenció que el 52,63% de niños/as de la zona rural estuvieron en nivel medio de desarrollo; mientras que en la zona urbana el nivel medio representó un 80,56%. En relación al nivel alerta de desarrollo en la zona rural se obtuvo un 36,84% a diferencia de la zona urbana con un 8,33%. Como conclusión principal se identificó que existe un mejor desarrollo psicomotor en los niños/as de la zona urbana a diferencia de la zona rural.

PALABRAS CLAVE: Desarrollo psicomotor, escala de Nelson Ortiz, curvas de crecimiento

ABSTRACT

The psychomotor development is the maturation of the central nervous system, which is manifested in a systematic way through milestones of development, being the first years main base in this process as well as the environment surrounding the individual and nutritional factors. Therefore the objective of this research was to perform a comparison of psychomotor development in relation to demographic, socioeconomic and nutritional in children who live in a rural and urban context of 1 to 3 Years old. Materials and methods used are based on a descriptive research, comparative and correlational study with a not experimental design of transverse cut a sample of 19 children in the rural area and 36 children in the urban area, who were applied the Abbreviated Scale of psychomotor development, stratified survey of socioeconomic level of the National Institute of Statistics and Census and the curves of growth and development of the World Health Organization. The results showed that the 52,63% of children from the rural area were on average level of development; while in the urban area the average level represented a 80,56%. In relation to the alert level of development in the rural area is obtained a 36,84% unlike the urban area with a 8.33%. As main conclusion was identified that there is a better psychomotor development in children of the urban area in contrast to the rural area.

KEY WORDS: Psychomotor development, scale of Nelson Ortiz, growth curves WHO survey stratified socioeconomic INEC urban, rural.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicomotor se refiere al conjunto de habilidades que el niño va logrando, producto de la maduración del sistema nervioso central (SNC), de la interacción con el medio ambiente y otros factores que determinaran características especiales para cada individuo (1). Entre estos factores se describe algunos como la nutrición o la estimulación, que marcaran claramente el futuro desarrollo del niño.

En lo referente al estudio comparativo del desarrollo psicomotor en el mundo se han realizado los suficientes estudios para identificar la necesidad de investigaciones más a fondo. En España en la comunidad de Castilla se realizó un estudio que compara dos poblaciones, una rural y otra urbana, con el propósito de estimar las diferencias en el desarrollo psicomotor del niño a la edad de 18 meses respecto, al coeficiente intelectual (CI) de ambos progenitores, y variables sociodemográficas del entorno familiar, este estudio observacional de cohortes prospectivo, en el que fueron incluidos 249 niños, la valoración del desarrollo psicomotor del niño fue realizada mediante la escala de desarrollo infantil de Bayley, las puntuaciones obtenidas se analizaron en función del hábitat (rural o urbano), clase social, coeficiente intelectual de los progenitores, edad materna, trabajo materno, hábito tabáquico materno y número de hermanos, los resultados fueron, que los niños del sector rural tienen 9,3 puntos más en el desarrollo psicomotor respecto a los del sector urbano (2).

A nivel de Asia se estima que al menos 200 millones de niños - en su mayoría de países en desarrollo - sufren de retraso en el desarrollo psicomotor. Un estudio transversal se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2002 en 15

comunidades rurales y 11 urbanas de Sindh, Pakistán; el estudio tuvo por objetivo contribuir a la comprensión del entorno contextual en el que un niño crece y se desarrolla, en particular para evaluar las contribuciones relativas de la situación socioeconómica en barrios urbano-rurales en el crecimiento y desarrollo psicomotor, en el estudio se incluyeron 1.244 niños de menos de 3 años, fueron evaluados a través de visitas domiciliarias utilizando la escala infantil del desarrollo de Bayley, la antropometría y un cuestionario socioeconómico y demográfico, como resultado se encontró que el crecimiento y el desarrollo subóptimo eran frecuentes entre los niños del estudio.

En general, la media del índice de desarrollo psicomotor (PD) fue 96,0 (DE 16,7), con el 23% hubo retraso en el desarrollo, y desnutridos con 39.8% atrofiado, 30.9% bajo peso y 18,1% en vano, el bajo nivel socioeconómico y de vivir en una zona rural en lugar de barrio urbano fueron encontrados, que tienen fuertes asociaciones con las puntuaciones más bajas de la psicomotricidad y la desnutrición, las diferencias rural-urbanas de desnutrición fueron explicadas por el estatus socioeconómico más bajo de las familias en las zonas rurales (3).

En lo referente a Ecuador se realizó un estudio en Cuenca, la presente investigación tuvo como objetivo general, identificar el nivel de desarrollo de los niños y niñas de 1 a 3 años de los centros infantiles urbano y rurales del cantón Cuenca, como objetivos específicos: evaluar el nivel de desarrollo de los niños y niñas de 1 a 3 años en los CIBV urbano y rural del cantón Cuenca; determinar el nivel de desarrollo de los niños y niñas en las áreas motriz y lenguaje de la zona urbana y rural del cantón Cuenca. Los materiales utilizados fueron, escala de Nelson

Ortiz Pinilla (motricidad gruesa y fina, audición y lenguaje), los indicadores por períodos o esferas de desarrollo del MIES (desarrollo motriz, comunicación y lenguaje) y la escala de desarrollo psicomotor de Brunet-Lezine, este último se aplica en esta investigación con el objetivo de comparar, a partir de los resultados se comparó y se determinaron las peculiaridades comunes y las diferencias en el desarrollo de los niños.

La muestra ha sido constituida por 136 niños y niñas de los CIBV, urbanas y rurales del cantón Cuenca de 1 a 3 años de edad. Los resultados de la escala de Nelson Ortiz Pinilla respecto al desarrollo de la motricidad gruesa y fina no reportan diferencias significativas entre los niños de acuerdo a su procedencia. En tal sentido, se concluye que la mayoría de niños se encuentran en el parámetro de medio con una diferencia favorable al grupo de niños de los CIBV urbanos.

En lo que respecta a los Indicadores por esferas de desarrollo formulados por el MIES tampoco se advierte diferencias en el desarrollo motriz, por ello es que se confirma que los resultados tanto de la zona urbana como rural son similares. Los resultados del lenguaje según la escala de Nelson Ortiz Pinilla muestran diferencias significativas entre el grupo rural y urbano. Por su parte el desarrollo del lenguaje según los indicadores por esferas de desarrollo del MIES muestra una ventaja favorable para el grupo de niños pertenecientes al sector urbano. En cuanto al desarrollo completo de los niños según la Escala de Nelson Ortiz Pinilla se puede observar que existen diferencias significativas con claras ventajas para los niños de procedencia urbana. (4)

Una evaluación de desarrollo psicomotor realizada en edades tempranas

podría ayudar a prevenir posibles alteraciones en el desarrollo psicomotor, pero hasta el momento no se han realizado estudios enfocados a diferenciar si existe mayor o igual incremento de este tema tomando en cuenta el lugar de residencia en el que va evolucionando el niño, por ende también factores que influyen en el desarrollo psicomotor como pueden ser los demográficos, socioeconómicos y nutricionales, he aquí la importancia de realizar un estudio comparativo en cuanto a la evaluación del desarrollo psicomotor a nivel urbano y rural.

En base a lo anterior el objetivo de la presente investigación fue realizar una comparación del desarrollo psicomotor en relación a características demográficas, socioeconómicas y nutricionales en niños que viven en un contexto rural y urbano de 1 a 3 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, comparativa y correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo constituida 19 niños/as en la zona rural y 36 niños/as en la zona urbana, de esta población se obtuvo una muestra de tipo intencionada de 55 pacientes seleccionados bajo los criterios de los investigadores y descrito en el libro de Metodología de la Investigación Hernández Sampieri como un tamaño mínimo de muestra para estudios de tipo descriptivos y correlacionales (5).

Los instrumentos de valoración se aplicaron durante el mes de febrero de año 2016, los criterios de inclusión fueron: Estar dentro del rango de edad que comprende de 1 a 3 años, pertenecer al lugar de residencia en cuanto a la zona de ubicación del centro, que no posean patologías neurológicas diagnosticadas y contar con la respectiva

autorización de los padres o cuidadores responsables del niño/a.

Una vez firmado el consentimiento informado por el padre de cada niño/a, para iniciar la recolección de los datos se utilizó una ficha elaborada por los responsables de la investigación, en la que se registró información general de los participantes del estudio como edad, sexo, peso, talla, etnia y lugar de residencia.

Después fue fundamental la evaluación del estado socioeconómico de los niños por medio de la encuesta estratificada de nivel socioeconómico del instituto nacional de estadística y censo, utilizada para determinar el Nivel Socioeconómico de los Ecuatorianos; con la finalidad de contar con un sistema que permita estratificar socioeconómicamente a una familia en el año 2010 (6)

La encuesta refleja que los hogares del Ecuador se dividen en cinco estratos: estrato A (alto), nivel B (medio alto), nivel C+ (medio típico), estrato C- (medio bajo) y nivel D (bajo).

Para esta clasificación se utilizó un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos.

Posteriormente para la evaluación nutricional se utilizó las curvas de crecimiento y desarrollo según la organización mundial de la salud las cuales están destinadas a evaluar el crecimiento y el desarrollo motor de los lactantes y niños de 0 a 5 años (7).

Los patrones de Crecimiento Infantil de la OMS, afirman que todos los niños de cualquier parte del mundo independiente mente de la localización geográfica, si estos reciben cuidados y atención idónea desde el inicio de sus vidas, tienen el mismo potencial de crecimiento y desarrollo (8).

Para finalizar la evaluación del desarrollo psicomotor se utilizó la escala abreviada de desarrollo psicomotor de Nelson Ortiz (9), instrumento que está diseñado para realizar una valoración global y general de determinadas áreas o procesos de desarrollo entre las principales se destacan: área motricidad gruesa, área motriz fino-adaptativa, área audición-lenguaje y área personal-social; en lo que se refiera a su validez y su confiabilidad fue realizada en Colombia- Barranquilla, en el año de 1999 gracias a la decisión y trabajo de muchas personas y corporaciones.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva como, frecuencia y porcentajes las mismas que se realizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) y programa de Microsoft Excel.

RESULTADOS

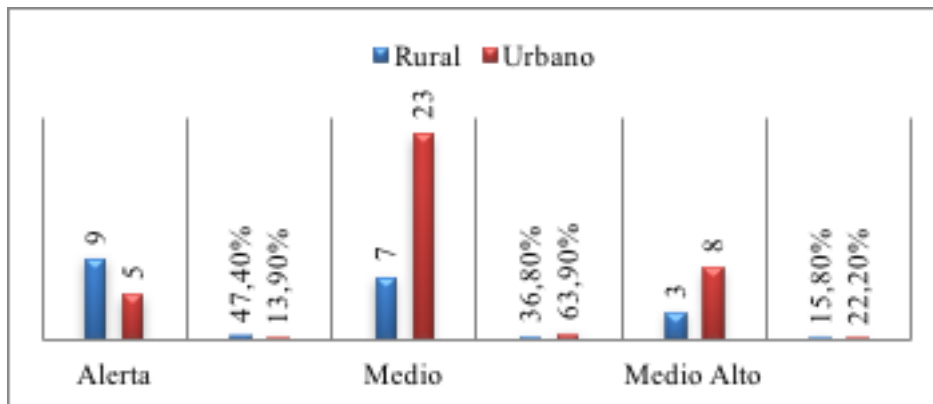
En lo que respecta a la distribución de la zona según la etnia y sexo de la Tabla 1, se observa que, en la zona rural existe un 84,21% de la población de etnia indígena de la cual el 63,16% son de sexo masculino y el 21,05% femenino; mientras que en la zona urbana hay prevalencia de etnia mestiza con el 88,89% de la población, de la cual presentan una similitud de porcentajes en cuanto al sexo masculino 41,67% y femenino 47,22%.

Tabla 1 . Distribución de zona en cuanto sexo y etnia.

Zona	Sexo	Etnia				Total	
		Indígena		Mestizo			
Rural	F	4	21,05%	0	0,00%	4	21,05%
	M	12	63,16%	3	15,79%	15	78,95%
	Total	16	84,21%	3	15,79%	19	100,00%
Urbano	F	3	8,33%	17	47,22%	20	55,56%
	M	1	2,78%	15	41,67%	16	44,44%
	Total	4	11%	32	88,89%	36	100,00%

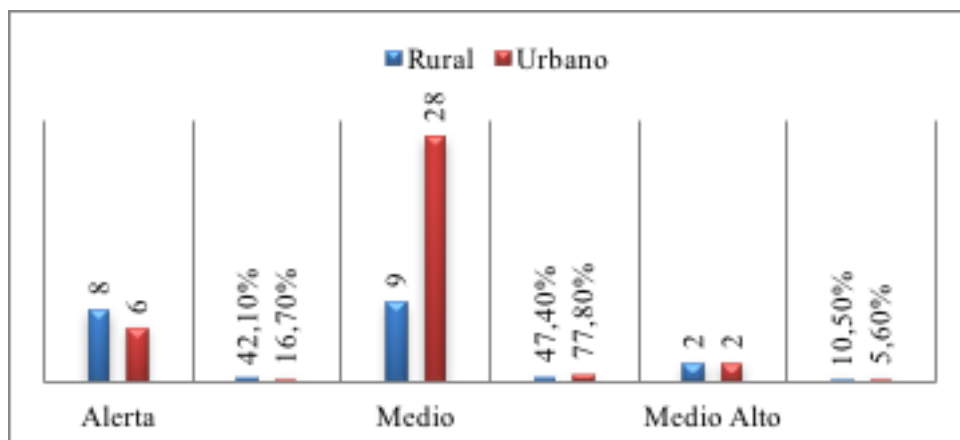
En cuanto a la zona según el nivel socioeconómico del Gráfico 1, se observa que, la mayoría de la población tanto rural como urbana se encuentra en niveles socioeconómicos similares lo que destacó un nivel bajo con un 42% en la zona rural y el 50% en la zona urbana y en un nivel medio bajo en la zona rural con 52,63% y la zona urbana 50%.

Gráfico 1. Distribución zona según nivel socioeconómico



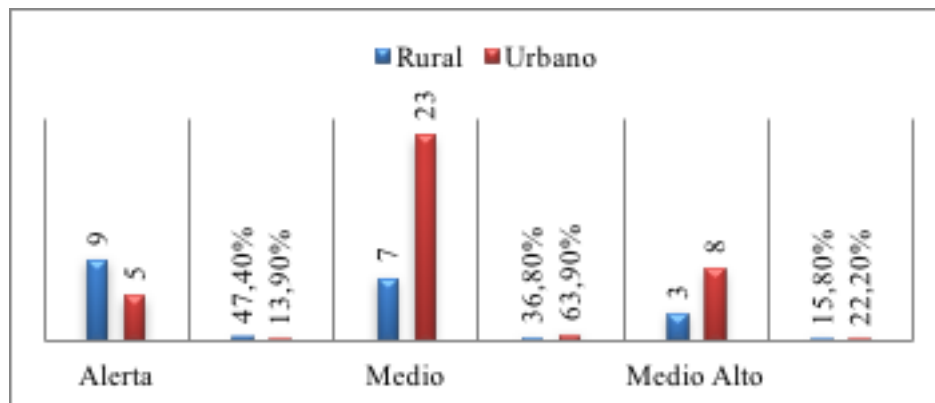
El índice de masa corporal (IMC) del Gráfico 2, para edad en relación con la zona, muestra que, en la zona rural el 10,53% de la población está dentro del indicador emaciado, mientras que el 2,78% en la zona urbana; en el indicador de IMC normal se evidencia el 47,37% en el sector rural y el 52,78% en el sector urbano. Dentro del indicador sobrepeso un 21,05% está en la zona rural y el 8,33% en la zona urbana.

Gráfico 2. Distribución zona según IMC para edad



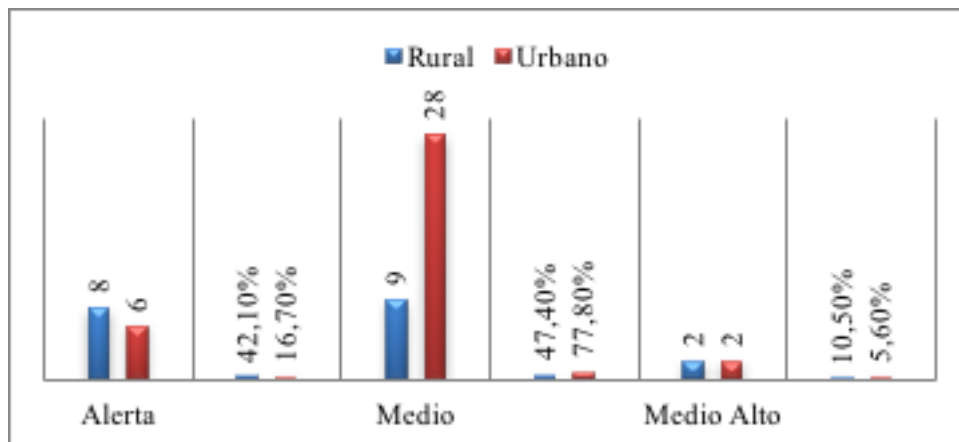
Continuando con el área de motricidad gruesa del Gráfico 3, en comparación con la zona, se evidencia que, 47,40% del sector rural se encuentra en alerta a comparación del 13,90% del sector urbano; en el desarrollo psicomotor medio con prevalencia en el sector urbano con 63,90% a comparación del sector rural que se presentan con 36,80%.

Gráfico 1. Distribución zona vs área motricidad gruesa



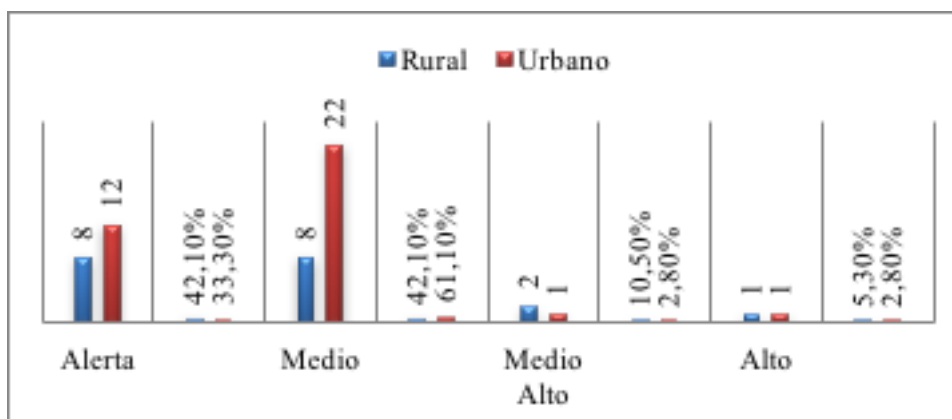
En el Gráfico 4, la motricidad fina en comparación con la zona, muestra, la zona rural el nivel de alerta con 42,10%, a diferencia de la zona urbana con 16,70%. En el nivel medio de desarrollo el sector rural con un 47,40%, a diferencia del sector urbano donde el 77,80% se encuentra dentro del nivel medio del desarrollo psicomotor.

Gráfico 2. Distribución zona vs área motricidad fino-adaptativo



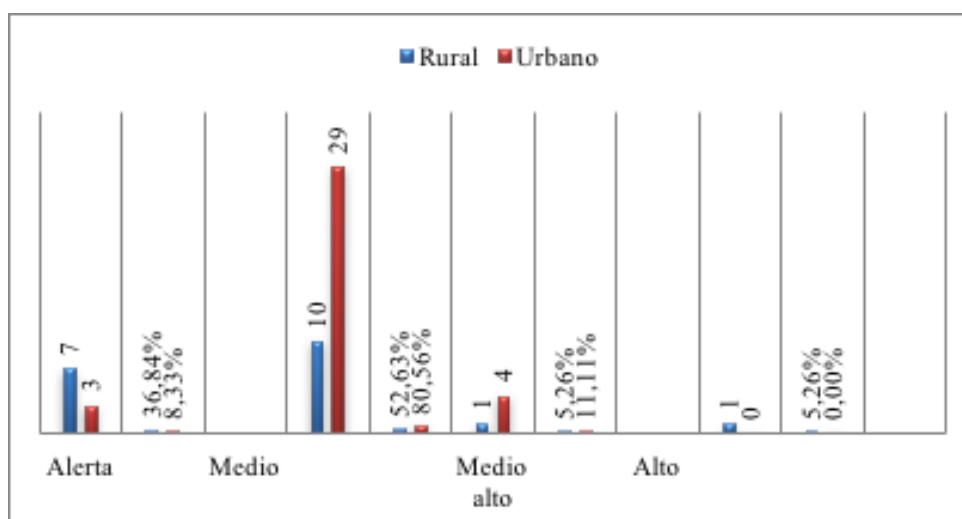
Respecto al área audición y lenguaje en comparación con la zona del Gráfico 5, se evidencia que el nivel alerta en la zona rural es 42,10%, a diferencia de la zona urbana que es menor con el 16,70%. En el nivel medio el 42,10% pertenece al sector rural, en cuanto al sector urbano con un 61,10% de esta población.

Gráfico 3. Distribución zona vs área audición y lenguaje



Finalmente el desarrollo psicomotor en comparación con la zona, se evidencia que el 52,63% de la población del sector rural se ubica en un nivel medio en desarrollo psicomotor, a comparación del sector urbano con un 80,56%; mientras que en alerta de desarrollo hay mayor prevalencia en la zona rural con 36,84%, en comparación con la zona urbana que se encuentra con 8,33%.

Gráfico 4. Distribución zona vs desarrollo psicomotor



DISCUSIÓN

El objetivo del estudio consistió en comparar de desarrollo psicomotor entre los niños/as de 1 a 3 años de edad del centro de desarrollo infantil del buen vivir “Centro Pucara” y “Gotitas de Amor” del Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Del total de la población en cuanto a la zona según la etnia y sexo se observa que, en la zona rural existe un 84,21% de la población de etnia indígena de la cual el

63,16% son de sexo masculino y el 21,05% femenino; mientras que en la zona urbana hay prevalencia de etnia mestiza con el 88,89% de la población, de la cual presentan una similitud de porcentajes en cuanto al sexo masculino 41,67% y femenino 47,22%. Por lo que se puede señalar que en este estudio la etnia indígena prevalece en el sector rural siendo el sexo masculino con mayor porcentaje en comparación al sexo femenino, mientras que en el

sector urbano la etnia mestiza prevalece sin gran diferencia en cuanto al sexo.

En cuanto al nivel socioeconómico se puede apreciar que la mayoría de la población tanto rural como urbana se encuentra en niveles socioeconómicos similares en los que se destaca un nivel bajo con un 42% en la zona rural y el 50% en la zona urbana y en un nivel medio bajo en la zona rural con 52% y la zona urbana con 50%. Por lo que se describe una equidad en cuanto a los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo tanto en la zona urbana como rural. Lo cual concuerda con un estudio realizado a nivel nacional, tanto en el sector urbano como rural por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC en el año 2012, el que menciona la reducción de 12,5 puntos porcentuales en la pobreza lo que se explica positivamente por dos efectos, por el crecimiento de consumo con 5,4 puntos porcentuales y el efecto distribución de la riqueza con 7,1 puntos porcentuales (10).

El índice de masa corporal (IMC) para edad en relación con la zona, reflejó que, en la zona rural el 10,53% de la población están dentro del indicador emaciado, mientras que el 2,78% en la zona urbana; en el indicador de IMC normal se evidencia el 47,37% en el sector rural y el 52,78% en el sector urbano. Dentro del indicador sobrepeso un 21,05% está en la zona rural y el 8,33% en la zona urbana. Se puede decir que, de acuerdo a los porcentajes existe mayor prevalencia de IMC normal en el sector urbano. Los indicadores de emaciado y sobrepeso registran mayor incidencia en el sector rural que en el urbano. Este fenómeno se debe posiblemente a que en la zona rural la gran mayoría de los niños/as mantiene una talla baja para su edad. En Ecuador durante el periodo 2011-2013

el Ministerio de Salud Pública (MSP) realizó una encuesta nutricional en las etnias mestizo, indígena y afro-ecuatoriano la cual dice que los indígenas son un grupo con las condiciones de vida más pobres en el Ecuador lo cual se ve reflejado en la alta prevalencia de retardo en la talla, aproximadamente 2 veces más alta representándose un 42% comparada con otros grupos étnicos. A la vez la alta prevalencia de retardo en la talla en los indígenas aumenta el riesgo de sobrepeso en un 30% (11).

En lo que respecta el área de motricidad gruesa en comparación con la zona se evidenció, que la zona rural el 47,40% se encuentra en alerta y el 36,80% un desarrollo medio; a diferencia de la zona urbana donde el 63,90% está en un nivel medio de desarrollo, con 27 puntos por encima de sector rural y en el nivel alerta un 13,90% con 34 puntos por debajo bajo del sector rural. Lo que indica que, en el sector rural existe mayor prevalencia de la población con alerta en el desarrollo de motricidad gruesa. Lo cual contrasta con la información encontrada en un estudio realizado en Cuenca en el año 2014, donde menciona que, respecto al desarrollo de la motricidad gruesa no representa diferencias significativas entre las poblaciones de acuerdo a la procedencia (12).

En lo referente a la motricidad fino-adaptativo en comparación con la zona, se observó que, en la zona rural el nivel de alerta con 42,10%, a diferencia de la zona urbana con 16,70%, en el nivel medio de desarrollo el sector rural con un 47,40%, a diferencia del sector urbano donde el 77,80% se encuentra dentro de medio en desarrollo, por lo que se puede señalar que, en el sector rural presenta un porcentaje considerable con alerta en el desarrollo en comparación al sector

urbano; mientras que en un desarrollo medio el sector urbano prevalece en comparación al rural que su porcentaje no es muy significativo; resultados que no concuerdan con el estudio realizado efectuada en Azuay-Cuenca en el año 2014 el cual señala que, no se reportan diferencias significativas en cuanto al desarrollo de la motricidad fina-adaptativo, aquí se advierte que la mayoría de los niños se encuentran en un parámetro de desarrollo medio, sin embargo se aprecia ligeras diferencias favorables al grupo urbano (12).

En lo respecto a al área audición y lenguaje en comparación con la zona se evidenció que el nivel alerta en la zona rural es un 42,10%, a diferencia de la zona urbana que es menor con un 33,30%; en el nivel medio el 42,10% pertenece al sector rural, en cuanto al sector urbano con un 61,10% de la población; gracias a esto se indicó que, en la zona rural existe un considerable porcentaje con alerta de desarrollo en comparación a la zona urbano; por lo que se puede argumentar que posiblemente este indicador podría cambiar de manera favorable si el evaluador o cuidador pudiese dominar el idioma Quichua, ya que esta lengua es nativa de la población del sector rural. Valores que concuerdan con una estudio realizado en Cuenca en el año 2014, mismo que señala, según la Escala Abreviada muestra diferencias significativas entre el grupo rural y urbano de este modo se advierte que el lenguaje está mejor desarrollado en el grupo urbano (12).

En cuanto al área personal social en comparación con la zona se observa que existen porcentajes homogéneos de los indicadores, tal es el caso del indicador alerta en el cual el 21,10% es de la zona rural y el 25% en la zona urbana, seguido del indicador

medio con proporciones similares en la zona urbana 50% y rural un 47,4% y en el indicador medio alto presenta el 26,30% urbano y el 25% rural; con esto se puede decir que, no existen diferencias significativas entre los sectores sin embargo se recalca que en el nivel alerta para los dos sectores es un porcentaje considerable; esto coinciden en cuanto al desarrollo del área personal –social con la investigación realizada en Cuenca en el año 2014 en el que, lo niños de cada sector se encuentran en un nivel medio y medio alto de desarrollo en su gran mayoría, pero contrasta en el nivel alerta ya que existe mayor porcentaje en el sector rural en comparación al urbano (13).

Y en lo que respecta al desarrollo psicomotor en comparación con la zona, se evidenció que el 52,63% de la población del sector rural se ubica en un nivel medio en desarrollo psicomotor y el 36,84% en un nivel alerta; a diferencia en el sector urbano el 80,56%, presentó nivel de desarrollo psicomotor medio, es decir 28 puntos por encima del sector rural y en el nivel alerta con un 8,33%, con 28 puntos por debajo del sector rural. Con lo que se puede demostrar que existe un mejor desarrollo psicomotor en la zona urbana, en comparación a la zona rural donde presenta un índice considerable de retraso en el neurodesarrollo de los niños. Estos datos se ajustan a un estudio realizado en Cuenca en el año 2014, en donde también se aplicó la escala abreviada de Nelson Ortiz, el estudio evidencia diferencias significativas con claras ventajas en los niños/as de procedencia urbana (13).

CONCLUSIONES

La etnia indígena prevalece en el sector rural siendo el sexo masculino con mayor porcentaje, mientras que en el sector urbano la etnia mestiza preva-

lece sin diferencias significativas en cuanto al sexo, registrando también que en el IMC los indicadores de emaciado y sobrepeso se presentaron con mayor porcentaje en la zona rural; esto se debe posiblemente ya que la etnia indígena se caracteriza por tener una antropología distinta en comparación a otra etnia.

En lo que respecta al nivel socioeconómico se evidencio una distribución homogénea en los niveles medio bajo y bajo el los grupos de estudio; esto se debe a la distribución de la riqueza en los últimos años.

El desarrollo psicomotor se evidenció con porcentajes a favor de la zona urbana en comparación con la zona rural

en la cual existe un considerable nivel de alerta en el desarrollo psicomotor de los niños/as, ahora en cuanto a las áreas se recalca que en audición-lenguaje existió gran porcentaje con retraso de desarrollo en el sector rural, posiblemente porque el idioma nativo en este sector es el Quechua.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta investigación no queda más que agradecer a cada uno de los a los docentes de la carrera de terapia física de la (UTN) Universidad Técnica del Norte, a las coordinadoras de los (CIBV) Centros Infantiles del Buen Vivir y a los niños que colaboraron de la mejor manera para la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado V, Contreras. Desarrollo Psicomotor en el primer año de vida. Primera ed. Marin Villasante , editor. Santiago: Mediterráneo; 2010.
2. Gómez Sanchíz M, Rodero Rarduño I. Influencia del hábitad Sobre el Desarrollo Psicomotor a la Edad de 18 meses. Box Pediátrica. 2010 Feb; 16(1).
3. Avan BI, Kirkwood B. Role of neighbourhoods in child growth and development: does 'place' matter? Elsevier. 2010 Julio; 71(1).
4. R H. Metodología de la Investigación. Quinta ed.: Mac Graw Hill; 2009.
5. Rodríguez Izquierdo C. Evaluación de las habilidades básicas: Motriz y Lenguaje en los niños y niñas de 1 a 3 años de los centros infantiles del buen vivir urbano y rural del Cantón Cuenca. Universidad del Azuay. 2014 Enero; 1(1).
6. Luco NM. INEC realizará primera estratificación socioeconómica del Ecuador. EL MERCURIO Diraiio Indenpendiente de Cuenca. 2009 Noviembre 12: p. 2.
7. Salud Omd. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2003 [cited 2016 Marzo 14. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/es/>.
8. Guzman , Sanchez X. Protocolo de Atención y Manual de Crecimiento Consejería del niño y la niña. Primera ed. Caicedo R, editor. Quito: Ministerio de Salud Publica (MSP); 2011.
9. Ortiz Panilla N. Ministerio de salud pública. [Online].; 1999 [cited 2015 Enero 2. Available from:<http://www.envidado.gov.co/Secretarias/Secretaria-deSalud/documentos/Prestacion%20de%20servicios/ciclo%20de%20capacitaciones/crecimiento%20y%20desarrollo/ESCALA%20ABREVIADA%20DE%20DESARROLLO%20UNICEF%20COLOMBIA.pdf>.
10. Moncayo JAR. INEC. [Online].; 2013 [cited 2016 Febrero 8. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>.
11. Freire WB, Rodriguez J, Belmont P. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ministerio de Salud Pública MSP. 2013 Febrero 25; 1(1): p. 33-34.
12. Izquierdo ECR. Universidad del Azuay. [Online].; 2014 [cited 2016 Febrero 9. Available from: <http://www.dspace.uazuay.edu.ec>.
13. Sanchez KAP. Universidad Azuay. [Online].; 2014 [cited 2016 febrero 9. Available from: <http://www.dspace.uazuay.edu.ec>.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

PSICOLOGÍA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

ADAPTACIONES DE LAS TÉCNICAS COMUNICACIONALES AL PROCESO TERAPÉUTICO DE SALUD MENTAL INFANTIL

ADJUSTMENTS OF THE COMMUNICATION TECHNOLOGIES TO
THE THERAPEUTIC PROCESS OF MENTAL INFANTILE HEALTH

León Ron Mayra Verónica

PSICOLOGA INFANTIL Y PSICOREHABILITADORA/ MAGÍSTER EN PSICO-
TERAPIA INTEGRATIVA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Posso Yépez Miguel Ángel

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN/ MAGÍSTER EN DESARROLLO
DE LA INTELIGENCIA Y EDUCACIÓN/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA
DEL NORTE

Galárraga Andrade Anabela Salomé

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN/ MAGÍSTER EN CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Ureña Prado Yaqueline Elizabeth

PSICOLOGÍA /MAESTRIA EN PENSAMIENTO ESTRATÉGICO Y PROSPEC-
TIVA/ UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO

Ruíz Chagna Claudia Alicia

LICENCIADA EN COMUNICACIÓN SOCIAL/ MAGÍSTER EN DIRECCIÓN DE
COMUNICACIÓN EMPRESARIAL E INSTITUCIONAL/ DOCENTE UNIVERSI-
DAD TÉCNICA DEL NORTE

Autor para correspondencia: maposso@utn.edu.ec

Manuscrito recibido el 06 de Septiembre del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

La adaptación de las técnicas comunicacionales al proceso terapéutico de salud mental infantil es un intento por recopilar la información que ampliamente se ha utilizado e investigado en la psicoterapia con personas jóvenes y adultas, y adaptarlo a la Psicoterapia con niños según su nivel de desarrollo cognitivo y cronológico, identificando además, cuáles serían las principales dificultades de su uso por parte de los profesionales en salud mental infantil. Utilizando la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, centrándose en los procesos cognitivos de la etapa preoperacional y de operaciones concretas, específicamente de: egocentrismo cognitivo, pensamiento intuitivo, percepción temporo-espacial y reversibilidad. Se desarrollaron sesiones psicoterapéuticas con niños de 3 a 6 años y de 7 a 9 años, con la finalidad de aplicar las técnicas de comunicación: reformulación de contenidos, interrogación, proporcionar información y seguir consejos. En este trabajo se revisa la necesidad de facilitar el proceso de comunicación terapéutica en el que se valore el conocimiento, la experiencia y significado del niño sobre lo que le sucede y piensa que es mejor para sí mismo, y establecer una adecuada comunicación para una correcta relación y alianza terapéutica.

Palabras Clave: psicoterapia infantil, desarrollo cognoscitivo, técnicas comunicacionales.

ABSTRACT

The adaptation of communication techniques to the children's mental health therapeutic process is an attempt to gather information that has been broadly used and researched in psychotherapy for youth and adults, and adapt it to psychotherapy for children according to their level of cognitive and chronological development, furthermore identifying which would be the main difficulties for its use by the children's mental health professionals. Using Piaget's cognitive development theory, focusing in the cognitive processes of the preoperational and concrete functions stage, specifically related to cognitive egocentrism, intuitive thinking, time-space perception and reversibility; psycho-therapeutic sessions with 3 to 6 year old and 7 to 9 year old children were conducted with the goal of applying these communication techniques: content reformulation, questioning, information acquisition and advice acceptance. In this research, there was a revision of the necessity to facilitate a therapeutic communication process in which the children knowledge, experience and meaning of his or her own situation and possibilities are valued; and, it is necessary to achieve a successful and adequate therapeutic relation and alliance.

Key Words: child psychotherapy, cognitive development, communication methods.

INTRODUCCIÓN

La conversación o al menos un intercambio de información es una actividad que diariamente realizamos todos los seres humanos. Para los profesionales psicólogos y educadores, se trata de una actividad fundamental de la psicoterapia, sea que su abordaje se oriente hacia adultos o niños (4).

Esto hace que dentro de la práctica psicoterapéutica, se vaya evidenciando cada vez más la necesidad de entender y organizar procesos básicos en el quehacer psicológico como la conducción de una comunicación eficaz y el uso de técnicas apropiadas.

Al no tener o tener muy poca información específica sobre cómo manejar la comunicación con los niños, es posible que se produzca una actitud arbitraria y poco real en cuanto a lo que en verdad el infante necesita, manifiesta e interpreta, corriendo el riesgo de poner en peligro la eficacia del proceso psicoterapéutico y todo lo que con ello conlleva (2).

Desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano de Psicoterapia, la conducción del proceso y la microtécnica son: “las comunicaciones o actividades que utiliza el terapeuta para iniciar, mantener, desviar o concluir el curso de las sesiones y la regularidad del proceso o para sugerir tareas intercesión” (1).

Se parte desde la orientación centrada en el núcleo en la que el psicólogo utiliza y aprovecha la información primera que proporciona el paciente para seguir y orientar su trabajo exploratorio e investigativo; se estima que mientras más fluidez y referencias se

entreguen en las sesiones, más eficaz y provechosa es ésta en sí misma, de modo que la versatilidad, adaptabilidad y amplitud de la comunicación, favorece una terapia más adecuada. Por esta razón, es necesario evitar las “horas pesadas” en donde no se logra material importante y que además genera incomodidad y reacciones perjudiciales tanto en el consultante como en el terapeuta (4).

“La comunicación eficaz supone que conectarse con el interlocutor, es conectarse con sus intereses, mentalidad, sentimientos y forma de comunicación, aplicándose a los niños de la misma manera que a los adultos” (2); esto quiere decir que es pertinente tener una capacidad más flexible para ver al niño en contexto; además poseer un dominio de los hitos y las etapas del desarrollo cognitivo y una predisposición creativa, para entender de qué manera el infante está procesando y construyendo el significado de cada una de sus vivencias, lo que requiere de una especial atención para mantener abierta y adaptable el curso de la misma.

Por esta razón se tomó como un marco de referencia la teoría cognitiva de Jean Piaget para guiar el proceso de terapia con el niño, tomando en cuenta sus posibilidades y limitaciones comunicacionales de acuerdo a su edad cronológica y cognitiva.

El psicólogo francés planteó cuatro etapas, a través de las cuales se desarrolla y perfecciona la capacidad cognitiva mismas que se detallan a continuación: (11).

Tabla N° 1: Características de las etapas cognitivas

Etapas cognitivas	Características
Sensorio-motora (nacimiento a 2 años)	De manera gradual, el lactante adquiere la capacidad de organizar actividades en relación con el ambiente por medio de la actividad sensorial y motora.
Preoperacional (2 a 7 años)	El niño desarrolla un sistema representacional y utiliza símbolos que representan personas, lugares y eventos. El lenguaje y el juego imaginativo son manifestaciones importantes de esta etapa. El pensamiento aún no es lógico.
Operaciones concretas (7 a 11 años)	El niño puede resolver problemas de manera lógica si se enfoca en el aquí y en el ahora, pero no puede pensar en términos abstractos.
Operaciones formales (11 años a adultez)	La persona puede pensar de manera abstracta, lidiar con situaciones hipotéticas y pensar acerca de posibilidades.

Para Jean Piaget, el conocimiento no es una copia, sino por el contrario una construcción de la realidad, por lo tanto, para él no existen estructuras innatas, todo se va desarrollando, incorporando y perfeccionando a través de la interacción y percepción del entorno (6). Tres procesos interrelacionados son los que permiten este crecimiento cognitivo: organización, adaptación y equilibrio (12).

Si bien la teoría de Jean Piaget ha sido cuestionada respecto a la amplitud y generalización de sus etapas de desarrollo cognitivo, es indudable el aporte y la aplicabilidad de la gran mayoría de sus postulados, tanto para la educación como para la terapia psicológica y que continúan siendo vigentes.

Desde este contexto, uno de los principales problemas a los que se enfrentan los psicoterapeutas y educadores, es el hecho de que no existen técnicas de comunicación específicas para niños, las utilizadas son las de adultos, por lo que mucha de la información obtenida puede estar sesgada. Por tal razón, el trabajo de esta investigación consiste en realizar psicoterapia con técnicas de comunicación utilizadas con adultos, adaptadas para la intervención a niños de 3 a 6 años y de 7 a 9 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo de investigación es cualitativo llamado también sustantivo o de rango medio, ya que es de naturaleza local, y sus explicaciones se circunscriben a un ámbito determinado y poseen riqueza interpretativa. El planteamiento básico es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos la investigación más que de los estudios previos; es especialmente útil cuando las teorías no cubren a todos los participantes de un fenómeno.

Población o universo

La población fue de 21 niños y niñas en los rangos de edad de 3 a 6 años (13 niños), y de 7 a 9 años (8 niños), a quienes en el período de enero 2013 a enero 2014, recibieron atención psicoterapéutica.

Unidades de análisis (supuestos teóricos)

Técnicas de comunicación psicoterapéutica: reformulación de contenidos, interrogación, proporcionar o dar información y seguir o dar consejos.
Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget en etapa preoperacional y de operaciones concretas.

El análisis y discusión de resultados parte de una adaptación de las técnicas de comunicación utilizadas en terapia psicológica con adultos de ambos sexos; es decir, las matrices de cada una de las técnicas son un constructo teórico modificado de lo que manifiesta la técnica en sí y la teoría del desarrollo cognitivo en las etapas pre-operacional (3 -6 años) y operaciones concretas (7 – 9 años) propuesto por Piaget. Para esto nos hemos basado en las sesiones terapéuticas individuales realizadas a cada uno de los niños, pero por razones de ética y secreto profesional, no se transcribe el contenido de la sesión, sino sólo se expresará el análisis y discusión de cuatro de las técnicas:

Tabla N° 2: Técnica de Reformulación de Contenido

CARACTERÍSTICAS 3-6 AÑOS	CARACTERÍSTICAS 7-9 AÑOS
<p>Egocentrismo cognitivo. Esta característica no alienta la utilización de la técnica. Escuchar la historia que el niño cree que ya todos saben alienta el proceso fantasioso, restándole validez a la que el niño cuenta. A partir de los cuatro años Disminuye el egocentrismo, esto hace que el niño tenga mayor disposición a hablar y dar detalle de lo que le sucede y de lo que siente. Estará dispuesto a dar ciertas aclaraciones pero muy vagas, siempre y cuando lo beneficien.</p>	<p>Egocentrismo cognitivo. El egocentrismo cognitivo ya no existe como tal, lo que permite que el niño sepa que debe explicar lo que le sucede al terapeuta en detalle situacional y emocional, además esté dispuesto a hacer aclaraciones.</p>
<p>Pensamiento Intuitivo. Está en su forma más básica, con tendencias a un comportamiento egocéntrico, lo que alienta la fantasía con propósitos o fines de satisfacción de deseos, que no corresponden a lo que se está tratando de aclarar. El desarrollo de este pensamiento a los 4 años hará que el niño se anticipe a los efectos de las cosas que hace o dice con el fin de procurarse bienestar o favor, de modo que las figuras de autoridad, parentales, etc serán difíciles de debatir si eso no va a beneficiarles. El niño tenderá a tratar de agradar al terapeuta sin debatir.</p>	<p>Pensamiento Intuitivo. El niño ya es capaz de adelantarse mentalmente a los hechos, esto ayuda en el proceso de aclaración y reformulación de hechos.</p>
<p>Percepción Tiempo – Espacial. Limita la explicación cronológica de eventos por parte de los niños y es probable que en el uso de la técnica, al mencionar los hechos, el niño los relacione con otros vividos en otro momento, algo imaginado, etc. Pero que no responden a lo que se trata en ese momento. A partir de los cinco años esta conciencia mejora como para ubicar hechos cronológicamente pero aún puede confundir recuerdos</p>	<p>Percepción Tiempo – Espacial. El niño ya ha desarrollado una conciencia temporal suficiente como para posicionar cronológicamente los hechos, lo que reducirá el riesgo de que los confunda con otros recuerdos y los saque a flote innecesariamente.</p>
<p>Concepto de Reversibilidad. El egocentrismo cognitivo ya no existe como tal, lo que permite que el niño sepa que debe explicar lo que le sucede al terapeuta en detalle situacional y emocional, además esté dispuesto a hacer aclaraciones. Esta habilidad no se ha desarrollado aún, todo lo que implique aclaración debería ser dicho en el mismo orden y con las mismas palabras para ayudar a no perderse al niño, sin embargo aún así, no sería muy útil</p>	<p>Concepto de Reversibilidad. Habilidad que se está desarrollando y que permite mayor análisis y recuerdo de lo mencionado, por lo tanto es posible decir lo mismo que el niño ha mencionado, de diferentes formas y él aun las entendería</p>

Maier (2008) sugiere que en edades tempranas, la técnica no es útil debido a que el pensamiento egocéntrico no permite una real voluntad de contar lo sucedido al terapeuta pues para el niño, esa información, el adulto ya la domina; no hay necesidad de hacer aclaraciones, de modo que los detalles no serán comunes en el relato del niño. De otro lado, el pensamiento intuitivo unido al egocentrismo, harán que el niño trate de llevar las cosas a su favor, es decir, dirá y contará las cosas para que los resultados estén a su favor impulsando la fantasía en el niño pequeño. La temporalidad es otro factor que en las edades de 3 a 6 años no contribuye con el relato pues el niño aún no logra ordenar cronológicamente los hechos (11). Esto hará que mezcle recuerdos o que a la sola mención de un hecho con otra palabra, el niño la relacione con otra experiencia que no tiene momento en la terapia. Si además no se cuida el vocabulario a usarse y el orden en el que el niño lo cuenta, es posible que, por la aún ausencia del concepto de reversibilidad, el niño confunda el relato en la técnica del terapeuta con una historia diferente a la que él relató.

En las edades de 7 a 9 sin embargo, el uso de la técnica es factible, por mayor vocabulario, mayor capacidad de contar hechos y detalles, ubicarse espacial y cronológicamente, se concentra más y la fantasía es considerablemente menos probable.

En consulta, se identificó que los niños entre 3 y 6 años entendían la técnica como una pregunta sugestiva a la que respondían aquiescentemente, posiblemente por ganar el favor de la terapeuta. Así, en los niños de 3 a 6 años, con el uso de la técnica se pudo notar lo siguiente:

- Incremento de los contenidos fantasiosos, el aumento de los deta-

lles y características en estos son notorios comparados con eventos reales.

- Tendencia a responder afirmativamente a todo lo que la terapeuta dice, frecuentemente pasaba cuando se encontraban asustados o preocupados en las primeras sesiones. Trabajar en la adecuada alianza y relación terapéutica en estos momentos es imprescindible.
- La atención de los niños pequeños se disipa, el objetivo de la técnica no se logra, los aburre al parecer y los cansa.
- El nivel verbal, es decir, la cantidad de vocabulario que el niño posee afecta el uso de esta y todas las técnicas. Se evidenció ciertos casos en los que la técnica producía efecto reflexivo en estos niños, sin embargo, la limitación de vocabulario que pudiera ayudarlos a calificar o conceptualizar lo que les sucede generó en ellos estrés y ansiedad.
- En los casos mencionados en el párrafo anterior, por la insuficiencia de vocabulario antes mencionada, se recurrió al uso de imágenes y dibujos sobre todo de emociones para ayudarlos a expresarse y reducir el estrés generado.

En los niños de 7 y 9 años se observó lo siguiente:

- La técnica es factible de utilizar siempre y cuando la relación y alianza terapéutica estén bien establecidas (7). De lo contrario este grupo de niños también tiende a la aquiescencia.
- Si bien el vocabulario del niño es mayor y mejora la oportunidad de comunicar cómo se siente o piensa, en algunos casos, se evidenció la necesidad de ayudarlos a identificar sus sentimientos. De modo que es importante mantener un lenguaje comprensible, fácil y que no se preste para interpretaciones ambiguas.

Tabla N° 3: Técnica de Interrogación

CARACTERÍSTICAS 3-6 AÑOS	CARACTERÍSTICAS 7-9 AÑOS
Egocentrismo cognitivo. Debido a esta característica, las preguntas muy abiertas no direccionadas darán lugar a contenido fantasioso, preguntas acerca de proyección de emociones, estados de ánimo o preferencias se verán afectadas por las preferencias del niño. A partir de los 5 años es más factible el recibir información coherente con la pregunta sin mayor contenido fantasioso	Egocentrismo cognitivo. Preguntas abiertas en este momento no serán mayor problema, si bien aún pueden colarse contenidos fantasiosos, la comunicación abierta es más fluida y recomendada en esta etapa.
Pensamiento Intuitivo. Las preguntas que correspondan a secuencias, sucesión de hechos, causas y efectos son difíciles aun en esta etapa para los niños, sin embargo están en capacidad de manejar al menos tres representaciones mentales a la vez a partir de los 4 años preferentemente	Pensamiento Intuitivo. Puede anticiparse a los hechos, anticipar efectos a las conductas concretas y a las emociones, por tanto las preguntas pueden ser elaboradas de manera que la respuesta requiera varias representaciones a la vez.
Percepción Tiempo – Espacial. Preguntas respecto a espacio y tiempo siguen son confusas y difíciles, sin embargo alrededor de mediados del quinto año y sexto, el niño maneja conceptos temporales inmediatos (hace un momento, hoy, mañana, etc)	Percepción Tiempo – Espacial. Temporalidad y espacialidad están comprendidos en esta etapa, de modo que se pueden utilizar, de forma confiable, información respecto a tiempo y lugar.
Concepto de Reversibilidad. Preguntas que se relacionen a posibilidades para un mismo hecho son imposibles en esta edad, hay una linealidad causa efecto comprendida por el niño producto de su experiencia y es lo que podremos obtener en este tiempo. Sin embargo el desarrollo del pensamiento intuitivo a partir de los 5 años permite considerar explicaciones con al menos dos hipótesis	Concepto de Reversibilidad. El niño puede establecer varias soluciones a las preguntas planteadas, disfruta de hacerlo, comprende ahora más posibilidades para un mismo hecho lo que permite una conversación menos controlada y medida.

Fuente: (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Autores: Verónica León, Miguel Posso, Anabela Galárraga, Claudia Ruíz

La importancia de la técnica de interrogación es que posibilita aclarar o enriquecer la información que está siendo proporcionada por el paciente, esto nos permite entender mejor qué es lo que le sucede, qué está sintiendo y cómo está entendiendo su situación (6). En el caso de los niños esto es igualmen-

te necesario o quizás aún más, si se plantea el hecho de que el niño es una fuente fiable de información para lo que le sucede puesto que es él quien lo sufre, entonces es imperante entender de la mejor manera posible cómo lo está viviendo el niño (5).

Sin embargo, en el proceso de enriquecer el relato, algunas características del niño en la etapa preconceptual y operaciones concretas deben ser contempladas y manejadas. Una de estas características es la dificultad que posee el niño en etapa pre conceptual respecto de la conciencia temporoespacial (14). Esto volvería complicada la intención de averiguar cuándo sucedió algo, en qué fecha, y el lugar exacto, de modo que es mejor centrarse en los hechos y sus detalles el cómo sucedió, qué nomás pasó, quién estuvo. En el caso de los niños en etapa de operaciones concretas, esto mejora puesto que el niño ya adquiere conciencia de secuencia cronológica y espacial, lo que le permite recordar en detalle cuando y donde sucedió un hecho sin mayor probabilidad de confundirlo con otro (14).

El egocentrismo cognitivo del niño en etapa pre conceptual lo vuelve difuso en responder a preguntas puesto que de alguna manera el niño entiende que esto el adulto ya lo sabe; sumado a esto, la gran cantidad de contenido fantasioso que el niño elabora, puede fácilmente contaminar el relato, mientras más preguntas le haga el adulto respecto a un mismo tema del que no ha tenido la respuesta que necesitaba, mayor oportunidad para el niño de elaborar más relatos fantásticos, puesto que el niño está experimentando y tratando de complacerlo. Si bien tanto el contenido fantasioso y el egocentrismo se reduce en el periodo de operaciones concretas, existe la posibilidad de que el niño involucre contenidos no reales, algunas veces sucede por no tener una mala imagen frente el terapeuta, por ganar a su favor al adulto o al psicólogo, por evitar castigos, etc. El niño en cualquiera de las etapas mencionadas es influenciado y va a

tratar de tener de su lado al terapeuta o cualquier figura de autoridad si considera que le sería beneficioso, de modo que va a tratar de congraciarse con lo que el adulto pueda manifestar. Por esta razón se ha de cuidar que las preguntas no sean sugestivas puesto que el niño puede tender a responder afirmativamente a todo lo cuestionado así no se ajuste a la realidad, en niños más pequeños lo harán así porque en realidad entienden la pregunta como una afirmación y en los niños más grandes por mantener o ganar el favor del adulto evitando entrar en conflicto o discrepancia con él.

Flexibilidad y Reversibilidad Cognitiva son ejercicios mentales difíciles para niños pequeños en edades de entre 3 a 6 años. Su concepción de las cosas es más lineal y no se pueden hacer varias asociaciones de sucesos, menos aún pedirle suponer varios resultados, en esta etapa, cuando mucho podremos hacer un ejercicio de anticipación mental que asocie dos o tres hechos en los que involucre primero su propia experiencia. En los niños de 7 a 9 años, estas características cognitivas ya están presentes, de modo que es posible preguntar hipótesis y hacer asociaciones.

Otro de los aspectos que puede limitar el uso de la técnica es la cantidad de vocabulario que el niño posee, se dice que el niño sabe más de lo que en realidad puede comentar y esto se debe a que aún no encuentra o no sabe las palabras que le ayudarían a definir lo que le sucede y siente, de modo que cuando se le hace una pregunta al niño, es posible que la dificultad para contestarla se deba más en el limitado vocabulario antes que en si comprendió o no lo que le hemos pedido. A medida que el niño crece también aumenta su repertorio en vocabulario.

En consulta, en los niños de edades entre 3 y 6 años se pudo evidenciar lo siguiente:

- Preguntas que se relacionen con tiempo y lugares no obtienen una respuesta adecuada.
- En las primeras sesiones o cuando es un tema complicado el que se va a tratar, los niños se mostraron nerviosos y tensos, en estos casos, funcionó el hacer una actividad lúdica tranquila como una manualidad o pintura conjuntamente con el niño mientras él iba relatando algo y respondiendo las preguntas que se le formulaban, ayudó también el ponerse a su lado y no frente a él, esto bajaba notoriamente su inquietud y su ansiedad.
- El contenido fantasioso que el niño fabrica aumenta cuando las preguntas se tornan redundantes en un mismo tema. Se reconoce la aparición e incremento de contenido fantasioso porque el curso del relato se vuelve más fluido y cargado de detalle.
- La cantidad de vocabulario que los niños poseían no era suficiente para representar todo lo que querían decir, se los veía intentando encontrar palabras para poder explicar lo que les sucedía y se

oía seguido la frase “es que no sé cómo decir”. En estos casos, ayudó el utilizar tarjetas con imágenes de emociones y sentimientos, que es por lo general en lo que más conflicto tenían, también fueron útiles tarjetas con cualidades, defectos, miedos, etc.

En el caso de los niños de 7 a 9 años, se pudo evidenciar situaciones no muy distintas a las del período anterior.

- Se evidenciaron ciertos avances en cuanto a cognición y lenguaje que hicieron posible un manejo más “sencillo” de la técnica, sin embargo, aunque la teoría menciona que con más edad el vocabulario se incrementa, en dos casos se pudo apreciar que no es así.
- Como en el grupo anterior, ante las preguntas, algunos niños tendían a responder lo que creían que le gustaría oír a los autores, al explicarles que no están en evaluación, que no hay calificaciones y posteriormente preguntarles qué los hizo decir algo que no creían, la respuesta común era “Es que no quería que se vaya a enojar porque hay cosas que no me acuerdo / en la escuela las profesoras se enojan / mis papás se enojan cuando no me acuerdo”.

Tabla N° 4: Técnica: Proporcionar o Dar Información

CARACTERÍSTICAS 3-6 AÑOS	CARACTERÍSTICAS 7-9 AÑOS
Egocentrismo cognitivo. Información que responda a estados emocionales de terceros son conceptos poco retenidos por los niños de esta edad, se deberá hacer asociación con las propias vivencias, la información brindada deberá ser concreta y de fácil entendimiento para no aburrir o confundir al niño	Egocentrismo cognitivo. En este momento, el niño está en capacidad de comprender aclaraciones de estados mentales de terceros, la riqueza en adjetivos calificativos aumenta

<p>Pensamiento Intuitivo. El niño es literal en este tiempo, de modo que lo que se diga el niño lo tomará tal cual, debido a esto, hay que cuidar el cómo se presenta la información. A partir de los 5 años el niño maneja mejor las relaciones básicas de causa y consecuencia pero aún no es extenso en sus reflexiones</p>	<p>Pensamiento Intuitivo. Proporcionar información asociativa a otros aspectos de la vida es factible hacerlo en este tiempo, de todas maneras, cuidar que el lenguaje sea comprensible para el niño sigue siendo muy importante.</p>
<p>Percepción Tiempo – Espacial. Información que requiera ubicación temporal, memorización o recuerdo de las misma, serán aclaraciones difusas que no se sostendrán en las significaciones del niño, es información transitoria para el niño, hacia los 5 años la información podrá estar más contextualizada en cuanto a tiempo y espacio, sin embargo la proyección temporal deberá ser inmediata,</p>	<p>Percepción Tiempo – Espacial. El niño es capaz de elaborar una secuencia cronológica de la información recibida y le asigna un tiempo apropiado a la misma, de modo que esto contribuye a la eficacia de la técnica pues potencia la comprensión,</p>
<p>Concepto de Reversibilidad. No presente en este tiempo aun, sin embargo gracias al pensamiento intuitivo, la anticipación y asociación básica es posible si no son muchas variables ni posibilidades. Aunque no muy flexible</p>	<p>Concepto de Reversibilidad. El niño es capaz de manejar con explicaciones en base a representaciones e interpretaciones de terceros, está en capacidad de flexibilizar sus esquemas previos es más fácil en este momento.</p>

Fuente: (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).
 Autores: Verónica León, Miguel Posso, Anabela Galárraga, Claudia Ruíz

El propósito de esta técnica es la psicoeducación, con esto se pretende que el paciente tenga información suficiente que le permita comprender qué sucede acerca de una condición o área de su vida (6). Con esto se evita que el paciente se informe mal a través de medios no confiables, el saber qué le sucede en muchos casos resulta ya terapéutico, relaja al paciente al saber que lo que le sucede es algo conocido, que tiene nombre y que por lo tanto no está solo (10).

En el caso de los niños la utilidad se expande en ayudarlos a entender situaciones en la que viven las demás personas que lo rodean, o situaciones cotidianas que no son de su agrado. Los limitantes en este sentido serían derivados del egocentrismo de la etapa preconceptual y la casi ausente rever-

sibilidad cognitiva que permite pensar en hipótesis para una misma situación.

Se considera un limitante puesto que, cuando se trata de entender comportamientos, situaciones específicas como divorcios, enfermedad, etc. en las personas que están a su alrededor, a los niños se les hará difícil poder imaginar y entender desde el punto de vista de ellos sino mas bien que lo comprenderá desde el propio, más difícil aún será tratar de entender que hay varias maneras de hacer una misma cosa y varias consecuencias para un mismo acto.

Por otro lado, en la etapa de operaciones concretas, la naciente capacidad de flexibilizar el pensamiento, la capacidad de reversibilidad cognitiva, permiten que el niño tenga una com-

prensión más profunda de lo que sucede con él y con las personas allegadas a él, comprende las posibilidades y las consecuencias, de modo que genera un impacto más profundo (13). Sin embargo, salvando estas dificultades, proporcionar adecuadamente información acerca de una situación específica puede ayudar al niño a percibirse a sí mismo de mejor manera, reduce los niveles de ansiedad y estrés que le provoca no entender lo que sucede, le ayuda a reaccionar de mejor manera y procesa mejor. Los recursos lúdicos gráficos siempre son una buena opción en el caso de niños pequeños en fase pre conceptual.

Quizás uno de los retos con esta técnica es la utilización de un lenguaje simple y fácil de entender para los niños, a veces hay situaciones complicadas de explicar y tratamos de dar toda la información posible al niño, pero seguramente él aún no está en capacidad de manejarla completa.

Se debe procurar manejar un lenguaje claro, sin rodeos, si necesita ejemplificar algo, una buena forma de hacerlo es dibujar lo que vamos comentando, las analogías no son efectivas para profundizar en las explicaciones cuando se trata de niños pequeños.

Tabla N° 5: Técnica Seguir o Dar Consejos.

CARACTERÍSTICAS 3-6 AÑOS	CARACTERÍSTICAS 7-9 AÑOS
Egocentrismo cognitivo. En esta época, el niño asume los consejos más como una orden que como sugerencias, por lo tanto, los decidirá de acuerdo a su conveniencia o percepción de mayor agrado.	Egocentrismo cognitivo. La confusión respecto a entender los consejos como órdenes puede presentarse aún en este período sin embargo es mucho menor que en el período anterior, en este caso no tendrá que ver precisamente con el egocentrismo sino más bien por la figura de autoridad que podría representar el terapeuta.
Pensamiento Intuitivo. Surge la misma dificultad, el niño asume cada consejo como una orden, si se le presenta como opción, este se confundirá sin saber qué se espera de él o qué debe hacer, de modo que lo mejor será hacer lo que le convenga.	Pensamiento Intuitivo. La capacidad de anticiparse mentalmente a los hechos hace posible que el niño considere los efectos de seguir o no el consejo ofrecido.
Percepción Tiempo – Espacial. Ubicar temporalmente un consejo en forma futura causa conflicto en el niño, cualquier consejo tomado como orden que debe ser ejecutada en dos días tres días, etc es información que será pasada por alto por el niño. Su temporalidad es del momento, por lo que futuros son complejos de entender	Percepción Tiempo – Espacial. En este período, el niño está en capacidad de ubicar temporal y espacialmente los hechos y los actos, de modo que ofrecer consejos con proyección temporal indefinida como: “en adelante, o en el futuro” son comprendidas
Concepto de Reversibilidad. Aun no establecido, esto dificulta la técnica pues al no poseer la habilidad de pensar en hipótesis y adelantarse a las posibles consecuencias de los hechos	Concepto de Reversibilidad. Esta característica en particular hace que pueda ser utilizada de forma más eficaz la técnica, en este momento el niño puede considerar no solo los efectos sino también pensar en varias posibilidades y adaptar el consejo según su necesidad

Fuente: (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Autores: Verónica León, Miguel Posso, Anabela Galárraga, Claudia Ruíz

Esta técnica es útil a la hora ayudar a un paciente a considerar su situación y poner de frente opciones (6). Sin embargo siempre se advierte del peligro de una sobre utilización de la misma, puesto que se corre el riesgo de volver al paciente dependiente de su consejo para decidir e inútil para hacerlo por sí mismo (3).

En el caso de los niños es distinto, aconsejar con la intención de que el niño considere las posibilidades, se anticipe y pese las consecuencias de cada una de esas posibilidades, es una gran responsabilidad y algo que el niño no estará en capacidad de hacer en el período preconceptual puesto que requiere de la habilidad de flexibilidad y reversibilidad mental.

Los niños en cualquiera de las dos etapas, aún están aprendiendo qué es lo que se espera de ellos, de modo que es fácil que el niño asuma un consejo como una orden, el niño entiende que eso es lo que se le está diciendo tácitamente que haga, decidir hacerlo o no dependerá de su motivación, el niño no lo entenderá como sugerencia.

Para contemplar una posibilidad como una sugerencia, el niño deberá poder adelantarse a las consecuencias de los hechos, analizar el impacto que cada opción tendrá en su vida, pesar lo bueno y no tan bueno de cada opción. Esto es un proceso complicado ya incluso para los adultos, considerando que en el momento de la consulta se está invadido por la percepción de los problemas, cuanto más lo es para los niños.

Con los avances cognitivos que el niño posee en cada una de las dos etapas a las que se hace referencia en este trabajo, lo que es posible hacer para modificar esta técnica, es proporcionar al niño una variedad de opciones, en

el caso de los niños en etapa preconceptual no deberían ser más de dos o tres, analizar con él las consecuencias inmediatas, se puede utilizar muchos recursos lúdicos para ayudar a ejemplificar.

En el caso de los niños en fase de operaciones concretas, si bien la capacidad de reversibilidad aparece, aún es muy básica como para dejarlos solos en las decisiones (11). De modo que será importante analizar con el niño las opciones, preguntarle qué ha pensado y mirar las consecuencias de todas ellas para ayudarlo a decidir, involucrar a los padres es importante en algunos casos.

CONCLUSIONES

1. El uso de la técnica de reformulación de contenido en los niños de 3 a 6 años, incrementa los contenidos fantasiosos, tienden a responder afirmativamente a lo que el terapeuta pregunta, la atención se disipa y la cantidad de vocabulario que el niño posee, afecta el uso de la técnica. En los niños de 7 a 9 años, la técnica es factible de utilizarla, aunque a veces los niños tienden a la aquiescencia; además, en algunos casos se evidenció la necesidad de ayudarlos a identificar sus sentimientos.
2. Respecto a la aplicación de la técnica de interrogación se pudo evidenciar lo siguiente: en las edades de 3 a 6 años las preguntas que se relacionen con tiempo y lugares no obtienen una respuesta adecuada. El contenido fantasioso que el niño fabrica aumenta cuando las preguntas se tornan redundantes en un mismo tema. En el caso de los niños de 7 a 9 años, se pudo evidenciar ciertos avances en cuanto

- a cognición y lenguaje que hicieron posible un manejo más “sencillo” de la técnica. Como en el grupo de 3 a 6 años, ante las preguntas, algunos niños tendían a responder lo que creían que le gustaría oír a los autores.
3. En cuanto a la técnica de proporcionar o dar información, en los niños de 3 a 6 años, se encontró una dificultad considerable para entender un punto de vista diferente al de ellos cuando la técnica hace alusión a una situación en contexto. Por otro lado en los niños de 7 a 9 años, se pudo comprobar que existía una comprensión más profunda respecto a lo que sucede con él y a las otras personas, lo que le permite dimensionar mejor su situación e inclusive generar sus propias posibilidades de solución.
 4. Con la técnica de seguir o dar consejos, tanto en los niños de 3 a 6 como en el grupo de 7 a 9 años, se pudo notar que ésta no se asume como una sugerencia sino como una orden, por lo tanto tienden a seguirla tácitamente sin mayor reflexión. En este caso, cumplir la sugerencia o no, dependerá de la motivación que el niño posee.
 5. Los resultados teóricos obtenidos dan lugar a que se puedan desarrollar futuras investigaciones en donde se puedan plantear hipótesis en base a los supuestos teóricos desarrollados en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balarezo, L. (2010). "Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad". Quito: Unigraf.
2. Delfos, M. (2001). "Me escuchas". Holanda: editorial Bernard Van Leer.
3. Emans, B. (2005). "Interview. Theorie, technic and training". Journal of Consulting and Clinical Psychology.
4. Wachtel, P. (1996). "La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz". Editorial Descleé de Brouwer.
5. Feixas, G; Villegas, M. (2001). "Constructivismo y Psicoterapia". Editorial Descleé De Brouwer.
6. Fernandez, A. Rodriguez, B. (2002). "Habilidades de Entrevista para Psicoterapeutas". España: editorial Descleé de Brower.
7. Friedberg, R Y McClure, J. (2005). "Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes". Barcelona: Editorial Paidós.
8. Glaser, B & Strauss, A. (2012). "The Discovery, of Grounded Theory: strategies for qualitative research". USA: Aldine transaction.
9. Herda, E. (1999). "Research Conversations and Narrative: A Critical Hermeneutic Orientation in Participatory Inquiry". USA: PRAEGER.
10. Mancheno, S. (2009). "Módulo: La Microtécnica"; Maestría en Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito.
11. Maier, H., 2008. "Tres teorías del desarrollo del niño". Argentina: editorial Tematika.
12. Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Psicología del Desarrollo. Mexico: Mc. Graw Hill.
13. Pavez, M. (2008). "Desarrollo Narrativo En Niños". España: Editorial Lexus.
14. Piaget, J & Inhelder, B. (2007). "Psicología del Niño". Madrid: editorial Morata.
15. Piaget, J. (1970) "Psicología y Epistemología". Buenos Aires: Emecé editores.
16. Rodríguez, R & Fernández, M. (2007) "Desarrollo cognitivo y Aprendizaje Temprano: la lengua escrita en la educación infantil". España: ediciones Universidad de Oviedo.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

ENFERMERÍA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

LA DINÁMICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

THE DYNAMICS OF THE SCIENTIFIC INVESTIGATION IN THE FORMATION
OF THE NURSING PROFESSIONALS

Rojas Conde Luis Geovanny

Licenciado en Ciencias de la Educación/ Magister en Docencia Universitaria/
Universidad Técnica de Ambato

Montoya Rivera Jorge

Licenciado en Ciencias de la Educación/ Master en Ciencias de la Educación/
Universidad de Oriente/Facultad de Santiago de Cuba

Autor para correspondencia: luisgrojas@uta.edu.ec

Manuscrito recibido el 05 de Junio del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

Los procesos de investigación científica en los Centros de Educación Superior, garantizan la obtención de información fidedigna de la realidad y la creación de nuevos conocimientos que permitirán conformar a futuro los semilleros de la ciencia y tecnología, respondiendo así, a las exigencias modernas de la sociedad. Los autores del presente artículo luego de un diagnóstico teórico y experiencial, pretenden analizar y describir las debilidades de la formación científica en docentes y personal de salud, además valorar la importancia de la dinámica de la investigación científica en la formación de profesionales de enfermería y su vínculo responsable sobre la actividad investigativa en ésta área. Se fundamenta en diversos estudios bibliográficos de gran relevancia, cuyos criterios permiten indagar las dificultades existentes entre la formación académica – científica y la aplicación de sus competencias en la práctica de enfermería. Se describe el problema científico y el objeto de estudio que se relacionan directamente con la formación y el proceso académico - científico de los profesionales de enfermería y las dificultades que atraviesan los docentes y estudiantes en el desarrollo de la investigación científica durante el proceso académico y asistencial. Finalmente se proponen alternativas que se pueden tomar en cuenta para realizar una investigación más profunda, que solucione la problemática planteada ampliando las estrategias pedagógicas - investigativas en la formación del profesional de enfermería hacia una atención integral y de calidad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Dinámica, investigación científica, enfermería, formación profesional, formación científica.

ABSTRACT

The processes of scientific investigation in the Centers of Superior Education, guarantee the obtaining of trustworthy information of the reality and the creation of new knowledge that will allow to conform to future the nurseries of the science and technology, responding this way, to the modern demands of the society. The authors presently article after a theoretical diagnosis and experiencial, they seek to inform and to motivate to educational and personal of health about the importance of the development of the scientific investigation in the formation of infirmary professionals and their responsible bond on the investigative activity in this area. It is based in diverse bibliographical studies of great relevance whose approaches allow to investigate the existent difficulties among the academic formation-scientific and the application of their competitions in the infirmary practice. It is described the scientific problem and study object that are related directly with the formation and the academic process - scientific of the infirmary professionals and the difficulties that cross the educational ones during the trial in the development of the scientific investigation academic and assistance. Finally they intend alternative that can take in bill to carry out a deeper investigation that solves the outlined problem enlarging the pedagogic strategies - investigative in the infirmary professional's formation toward an integral attention and of quality to the patient.

Key Words: Dynamics, the scientific of the investigation, the infirmary, the professional of the formation, the scientific of the formation.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo científico y tecnológico en el mundo avanza vertiginosamente y se ha convertido en un factor crucial para el bienestar social a tal punto que la distinción entre pueblo rico y pobre, hoy se basa en la capacidad de crear o no el conocimiento científico. Sin instituciones adecuadas de educación superior en ciencia, tecnología y en investigación, con una masa crítica de científicos experimentados, ningún país puede tener garantizado un desarrollo real (1), por ende el rol de la educación superior juega un papel fundamental en la formación de profesionales con elevados conocimientos, esto se evidencia en la transformación cualitativa de la sociedad.

En este ámbito, la Cumbre Mundial de Educación Médica celebrada en Edimburgo en 1993, propone un debate científico sobre la formación de profesionales de la salud, discusión que permitió, el desarrollo de un movimiento internacional, que busca un cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de la salud, que posibilite la formación de un profesional que responda a las necesidades económico-sociales de sus respectivos países, pero a su vez, que sea capaz de enfrentar los retos científicos y tecnológicos, sobre la base de una cooperación e interrelación, tanto en los ámbitos nacionales como mundiales (2).

Sin embargo, la crisis económica y social que experimentan los pueblos de América Latina y el Caribe obstaculizan la evolución de la investigación científica, producto del recorte presupuestario, condiciones laborales inadecuadas, limitada formación de talento humano en esta área, nula vinculación con las comunidades científicas universitarias de otros países y las

políticas anti ciencia por su costo. Estos indicadores provocan su retroceso, aunque Brasil, Argentina y México lideran las publicaciones científicas, gracias a una inversión económica fuerte en investigación y el desarrollo de capacidades investigativas en docentes y estudiantes universitarios, lamentablemente no sucede lo mismo con otros países, como Venezuela que del 2009 al 2013 experimenta una caída en la producción científica de un 29%, mientras que la publicación de artículos científicos en Chile es de 30, Cuba 7, Colombia 6 y Ecuador 2, por cada 100 mil habitantes. (3)(4).

En este contexto, las universidades se constituyen en centros de la cultura y el saber, donde su primordial función es la capacitación permanente de profesionales de alto nivel, pero a la vez deben constituirse en factores dinámicos del progreso cultural, social, político y económico del país.

Lo antes expuesto, lo expresa la Constitución Política del Ecuador, en su Art. 27, sobre la esencia misma de la educación, como un instrumento fundamental que se centra en el ser humano, como ente que respeta los derechos, el ambiente, la democracia y que se constituye a partir de su formación holística, en un eje estratégico para el desarrollo nacional, de igual manera, el Art. 350 y 357 describen que el sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; así como, la garantía del estado para financiar a las instituciones públicas de educación superior hasta el tercer nivel, (5) punto de vista que no se comparte, porque es urgente la formación de investigadores a nivel universitario y el sistema no lo permite:

por los costos, estadía de doctorados, becas exclusivas para los docentes a nombramiento que son un grupo minoritario frente a los de contrato y que no acceden a estos estudios, limitado apoyo para los docentes a contrato, entre otras razones. La doctrina está escrita y el presupuesto universitario es menor de acuerdo al número de estudiantes por universidad, esto incide directamente en procesos de recategorización acreditación de carreras, ejecución de programas y proyectos de investigación, relacionados con la limitada producción de artículos y textos académicos- científicos.

En este sentido, los programas educativos y de investigación a nivel universitario, deben desarrollar habilidades y competencias para la actividad científica y que a la vez contribuyan a la producción del conocimiento y la tecnología, indispensables para mejorar la calidad de vida y el progreso de los pueblos. Estos componentes son fundamentales y deben ser incorporados en nuestro país en vías de desarrollo, principalmente una sólida formación científica y tecnológica dirigida hacia el mejoramiento de los procesos laborales, económicos, de protección social y del ambiente, producción, fuentes de empleo y sobre todo de justicia social (6) (7) (8) (9) (10). Ante lo expuesto, el Estado debe invertir en ciencia y tecnología, a partir del presupuesto destinado en estas áreas, para cumplir con todos los objetivos planteados.

Lo descrito permite definir el objetivo de la investigación que está centrado en analizar y describir las insuficiencias en la formación académica y científica de los profesionales de enfermería y sus posibles soluciones, que orientarán otras investigaciones en esta área. Actualmente la sociedad del conocimiento evoluciona y es evidente con los hechos descritos, que cada vez

existen dificultades en la formación de profesionales; aún más, si se relaciona este fenómeno con los procesos de evaluación y acreditación universitaria, que exigen resultados rigurosos en la formación académica y científica.

Por tales razones, es fundamental que la universidad mediante los cambios pedagógicos integrales, fomente la praxis profesional, por tanto, se debe dejar a un lado la concepción teórica esquematizada o de repetición de conocimientos que limita el ejercer una acción transformadora a partir de la identificación de las diferencias individuales de los futuros profesionales, los cuales han de integrar sus saberes científicos en la solución práctica de problemas sociales, cuestión que a la vez, ha de tener su expresión en el área de la salud. Ante estas consideraciones, las Facultades de Ciencias de la Salud con sus diferentes carreras, se erigen en instituciones de gran importancia para lograr desarrollar procesos académicos vinculados con el desarrollo de la investigación científica en sus profesionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración del artículo de revisión, se aplicó un estudio analítico-descriptivo a partir de la búsqueda bibliográfica en varias fuentes de información relevante en páginas web, la actividad de consulta se inició en el mes de agosto de 2014 en repositorio de tesis doctoral bvs Cuba, en el Portal de revistas científicas y arbitradas de la UNAM, en la revista Gaceta Médica Espirituana, artículos de revista unesco.org y principalmente en la base de datos de Scielo, se utilizó como estrategias de consulta, la lectura comprensiva y crítica para la elección de propuestas alternativas de los autores, mapas conceptuales, escritura científica, revisión de conclusiones y resulta-

dos de relevancia. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de la literatura son: investigación científica, enfermería, ciencia y enfermería.

DISCUSIÓN

Una de las carreras, que permitirá que se lleve a cabo este proceso dinámico en el área de la salud es la de enfermería, profesión que se distingue de la Educación Médica Superior por su actuación profesional en la salud, basada en cuatro dimensiones fundamentales: el cuidado de enfermería, la persona, la salud y el entorno. Satisface las necesidades humanas y asiste las alteraciones de la salud de los pacientes, mediante la aplicación de la lógica del proceso de atención de enfermería como método científico de la profesión; además, se tienen en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para proporcionar el bienestar físico, mental y social. También utiliza los procesos docente, gerencial e investigativo para garantizar la calidad y optimización de los servicios de enfermería (11).

Diferentes autores (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) realizaron investigaciones a partir de la formación profesional de enfermería, desde el punto de vista teórico y basado en el paradigma positivista sin alcanzar el verdadero resultado del anclaje sistémico entre la formación recibida y la práctica profesional.

La investigación en enfermería es vital para el desarrollo de su praxis, sólo así se logrará expandir el conocimiento a través de la publicación de sus resultados, la presión para ejercerla en el personal de enfermería es permanente, pero los resultados son muy escasos, esta profesión siendo eminentemente práctica, enfrenta grandes problemas relacionados con: la desconfianza de

su personal en los procesos investigativos y de capacitación, desconocimiento y falta de experiencia en este ámbito, la utopía que es una actividad compleja y relegada a especialistas, por último, la ausencia de programas de maestría y doctorado en esta área, limitan su desarrollo.

Ante lo expuesto, desde la academia se debe motivar a los estudiantes hacia la indagación, descubrimiento, solución de problemas, mediante la aplicación de una metodología crítica, alternativa, innovadora y placentera que logre en realidad formar profesionales con elevados conocimientos científicos, “ el docente universitario debe promover la investigación con un compromiso real, desde la experiencia y conocimiento en este oficio, estar comprometido en la promoción de la investigación, ser investigador para poder enseñar el arte de la investigación. Es maestro, el que guía, orienta, motiva, encanta, apoya desde su conocimiento y experiencia investigativa” principios que son implícitamente descritos en la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en enfermería, celebrada en Colombia. (19).

En la actualidad, la enfermería como disciplina debe ser estudiada por sus profesionales a partir de un fundamento teórico – metodológico para el ejercicio de su práctica, a fin de fortalecer sus competencias en el área de la salud. Las enfermeras y enfermeros deben investigar y difundir experiencias vividas en el desarrollo de su actividad profesional, además vincular estrategias para mejorar la calidad de su servicio en los centros de salud.

La indagación es fundamental en el hecho de identificar las principales fallencias en el proceso formativo del profesional de enfermería, la experiencia personal permite de una manera lógica

realizar alcances y valoraciones de la problemática planteada, frente al difícil proceso de transición que atraviesa la educación superior en el Ecuador, como lo determina el Consejo Nacional de Educación Superior (CES) en su informe preliminar, describiendo que existen serios inconvenientes en la formación académica y científica de los universitarios, entendiendo que el currículo no responde a las exigencias científicas y tecnológicas actuales.

Luego de la problemática planteada, es trascendente describir las limitaciones que presentan los docentes en cuanto a la formación académica y científica, que no permiten su desarrollo integral, las mismas se concentran en:

1. La desvinculación de las carreras de enfermería con hospitales docentes, producto de la ausencia de políticas de estado que garanticen la vinculación de la teoría con la práctica enfermera y el desarrollo de la ciencia; este fenómeno, no permite la generación real de una praxis docente, investigativa y asistencial con gran responsabilidad social, el diagnóstico evidencia que los conocimientos de enfermería, investigación y pedagogía, están desarticulados de la práctica asistencial. Los profesores no poseen conocimientos sobre cómo aprenden sus alumnos y cómo instrumentar el proceso investigativo y de enseñanza aprendizaje en la práctica profesional y de investigación. (20).
2. La esporádica motivación del docente hacia el estudiante en el proceso investigativo, genera poco interés del mismo en la solución de los problemas académico-científicos y de la profesión.
3. La formación de talento humano con capacidades mínimas en áreas investigativas y pedagógicas, provo-

ca el desarrollo de un aprendizaje eminentemente teórico y con menos horas en la práctica profesional, que desarticula el aprendizaje con el desarrollo del conocimiento y la ciencia.

4. El conocimiento y aplicación de la planeación del docente en el aula de manera empírica, establece graves conflictos entre lo que se debe realizar ante la promoción y prevención de enfermedades y sobre todo en la actuación directa de los problemas en el área de salud.
5. La redacción esporádica de libros, ensayos, ponencias y artículos científicos, así como, la participación reducida en eventos, seminarios y congresos a nivel nacional e internacional.

Ante lo descrito, se considera importante también declarar las limitaciones de los estudiantes, relacionada con la formación académica-científica que restringe la correcta aplicación de sus competencias en la ejecución de proyectos de investigación científica, estas se reflejan en:

1. En la exploración de problemas de salud y su vínculo con el objeto de estudio, que distorsiona la realidad y rol del estudiante universitario en su labor investigativa.
2. La búsqueda, interpretación y difusión de la información científica no permite acrecentar el conocimiento y fortalecer habilidades cognitivas e investigativas.
3. En el dominio de la estructura básica de un proyecto de investigación o análisis de casos, en la identificación de temas y líneas de investigación
4. La redacción científica, presenta un género discursivo deteriorado con

- errores estructurales, gramaticales y ortográficos en sus múltiples trabajos académicos y científicos.
5. La presentación de trabajos repetitivos ya investigados, que coartan la creatividad y la independencia intelectual y científica de los estudiantes.
 6. Pensamiento memorista y problemas para reflexionar, analizar y contextualizar la problemática existente en el área de la salud, manifestándose una formación teórica y empírica.
 7. En la participación en jornadas científico estudiantiles donde pueda desarrollar sus capacidades en el plano científico

Luego del diagnóstico teórico y experiencial de los investigadores, surge la necesidad de plantear soluciones ante el problema científico: ¿Cómo contribuir al perfeccionamiento de la formación académica y científica de los profesionales de enfermería, que permitan remediar los problemas en el área de salud, de la ejecución de proyectos de investigación?, que limitan el accionar científico y comunitario del estudiante universitario.

A partir de la abstracción sistémica, como proceso fundamental en la identificación de problemas, se detecta la contradicción epistemológica, que permite a la vez, visualizar la relación existente entre la sistematización de la formación adquirida y la práctica asistencial transformadora del profesional de enfermería.

Mediante el diagnóstico inicial y un análisis crítico, se identificaron las causas principales del problema de investigación planteado, las cuales se centran en:

1. Modelos pedagógicos que no se articulan a la realidad socio-económica de la sociedad.
2. Desmotivación en el estudiante hacia la investigación y solución de problemas en la profesión.
3. Currículo no responde a la formación científica, porque existe una inadecuada aplicación de la teoría con la práctica.
4. Insuficiencias en el proceso pedagógico, metodológico y epistemológico de la investigación científica.
5. Limitada participación de sus actores en maestrías y doctorados en el área de enfermería.
6. Enseñanza eminentemente teórica con limitadas horas de práctica.
7. Desarrollo insuficiente de jornadas científico estudiantiles que permitan el desarrollo del hombre de ciencia.

Relacionando estas causas, es necesario perfeccionar los procesos de formación en los futuros profesionales de enfermería, para de esta manera lograr un empoderamiento de la cultura investigativa a partir del valor integral de la academia, investigación, vinculación y acción laboral que deben cumplir en función de su potencial cognitivo.

Aunque se han realizado grandes esfuerzos por mejorar los procesos de formación en esta área, existe un gran desafío que conlleva descubrir los procedimientos y estrategias adecuadas para que los futuros profesionales apliquen sus conocimientos en su campo profesional de manera innovadora, eficiente y eficaz, fortaleciendo así, el proceso de formación científica

del profesional de enfermería, que se constituye en el objeto de estudio.

En tal virtud, la formación científica de los profesionales de enfermería, se constituye en un escenario complejo, que ha sido abordado desde diferentes puntos de vista por autores nacionales y extranjeros que expresan criterios valiosos en torno al objeto de estudio. Los que explican la fenomenología del proceso de formación, desde su concepción positivista y no dialéctica, enfrentando grandes cuestionamientos sobre la base de lo que realmente significa la dinámica en la formación profesional, desde la sistematización que debe existir entre la formación continua y la aplicabilidad de sus conocimientos en su campo laboral, que dialécticamente explica la integración de la teoría y la praxis, (21) (22) (23) además se describen paradigmas importantes sobre la formación en investigación científica, pero no se aborda la necesidad urgente que esta se desarrolle en forma sistemática y avanzada para determinar el ascenso cualitativo de los profesionales de enfermería a partir de la gestión de proyectos de investigación. El propósito de la formación integral en la enfermería, debe apoyarse en la dinámica de un modelo que garantice su aplicabilidad, Según Puga A. (2007) en un modelo de desarrollo de asistencia-bilidad en el proceso formativo de este profesional y que a la vez analizado por Barreda, L (2009), se denotan las relaciones dialécticas entre el contenido de enfermería, la cultura general e integral, el método asistencial, el método investigativo en enfermería y la formación científica asistencial, la dimensión formativa y la dimensión científica, las que dinamizan desde la contradicción dialéctica entre el carácter multidimensional de la formación del profesional de la enfermería y el carácter totalizador de la práctica de enfermería que

propicia la asistenciabilidad, al ser esta una cualidad esencial que caracteriza la formación del profesional.

Otras investigaciones, expresan la importancia de incentivar la formación científica de los profesionales de enfermería, no sólo, sobre la base del aprendizaje de los principios de la investigación en el ámbito de su formación, sino en la práctica educativa, asistenciabilidad en la comunidad, en la generación de proyectos y sobre todo en el internado rotativo. (24) (25) (26) Sin embargo, de acuerdo a la experiencia de los autores, esto constituye un riesgo, porque satura el currículo de los estudiantes y exige competencias complejas para su nivel de formación. Esto último puede generar una actitud de rechazo hacia la investigación, tomando en cuenta que durante su proceso de formación no se han desarrollado estas competencias. Se plantea entonces, la necesidad de realizar otros estudios, para continuar explorando nuevas ideas y estrategias para lograrlo.

En consecuencia, la aplicación correcta de las estrategias científico - metodológicas en la formación de los profesionales de enfermería, deben insertarse sistemáticamente en la planificación macro, meso y micro curricular de los profesionales de la salud, aún más en la aplicación de éstas en la cátedra. Si no se aplica este principio pedagógico y sobre todo didáctico, se dificulta el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias en los estudiantes universitarios en general.

Entonces, se puede contribuir a reducir las insuficiencias en el proceso formativo de enfermería en relación con el proceder indagativo, si se elabora un sistema de procedimientos didácticos para la dinámica del proceso de formación científica, sustentado en un

modelo de sistematización indagativa, que solucione las contradicciones antes mencionadas (27)0 (28).

CONCLUSIONES

Se demuestra que existen inconsistencias en el proceso de la formación académica y científica de los profesionales de enfermería en relación con su práctica laboral, lo que evidencia la necesidad de motivación del docente en el área académica e investigativa, para lograr en estudiantes y docentes creativos una relación más responsable en actividades de investigación, gestión y vinculación con la comunidad.

La carrera de enfermería debe modernizar sus procesos de formación del talento humano especializado en el área de maestrías y doctorados, con el objetivo de producir y divulgar conocimientos relacionados a la intervención y cuidados del paciente.

A partir de los procesos de práctica docente, pedagógicos y de formación, se deben fomentar la creación de círculos de investigación conformados por docentes y estudiantes de gran relevancia, para garantizar una práctica clínica

responsable y las demandas de la sociedad en el área de la salud.

Los resultados de los procesos de investigación, deben ser publicados en revistas indexadas a nivel nacional e internacional y sus editores deben cumplir con las normas de exigencias necesarias para mejorar la calidad de publicaciones, a partir de una base de datos que permita considerar la revisión y seguimiento de artículos científicos.

Se debe garantizar en estudiantes universitarios la creación de semilleros en investigación en salud, a partir de círculos de estudio en medicina, laboratorio clínico, enfermería, psicología y las diferentes áreas que se relacionan con salud, dirigidos por docentes con amplia formación en el área investigativa. No existe un reconocimiento al esfuerzo de los investigadores en Latinoamérica, limitando su accionar especialmente en el área de la salud, es fundamental entonces la motivación de sus participantes, en el ámbito profesional, personal o económico, que garantice resultados permanentes y de alta calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) UNESCO. Science for the twenty-first century. Paris; 2000.
- (2) Salas R.S. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Educación Médica Superior [revista en la Internet]. 2000 Ago [citado 2014 Ago 12]; 14(2): 136-147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200003&lng=es.
- (3) Pianzola N. Los goles científicos de América del Sur. BBC Mundo [revista en la Internet]. 2014 Jun; [citado 2014 Ago. 15]; Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/06/140612_ciencia_nature_ciencia_america_del_sur_np
- (4) Paz y Miño C. (2013, Sep.). La producción científica ecuatoriana (II). El Telégrafo[En línea]. Disponible: <http://www.telegrafo.com.ec/opinion/columnistas/item/la-produccion-cientifica-ecuatoriana-ii.html>
- (5) Constitución Política de la República del Ecuador. Publicada en el Registro Oficial No. 449, de 20-10-2008.
- (6) Palucci M. Producción Científica de Enfermería Basileña: la búsqueda del impacto Internacional. Index Enferm[revista en la Internet]. 2005 Mayo [citado 2014 Sep 20]; 13(3): 289-90. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/es_v13n3a01.pdf
- (7) Alarcón M. A., Astudillo D. P. La Investigación en Enfermería en Revistas Latinoamericanas. Cienc. enferm. [Internet]. 2007 Dic [citado 2014 Sep 25]; 13(2): 25-31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200004>.
- (8) Orellana Y. A., Sanhueza A. O. Competencia en Investigación en Enfermería. Cienc. Enferm. [Internet]. 2011 [citado 2014 Sep 29]; 17(2): 9-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>.
- (9) Aguirre Raya Dalila. La investigación en enfermería en América Latina 2000-2010. Rev haban cienc méd [Internet]. 2011 Sep [citado 2014 Oct 18]; 10(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300017&lng=es.
- (10) Zárata G. R. La investigación un desafío para la enfermería en la Región de las Américas. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Oct 18]; 9(4): 4-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000400001&lng=es.
- (11) Bello F. N. Fundamentos de Enfermería. 1ra. ed., vol. 1, N. Cheping, Ed. La Habana: Cuba: Ciencias Médicas, 2006, el pp 26-27.
- (12) Cuesta Benjumea Carmen de la. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2010 Dec. [cited 2014 Oct 18]; 19 (4): 762-766. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400020>.
- (13) Berdayes Martínez Daysi, Rivera Michelena Natacha. El proceso de atención y el diagnóstico de enfermería; una proyección didáctica?. Educ Med Super [Internet]. 2000 Dic. [citado 2014 Oct 18]; 14 (3): 230-235. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000300003&lng=es.

- (14) Vicedo Tomey Agustín. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Educ Med Super* [Internet]. 2002 Jun [citado 2014 Oct 19]; 16(2): 156-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es.
- (15) Pernas Gómez Marta, Zubizarreta Estévez Magdalena, Garrido Riquenes Carmen, Bello Fernández Nilda, Luna Marcel Nilda. Reflexiones acerca del perfeccionamiento del plan de estudio de la Licenciatura en Enfermería. *Educ Med Super* [Internet]. 2005 Mar [citado 2014 Oct 19]; 19(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100005&lng=es.
- (16) Bello Fernández Nilda, Fenton Tait María C. Nuevo modelo pedagógico de enfermería: un gran reto. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2006 Dic [citado 2014 Oct 19]; 22(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400002&lng=es.
- (17) Palencia, Esperanza. (2006). Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 130-134. Retrieved October 19, 2014, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200014&lng=en&tlng=es.
- (18) Puga García, A. (2007). Características gnoseológicas en la formación del profesional de enfermería. *Gaceta Médica Espirituana*. 9(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%283%29_22/resumen.html
- (19) Orellana Y Alda, Sanhueza A Olivia. COMPETENCIA EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 [citado 2014 Oct 20]; 17(2): 9-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>.
- (20) Mur Villar Norma, Iglesias León Miriam, Cortés Cortés Manuel, Aguilar Cordeiro María. Determinación de las características del docente asistencial que forma al especialista de Enfermería Materno Infantil: Una propuesta de indicadores. *MediSur* [Internet]. 2009 Oct [citado 2016 Nov 01]; 7(5): 29-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000500007&lng=es.
- (21) Sánchez Puentes Ricardo. Enseñar a investigar. Una didáctica nueva de la investigación en ciencias sociales y humanas. 4ta.ed., vol 1, G. Bellón, Ed. México: CESU, UNAM, Plaza y Valdés Editores, 2014, el pp.11-32.
- (22) Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enferm.*[Internet]. 2004 Ago [citado 2014 Oct]; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.
- (23) Agama Sarabia, Adiel; Cruz Rojas, Lilia; Ostiguín Meléndez, Rosa María. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. *Biblioteca Lascasas*, 2011; 7(3). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0622.php>
- (24) Puga G.A. Características gnoseológicas en la formación del profesional de enfermería. *Gaceta Médica Espirituana*. [internet]. 2007 [citado 2014 Oct]; 9(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%283%29_22/resumen.html
- (25) HARRISON LYNDA, RAY HERNÁNDEZ ALISON, CIANELLI ROSINA, RIVERA MARIA SOLEDAD, URRUTIA MILA. COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN PARA DIFERENTES NIVELES DE FORMACION DE ENFERMERAS:

- UNA PERSPECTIVA LATINOAMERICANA. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Ene 15]; 11(1): 59-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100007>.
- (26) Romero B. María Nubia. Jóvenes investigadores: La formación del ser investigador: obstáculos y desafíos. *Index Enferm* [Internet]. 2007 Nov [citado 2015 Enero 16]; 16(57): 50-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007002200111&lng=es.
- (27) García M., Gómez, M., Aguilar, I., Pérez, G., Velásquez, L. & Soriano, M. Tendencias y características de la investigación en enfermería. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Feb 27]; 8 (8): 7-16. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111b.pdf>
- (28) Barreda J. L. Modelo de la dinámica del proceso de formación científica de los profesionales de la enfermería. [Tesis inédita de doctorado]. (2009). Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. Disponible en <http://www.uvs.sld.cu/Members/liset/modelo-de-la-dinamica-del-proceso-de-formacion-cientifica-de-los-profesionales-de-la-enfermeria>.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

PSICOLOGÍA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

LAS AGRESIONES EN LAS PAREJAS DE ENAMORADOS EN LA ADOLESCENCIA Y EL EQUILIBRIO EMOCIONAL

Posso Yépez Miguel Ángel

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN/ MAGÍSTER EN DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA Y EDUCACIÓN/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Pabón Ponce Mayra Karina

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN/ MAGISTER EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Nelson Iván Bedón Suárez

INGENIERO INFORMÁTICO/ MAGISTER EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA

Ramírez Tobar Verónica Gabriela

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Autor para correspondencia: maposso@utn.edu.ec

Manuscrito recibido el 06 de Septiembre del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

Existen diferentes tipos de violencia en el noviazgo adolescente, los mismos que afectan directamente al equilibrio emocional; en este marco, la presente investigación se da por varios motivos tales como el sexismo que aún se mira en los roles sociales, las influencias de las amistades, la violencia intrafamiliar, la baja autoestima y entre otros factores que se está presenciando en los estudiantes de los Terceros Años de Bachillerato General Unificado y Técnico del Colegio Universitario "UTN", de la ciudad de Ibarra, existiendo pensamientos aun distorsionados sobre lo que es llevar una relación saludable y sin violencia. La valoración de la autoestima forma parte esencial para el crecimiento personal del estudiante desde sus pensamientos hasta las perspectivas y metas que tengan en su vida. En el año escolar investigado se ha podido identificar que los adolescentes con relaciones de noviazgo, muestran ciertos comportamientos negativos recurrentes y relacionados a las agresiones físicas y psicológicas que se reflejan con la baja autoestima, sexismo, celos y falta de madurez por parte del o la adolescente, por lo que como consecuencias se produce depresiones, convirtiéndose así dependientes de la pareja. De igual manera penosamente entre los efectos más evidentes esta la autocrítica, el temor al fracaso, la desvalorización de la autoestima, la creencia de que alguien más no la(o) va a amar o querer pasar tiempo con él o ella. Se comprueba que la violencia en el noviazgo adolescente incide en el desequilibrio emocional en los adolescentes.

PALABRAS CLAVE: Agresiones, enamorados, adolescencia, equilibrio emocional, salud mental.

ABSTRACT

There are different types of violence during teen dating, the same that directly affect the adolescent emotional balance. This research is done for various reasons such as sexism that is still visible in social roles, influence of friends, family violence, low self-esteem and other factors that are being witnessed among the students in the Third Year of the Technical General Unified Baccalaureate at the "UTN" Secondary School in the city of Ibarra, yet exist distorted thoughts about what is a healthy relationship without violence. The appreciation of self-esteem is an essential part for personal growth of the student from his thoughts to the perspectives and goals they have in their life.

In the analysed school year it has been identified that the adolescents show certain recurring negative behaviours related to physical and psychological abuse that are reflected on low self-esteem, sexism, jealousy and lack of maturity from the side of the adolescent, consequentially resulting in depression, influencing them to be dependent on their dating partners. Sadly in a similar way among the most indubitable effects are the self-criticism, fear of failure, weakening of self-esteem, and the belief that someone else is not going to love them or want to spend time with him or her. It is found that teen dating violence echoes on the emotional imbalance in adolescents.

Keywords: Aggressions, couple, adolescence, emotional balance, mental health.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15), tres de cada diez adolescentes denuncian que sufren violencia en el noviazgo adolescente, por lo que en los últimos años ha surgido un creciente interés y preocupación en el Ecuador, especialmente en la provincia de Imbabura, sobre la violencia en el noviazgo adolescente ya que según el libro *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III* y varias investigaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011), han encontrado una cifra de 123.464 víctimas de agresiones que equivale al 25,7% de violencia por parte de su pareja o ex pareja en los adolescentes. Ferreira (2011) manifiesta que esta realidad es un problema social que engloba a todo su entorno determinando múltiples factores como el contexto social, el maltrato intrafamiliar, influencia de amistades, consumo de sustancias psicotrópicas y esencialmente, lo que más está afectado en la vida del adolescente, su salud física, mental y emocional (4).

De acuerdo con Gómez (2001), la adolescencia media se da aproximadamente entre los 14 y 18 años, las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal-social y afloran vivencias del amor; la búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares, dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia.

Cabe mencionar que la adolescencia es tanto una construcción social o un atributo del o la adolescente. Es un momento en que la sociedad transmite al adolescente un sistema de prácticas, creencias y valores, pero al

mismo tiempo el momento en que el adolescente también rechaza dichos factores (7)

Escrivá de Balaguer (2007) plantea que el noviazgo debe ser una ocasión de ahondar en el afecto y en el conocimiento mutuo, y como toda escuela de amor, ha de estar inspirada no en el afán de posesión sino por el espíritu de entrega, de comprensión, de respeto y delicadeza. Lamentablemente los adolescentes al ser influenciados por la sociedad, cultura y medios de comunicación no llegan a manejar adecuadamente este ciclo en su vida (2).

La violencia se define según la OMS (2015) como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población” (pag.23). La violencia en el noviazgo pasa desapercibida también porque el maltrato se asocia a las parejas casadas y con hijos, no se reconoce, principalmente por la desvalorización de las relaciones amorosas entre adolescentes; ya que son consideradas como cosas de la edad. (15)

Lo anterior también se debe a que la conducta violenta no es percibida por las víctimas, mujeres en su mayoría, así como tampoco la perciben quienes la ejercen; hombres por lo general, y esto es porque es confundida con una expresión de interés y de amor.

De acuerdo plan nacional de erradicación de la violencia de género hacia niñez, adolescencia y mujeres, vigente en el Ecuador, se visualizan los siguientes tipos de violencia (16).

Tipos de Violencia	Denominación
Violencia física	Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación, comprende desde empujones, lanzamiento de objetos, hasta el ataque con armas u objetos que pueden producir heridas.
Violencia Sexual	Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo .
Violencia psicológica	Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, o perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Incluye gritos, insultos, amenazas de dañar a alguien que la víctima considera importante.

Fuente: Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia Niñez, Adolescencia y Mujeres (2007.)

La crianza de los padres en el hogar también es un factor significativo para que exista violencia en el noviazgo, puesto que si un adolescente ve a sus padres constantemente envueltos en situaciones de abuso, comienza a creer que una relación implica factores de abusos tales como el control, la humillación o la violencia física. Luego de esto, obviamente pasa a perpetuar el ciclo, es decir que el adolescente permite que ocurra dentro de su propia relación, abusando de su pareja en una variedad de maneras. Los adolescentes son bastante nuevos en las relaciones y la sociedad y a veces exhiben los mismos comportamientos frecuentes en sus hogares.

Goleman (1995) defiende que, con mucha frecuencia entre aceptar o no una agresión o maltrato, la diferencia radica en ese conjunto de habilidades que ha llamado “inteligencia emocional”, entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la empatía, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo, aspectos estos que son elementos constitutivos del equilibrio emocional. En este contexto,

podría entenderse como un sinónimo de equilibrio emocional a la inteligencia emocional, ya que la primera es de hecho las respuestas emocionales adecuadas que un individuo brinda hacia el entorno que lo rodea (6).

Si bien una parte de estas capacidades pueden venir configuradas en nuestro equipaje genético, y otras tantas se moldean durante los primeros años de vida, la evidencia respaldada por abundantes investigaciones demuestra que las habilidades emocionales son susceptibles de aprenderse y perfeccionarse a lo largo de la vida, si para ello se utilizan los métodos adecuados. Sin embargo en las relaciones personales y sociales surgen conflictos que de no ser solucionados a tiempo, suelen provocar brechas emocionales profundas que afectan al equilibrio emocional, más aún en los adolescentes. Estas heridas, sin cicatrizar a veces adoptan las formas de resentimiento, indignación, odio, sentimientos encontrados, emociones fuertes que bloquean cualquier accionar poniendo en grave riesgo la salud mental, física y emocional de cualquier individuo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

La presente es una investigación mixta de carácter cuantitativo y cualitativo (correlacional). Cuantitativa de carácter correlacional porque se utilizó dos variables investigativas de las mismas que se determina su correlación con la prueba estadística de Person. Cualitativa porque se la puede considera como un Estudio de Caso de carácter Descriptivo, ya que el objeto de estudio son los estudiantes del tercer año de bachillerato de Colegio Universitario UTN y se describe el cómo es o se manifiesta un fenómeno motivo de estudio, que en este caso son las agresiones entre parejas de enamorados adolescentes.

Población o universo

La población objeto del presente estudio fueron 108 estudiantes, de tres paralelos que cursaron el tercer año del bachillerato general unificado del Colegio Universitario "UTN", institución educativa ubicada en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, en el período académico septiembre 2014-julio 2015; los estudiantes estaban en edades comprendidas entre los 16 y 18 años. En estas condiciones se creyó conve-

niente aplicar un censo, es decir se encuestó a todos los estudiantes de los tres paralelos (A, B y C) de este curso.

Hipótesis: "Las agresiones entre parejas de enamorados adolescentes del tercer año de bachillerato general unificado del Colegio Universitario "UTN", ocasiona desequilibrios emocionales que afecta a su salud mental".

Variable Independiente: Las agresiones entre parejas de enamorados adolescentes del tercer año de bachillerato general unificado del Colegio Universitario "UTN".

Variable dependiente: Desequilibrios emocionales que afecta a su salud mental.

Técnicas

La técnica empleada para la investigación fue la encuesta, la misma que para garantizar la confidencialidad y veracidad de la información proporcionada, fue aplicada de manera anónima a los estudiantes de cada uno de los tres paralelos del Colegio Universitario "UTN". Como instrumento de la encuesta se diseñó un cuestionario compuesto de trece preguntas, las mismas que respondían a las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

Tabla N°1: Variables e indicadores

VARIABLES	INDICADORES
Variable Independiente: Las agresiones entre parejas de enamorados adolescentes del tercer año de bachillerato general unificado del Colegio Universitario "UTN".	<ul style="list-style-type: none">- Género- Insultos.- Burlas.- Presión en relaciones sexuales.- Comportamiento violento con licor.- Agresiones físicas.- Impide que salga con otra persona.- Controla la forma de vestirse.- Imposición de actividades.- Control de redes sociales.
Variable dependiente: Desequilibrios emocionales que afecta a su salud mental.	<ul style="list-style-type: none">- Nivel de equilibrio emocional

RESULTADOS Y DISCUSION

Las encuestas aplicadas tenían alternativas de respuesta según la siguiente valoración:

Tabla N° 2: Valoración de respuestas

RESPUESTA	SIGNIFICADO
<i>Muy frecuentemente</i>	<i>En el último mes más de 10 veces.</i>
<i>Frecuentemente</i>	<i>En el último mes, de 6 a 10 veces.</i>
<i>Rara vez</i>	<i>En el último mes, de 1 a 5 veces.</i>
<i>Nunca</i>	<i>Cero veces.</i>

Tabla N° 3: Género del encuestado

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	44	
Femenino	64	
Total	108	100%

Como se puede observar no existe una diferencia notable en el género de los encuestados, de esta manera el análisis y discusión de resultados de los demás indicadores no hará diferencia en cuanto al género, para de esta manera tener una panorámica general de objeto de estudio. Según la Revista Internacional de Psicología (Julio 2007) cita a García (2001), manifiesta que “El género se refiere al aprendizaje que vamos adquiriendo mujeres y hombres, de acuerdo a la cultura y sociedad en que vivimos, asumiendo así roles o patrones de comportamiento, de acuerdo al sexo que tenemos” (pág. 9). En este sentido las atribuciones desiguales de género, son las que han suscitado y profundizado la reproducción de la violencia en las relaciones de pareja, en todas sus modalidades, en los diferentes ámbitos y en todas las clases sociales, siendo un conflicto presente en la sociedad en su conjunto (18).

Tabla N° 4: Crítica o burla de la pareja cuando están en público

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	17	16 %
Frecuentemente	30	28 %
Rara vez	24	22 %
Nunca	37	34 %
TOTAL	108	100 %

El porcentaje sumado de las tres primeras alternativas de respuesta, es muy alto (76 %), lo que demuestra una agresión verbal o gestual de uno de los miembros de la pareja hacia el otro; críticas o burlas que además de percibir o sentir el ofendido u ofendida, también son palpadas por las personas que están alrededor de las parejas, lo que hace más humillante el acto de crítica o burla para los agredidos. Según Olavarría, José (2004) las peleas durante el noviazgo o lo que

es lo mismo en las parejas de enamorados, se expresan la carencia, en algunos jóvenes, de otras formas de resolución de conflictos menos violentas como la negociación, el entendimiento y el dialogo, técnicas o actitudes que es necesario trabajarlas o enseñarlas para que los actos de burla u ofensa implícita no afecten el equilibrio emocional de los adolescentes (14).

Tabla N° 5: Sensación de temor o presión en las relaciones sexuales

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	14	13 %
Frecuentemente	17	15 %
Rara vez	27	25 %
Nunca	52	47 %
TOTAL	108	100 %

En los tiempos actuales las relaciones entre parejas de novios o enamorados adolescentes cada día es más común, lo preocupante es cómo se da esta relación antes y durante el acto sexual, ya que fundamentalmente las mujeres llegan a tener una relación sexual no siempre por voluntad propia, sino como lo demuestra las respuestas, por una presión o temor, estado que de ninguna manera ayuda en la autoestima de las personas y peor en la salud emocional. “Este tipo de abuso o agresión es difícil de demostrar a menos que vaya acompañado por lesiones físicas; se produce cuando la pareja fuerza a la mujer a mantener relaciones sexuales o le obliga a realizar conductas sexuales en contra de su voluntad” (Escoto, 2011, pág. 17) (18). En la tabla analizada se da por entendido que el porcentaje (47%) de adolescentes que responden que nunca fueron presionados para mantener una relación sexual, es también por el hecho de que muchas de estas parejas no han tenido nunca una relación sexual.

Tabla N° 6: Comportamiento violento con la pareja cuando toma licor

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	20	19 %
Frecuentemente	22	20 %
Rara vez	28	26 %
Nunca	38	35 %
TOTAL	108	100 %

El consumo del alcohol bajo ninguna circunstancia trae buenas consecuencias, peor aún en una relación de noviazgo de adolescentes, donde las susceptibilidades son muy evidentes en las parejas; también es conocido y demostrado que una de las manifestaciones de quien ingiere licor, es el alto grado de agresividad que adoptan, tanto en hombres como en mujeres. Es impresionante que solo el 35 % de los encuestados manifieste que nunca su pareja ha tenido un comportamiento violento cuando a ingerido alcohol. En este sentido la OMS (2009) ya define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población”(15).

Tabla N° 7: Agresiones físicas de la pareja

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	15	14 %
Frecuentemente	17	16 %
Rara vez	22	20 %
Nunca	54	50 %
TOTAL	108	100 %

Los niveles de agresión física a la pareja o novio son realmente sorprendentes, bajo ningún concepto se puede justificar este hecho, más aún cuando a nivel mundial y a nivel nacional se han emprendido campañas en todos los medios para que estas agresiones sean erradicadas, además en el país se ha trabajado en los procesos de formación, es decir en la educación básica y en el bachillerato, tanto como eje transversal como en algunas asignaturas particulares. Pero la evidencia de que existen todavía muchas agresiones físicas de la pareja, demuestra que estos programas de educación no han tenido los resultados esperados. No se puede negar que este problema de violencia física también es un tema cultural, y así lo menciona Muereta (2015), con respecto a la violencia: “En la mayoría de los casos, es el resultado de factores culturales dados a través del aprendizaje y estará condicionada por múltiples factores tanto de orden individual como social” (9).

Tabla N° 8: Gritos o insultos de la pareja cuando tienen problemas

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	31	29 %
Frecuentemente	43	40 %
Rara vez	22	20 %
Nunca	12	11 %
TOTAL	108	100 %

Un 89 % de parejas manifiesta haber sido insultado al momento de tener problemas de cualesquier índole, así lo demuestra la suma de las respuestas de muy frecuentemente, frecuentemente y rara vez; y claro, no es ninguna novedad el tener problemas en una relación amorosa, más aún en la época de bachillerato, ya que el ímpetu y hasta cierto punto la “adrenalina” propia de la edad y contexto social, hace que las dificultades sean permanentes; lo que no es normal es el no tener la capacidad mental y la actitud de solucionar las dificultades en una relación y peor aún los insultos en los momentos que existen problemas. Este tipo de agresión psicológica deja huellas profundas en la pareja, las mismas que a veces será necesario sobrellevarlas inclusive con terapias para que su equilibrio emocional no se vea afectado inclusive en otros estadios o etapas posteriores de la vida. Tampoco se puede pasar por alto el que los insultos y gritos, que son una manifestación de violencia, son la antesala de una agresión física, más si no se tiene un equilibrio y control de emociones.

Tabla N° 9: La pareja le impide que salga con otra persona

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	29	27 %
Frecuentemente	40	37 %
Rara vez	21	19 %
Nunca	18	17 %
TOTAL	108	100 %

Como consecuencia de los celos, es muy frecuente que uno de los novios o enamorados le impide o trate de impedir que salga con un amigo o amiga, en muchas ocasiones de una manera directa y otras de una manera por decirlo menos “sutil” o implícita; pero de todas formas el impedir o prohibir el salir con alguien, también es una forma de agresión. En este tema los porcentajes de esta actitud según los encuestados son bastante altos, y solo un 17 % nunca ha tenido o recibido esa actitud por parte de su pareja. Comportamientos como estos, bajan notablemente la autoestima, en este caso de él o la novia; hay que entender que la adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo la autoestima, donde según la revista Psicoactiva en un artículo de Gloria Marsellach (2015) expresa que es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme IDENTIDAD, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro (10).

Tabla N° 10: Control de la pareja con respecto a la forma de vestirse

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	24	22 %
Frecuentemente	27	25 %
Rara vez	38	35 %
Nunca	19	18 %
TOTAL	108	100 %

Los encuestados expresan que son controlados en su forma de vestirse muy frecuentemente 22 %, frecuentemente 25 % y rara vez en un 35%, lo que demuestra un control inclusive a la identidad propia de los adolescentes; se puede considerar a este tipo de control también como una forma de violencia. Con mayor frecuencia se da estos hechos entre adolescentes cuando tienen que asistir a una fiesta o un acto público; tal vez son más controladas en su forma de vestir las mujeres, ya que por una especie de celos los hombres con frecuencia no les gusta que sus parejas luzcan escotes bajos, faldas cortas o vestidos estrechos.

Tabla N° 11: Impone la pareja el qué hacer cuando salen juntos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	17	16 %
Frecuentemente	21	23 %
Rara vez	32	30 %
Nunca	38	36 %
TOTAL	108	100 %

Al igual que en la pregunta anterior, el imponer las actividades a desarrollar durante una salida de enamorados o novios, es otra forma de agresión y los porcentajes de ocurrencia de este tipo de agresiones también son altos. En este sentido “los factores que influyen en el abuso psicológico son muy variados: emocionales, sociales, etc. La mujer y también el hombre en la etapa de novios se ven dominados, es decir alguien asume el rol de dominador, quien la humilla en la intimidad y públicamente, al igual que limita su libertad de movimiento, así como la libertad para relacionarse con los demás” (18).

Tabla N° 12: Control de mensajes de la pareja en redes sociales

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	31	29 %
Frecuentemente	35	32 %
Rara vez	24	22 %
Nunca	18	17 %
TOTAL	108	100 %

En un mundo globalizado la mayoría de las comunicaciones se dan a través de las redes sociales como Facebook, whatsapp, twitter, instagram, sms, etc., en especial en las parejas de enamorados, de tal manera que muchas ocasiones estando juntos estas parejas están “distantes”, ya que cada uno está por su lado chateando o comunicándose con otra personas mediante sus dispositivos móviles. Lo que genera curiosidad en la pareja, llevándolas al acto de controlar estas conversaciones, invadiendo así la privacidad de la pareja y por lo tanto evidenciando también una manera de agresión; así lo indican los porcentajes de respuesta sobre el control de mensajes de la pareja que sumado los diferentes niveles de frecuencia llegan a un 83% y solo un 17 % manifiesta que no controlan estos mensajes. Pero el problema no siempre termina con el control del mensaje o del dispositivo móvil, frecuentemente el agresor, en un inminente ataque de celos, pasa a un segundo nivel de agresión, es decir, a un reclamo airoso e inclusive a una agresión física, por los malos entendidos o malas interpretaciones de los mensajes leídos de su pareja.

Tabla N° 13: Desequilibrio emocional del adolescente

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy frecuentemente	23	22 %
Frecuentemente	27	26 %
Rara vez	38	37 %
Nunca	16	15 %
TOTAL	108	100

El equilibrio emocional en un adolescente sea hombre o mujer, juega un papel fundamental en todos los ámbitos y contextos en que se desenvuelven, definitivamente marcan la pauta y las bases para sus actuaciones y percepciones; además este equilibrio emocional tiene una relación directa con la autoestima la misma que según Rodríguez (2015) se ha considerado a esta globalmente como un rasgo bastante estable a lo largo del tiempo, por lo que para ambos sexos, se encuentran niveles relativamente altos en la infancia que disminuyen el comienzo de la adolescencia y a lo largo de esta.

En el marco de lo mencionado en el párrafo anterior se puede observar que los adolescentes con respecto a su equilibrio emocional consideran que no lo tienen muy frecuentemente en un 23 %, frecuentemente en un 26 % y rara vez en un 37 %, lo que demuestra que varios son los factores o causas por los que de alguna manera están preocupados, sufriendo, deprimidos y en general con su yo interior en conflicto, que no es el ideal y que de no solventar este que es un problema de salud mental, que puede acarrear consecuencias negativas en todos los

ámbitos de la vida del adolescente. Razón por la cual hay que trabajar con los adolescentes mucho en la autoestima, auto concepto, autocontrol y motivación así mismo, permitiendo de esta manera que ellos atiendan sus necesidades y defiendan sus derechos; caso contrario si se tiene baja autoestima, se humillarán, antepondrán las necesidades de los demás antes que las suyas, o pensarán que no tiene nada que ofrecer.

Demostración de hipótesis

Ho: Hipótesis Nula: “Las agresiones entre parejas de enamorados adolescentes del tercer año de bachillerato general unificado del Colegio Universitario “UTN”, NO ocasionan desequilibrios emocionales que afecta a su salud mental”

H1: Hipótesis Alterna: “Las agresiones entre parejas de enamorados adolescentes del tercer año de bachillerato general unificado del Colegio Universitario “UTN”, ocasionan desequilibrios emocionales que afecta a su salud mental”

*Nivel de Significancia establecido equivale al 5% = 0,05

Tabla N° 14: Prueba estadística: Correlación de Pearson

Variable Independiente (indicadores):		Ha sufrido un desequilibrio emocional (variable dependiente)	Índices R y Rho de Pearson	Interpretación
Su pareja le controla con respecto a su forma de vestirse	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,987** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Es víctima de críticas o burlas de la pareja cuando están en público	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,920** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
El comportamiento de su pareja es violento cuando toma licor	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,918** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Su pareja controla los mensajes en redes sociales	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,915** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Su pareja le impide que salga con otras personas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,911** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Su pareja impone que hacer cuando salen juntos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,900** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Ha sufrido agresiones físicas de su pareja	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,893** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Siente temor o presión en las relaciones sexuales	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,887** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Ha recibido gritos o insultos de su pareja cuando tienen problemas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,883** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación
Género	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,837** ,000	0.80 – 1.00	Muy Buena correlación

Al tener un valor p significativo (0.000) entonces se ratifica que sí existe correlación entre la variable dependiente que corresponde a la pregunta (Ha sufrido un desequilibrio emocional) con los indicadores de la variable independiente que constan en la tabla anterior, porque el p-valor tiende a cero y este es menor a 0,05 con lo que se puede afirmar que hay una muy buena correlación, si comparamos el índice R de la correlación de Pearson en la siguiente tabla.

Índices R y Rho	Interpretación
0.00 – 0.20	Ínfima correlación
0.20 – 0.40	Escasa correlación
0.40 – 0.60	Moderada correlación
0.60 – 0.80	Buena correlación
0.80 – 1.00	Muy Buena correlación

En conclusión, la correlación de Pearson prueba que la hipótesis alterna es aceptada en este estudio de investigación.

*Estimación del p-valor: tiende a cero

Toma de decisión: Si $p < 0.05$ entonces rechazamos la Hipótesis Nula y aceptamos la Hipótesis Alterna (la hipótesis planteada en la investigación).

CONCLUSIONES

1. A nivel mundial y nacional las agresiones de cualesquier tipo entre parejas está tipificado como un delito, lamentablemente es poco común entre adolescentes que se haga denuncias ya que en muchos contextos, la agresión entre parejas, está aceptada social y culturalmente.
2. Las agresiones físicas como presión en relaciones sexuales, conductas inadecuadas por consumo de alcohol, golpes y de otro tipo, se evidencia en las relaciones de noviazgo entre adolescentes, provocando un impacto negativo social y cultural.
3. Las agresiones psicológicas como insultos, burlas, control de forma de vestir, control de redes sociales, imposición de actividades, impedimento a salir con otras personas, son una constante entre las parejas de adolescentes lo que refleja en ellos una baja autoestima.
4. El desequilibrio emocional y baja autoestima provocan daños y comportamientos no deseados que inclusive puede generar consecuencias mortales en los adolescentes.
5. El manejo de la inteligencia emocional en los adolescentes es la clave para el éxito en una relación de pareja libre de violencia.
6. Existe una correlación directa entre las agresiones (físicas y psicológicas) y el equilibrio emocional que a su vez influye directamente en la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decara, M. (2013). Violencia en el noviazgo adolescente . Obtenido de Una primera aproximacion sobre la violencia en las relaciones de noviazgo adolescente: <http://defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/IViolencia-NAadol2013.pdf>
2. Escrivá de Balaguer J. (2007). VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO ADOLESCENTE. Revista Internacional de Psicología, 33.
3. Favieres. (2001). Abusos y consecuencias. Temas de hoy, 2001.
4. Ferreira C, G. K. (2011). Mujeres y Hombres del Ecuador en cifras III. Ecuador.
5. Garrido J. (1988). Deficiencia Mental, Diagnóstico y programación recuperativa. Madrid: CEPE S.A.
6. Goleman D. (1995). Intligencia Emocional. Káiros.
7. Gómez A. (2001). Adolescencia e Identidad. Triillas.
8. Larraburu, I. (2010). La Autoestima en la Adolescencia. Megatop.
9. Mureta Reyes, M. O. (2015). Psicología de la Violencia. Causas, prevencion y afrontamiento. Colombia: El manual Moderno, S.A. de C.V.
10. Marsellach, G. (2015). La autoestima en niños y adolescentes. Psicoactiva.com.
11. Matud Aznar, M. P. (2009). Violencia de Género. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
12. Maurice.J. (2003). Aprendizaje Académico y Socio-emocional. México: Academia Internacional de Educación. Palais des Académies, 1, rue Ducale, 1000 Bruselas, Bélgica, y la Oficina Internacional de Educación (IBE), P.O. Box 199, 1211, Ginebra 20, Suiza. .
13. Moya, M. (2012). SEXISMO, MASCULINIDAD-FEMINIDAD Y FACTORES CULTURALES. Revista Electronica de motivacion y emocion .
14. Olavarría, J. (2004). Adolescentes: Conversando la intimidad. Vida cotidiana, sexualidad y masculinidad. Chile: Flasco.
15. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, nota descriptiva 239. (2016)
16. Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia Niñez, Adolescencia y Mujeres.
17. Rodríguez Naranjo, A. C. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological Therapy.
18. Yvonne Escoto Sainz, M. G. (Julio 2007). VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO ADOLESCENTE. Revista Internacional de Psicología, 33.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

ENFERMERÍA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA” LAS AMERICAS”

PERSONALITY CHARACTERS AND THEIR INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE IN THE STUDENTS OF THE EDUCATIONAL UNIT “THE AMERICA’S”

Fernández Nieto Miriam Ivonne

LICENCIADA EN ENFERMERÍA/MAGISTER EN GERENCIA EN SALUD/
COORDINADORA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Gavilanes Fray Verónica del Pilar

LICENCIADA EN ENFERMERÍA/ ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION Y ORGANIZACION DE HOSPITALES/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Guadalupe Núñez Sara Verónica

PSICOLOGA CLÍNICA/ MAGIUSTER EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Herrera López José Luis

LICENCIADO EN ENFERMERÍA/MAGISTER EN ENFERMERÍA QUIRURGICA/
DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Autor para correspondencia: miriamifernandez@uta.edu.ec

Manuscrito recibido el 10 de Agosto del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

El acontecimiento más interesante en el campo de la investigación es analizar la influencia de los rasgos de personalidad y su influencia en la calidad de vida en los estudiantes de la Unidad Educativa Las Américas. Considerando que enfermería es una vocación antes que una profesión en la cual radica en cuidar la salud no solo de los estudiantes, si no también englobar a la familia y comunidad en general, se detalló en este trabajo las actividades realizadas, para analizar los factores que influyen en el comportamiento de cada uno de los estudiantes y cómo cambiarlos para mejorar la calidad de vida de estos. El objetivo fue determinar las posibles relaciones entre Rasgos de Personalidad y Calidad de Vida en Estudiantes. Lo que permitió proponer saludables estilos de vida según el buen vivir, que contribuyan a mejorar la calidad de vida. Método: 152 estudiantes evaluados mediante actividades complementarias recreativas como por ejemplo la elaboración de un eslogan y grafiti sobre la prevención de drogas. Resultados: 23 estudiantes se integraron en el club vacacional de danza y canto para interrelacionarse, convivir y experimentar con nuevas personas. Conclusión principal: Con el estudio realizado se concluyó que si importar los rasgos de personalidad y la calidad de vida del estúdiante en la convivencia y que para mejorar ayuda mucho las actividades grupales, porque permite desarrollarse como un ser social.

PALABRAS CLAVES: Rasgos de personalidad, Comportamiento, Interrelacionarse, Calidad de Vida.

ABSTRACT

The most interesting event in the field of research is to analyze the influence of personality traits and their influence on the quality of life of the students of the Educational Unit the America's. Considering that nursing is a vocation rather than a profession in which it is based on caring for the health not only of the students, but also encompassing the family and community in general, the activities carried out were detailed in this work to analyze the factors that Influence the behavior of each student and how to change them to improve their quality of life. The objective was to determine the possible relationships between Personality Traits and Quality of Life in Students. What allowed to propose healthy lifestyles according to the good life that contribute to improve the quality of life. Method: 152 students evaluated through complementary recreational activities such as the development of a slogan and graffiti on drug prevention. Results: 23 students joined the dance and singing vacation club to interact, coexist and experiment with new people. Main conclusion: The study concluded that if you import the personality traits and the quality of life of the study in the coexistence and that to improve much helps the group activities, because it allows to develop as a social being.

KEY WORDS: Personality traits, Behavior, Interrelated, Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

La personalidad, según Fernando González Rey, dice: “Es el sistema de formaciones psicológicas de diferente grado de complejidad que integran el nivel regulador superior de la actividad del individuo. Es una organización estable y sistémica de los contenidos y funciones psicológicas que permiten la regulación y autorregulación del sujeto. Sus contenidos son aquellos esenciales para él, los que resultan significativos en su vida, los relevantes”; resumiendo, que no todos los contenidos de la psiquis son contenidos de la personalidad, ni en todas las actividades se comprometen como esta. (1).

El funcionamiento psicológico y el nivel de desarrollo de la personalidad que regula el comportamiento del individuo dependen de la interacción de sus elementos y del desarrollo de estos, por lo que esta investigación se basa en analizar si las condiciones de vida influyen en la personalidad de los adolescentes.

“Su carácter sistémico se expresa en su estructura, en la organización que adoptan todos los elementos en la configuración que alcanza en cada persona. Su nivel de integración depende de la relación armónica entre sus componentes. Este carácter sistémico, estructura y nivel de integración se mantiene relativamente estable a lo largo de la vida, permitiendo que las características y cualidades personales se mantengan a pesar de los cambios en las condiciones externas e internas”. (2)

No obstante, como todo sistema, está sujeto a desarrollo, lo que implica un proceso constante de cambio y transformación que permite el tránsito a niveles superiores de organización. Todos los elementos que se integran

en las funciones de la personalidad tienen una naturaleza cognitivo-afectiva en la cual el hombre se apoya para regular todas las esferas de su comportamiento. Es difícil representarse un proceso o hecho psicológico puramente afectivo o puramente cognitivo, pues el hombre desde que nace está en constante intercambio de información y afecto con su medio ambiente y es en este intercambio donde los procesos emocionales y cognitivos se desarrollan simultánea e integralmente, incluso cuando ambos tengan relativa autonomía en su aspecto funcional. (3) La unidad dialéctica que se establece entre estos procesos va a dar paso a lo que se denomina sentido psicológico, constituyéndose así una célula funcional de la personalidad y produciéndose el control y regulación de la conducta en los jóvenes.

Frecuentemente, las investigaciones sobre calidad de vida carecen de una definición formal, lo que dificulta la comparación y recogida de información de los diferentes estudios. Los psicólogos han orientado sus esfuerzos a la creación de instrumentos de medición o evaluación de la calidad de vida sin estar acompañados estos esfuerzos por una reflexión sistemática sobre los aspectos conceptuales en que se fundamenta su quehacer u obligaciones. Según Martínez, Alba y Sanabria “Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoque cuantitativo y el Enfoque cualitativo, en los cuales se basan el análisis de las variaciones de los rasgos de personalidad”. En lo que nos encontramos de acuerdo, porque al compartir las diferentes actividades con los jóvenes se pudo vivenciar lo antes mencionado. [4]

Detallando los enfoques mencionados tenemos que el enfoque cuantitativo, tiene como propósito definir la calidad

de vida desde distintas aristas. Para ello, se han estudiado indicadores sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda y otros), psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) y ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Y el enfoque cualitativo, es cuando se adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

La calidad de vida ha sido definida como:

(Martínez, J., Graña, J. y Trujillo, 2008). "La calidad de las condiciones de vida de una persona". [5]

En lo que estamos de acuerdo ya que la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Algunos autores subrayan que calidad de vida es "lo que el individuo determina que es"; lo que implica que la calidad de vida es individual, pues aspectos importantes para una persona pueden no serlo para otra; que la evaluación de la calidad de vida resulta de la influencia de una variedad de factores, incluyendo las experiencias y expectativas de los individuos; y que

la calidad de vida es dinámica, pues la importancia relativa de cada dimensión o dominio puede variar si cambian las circunstancias de la vida o la percepción del individuo sobre sus propias condiciones. [6] [7]

La OMS define Calidad de Vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1995). Esta definición permite establecer que este concepto de calidad de vida es subjetivo y que lo determina el entorno donde se desenvuelve el individuo y ello enmarca su definición sea esta positiva o negativa.

MATERIALES Y METODOS

Para indagar la posible relación entre Rasgos de Personalidad y Calidad de Vida se aplicó encuestas sobre los estilos de vida que tienen actualmente, su relación con el entorno, lo que permitió medir el impacto que causó las actividades grupales en La Unidad Educativa Las Américas con los jóvenes de las edades comprendidas entre 12 y 18 años de edad, participaron 152 estudiantes.

RESULTADOS

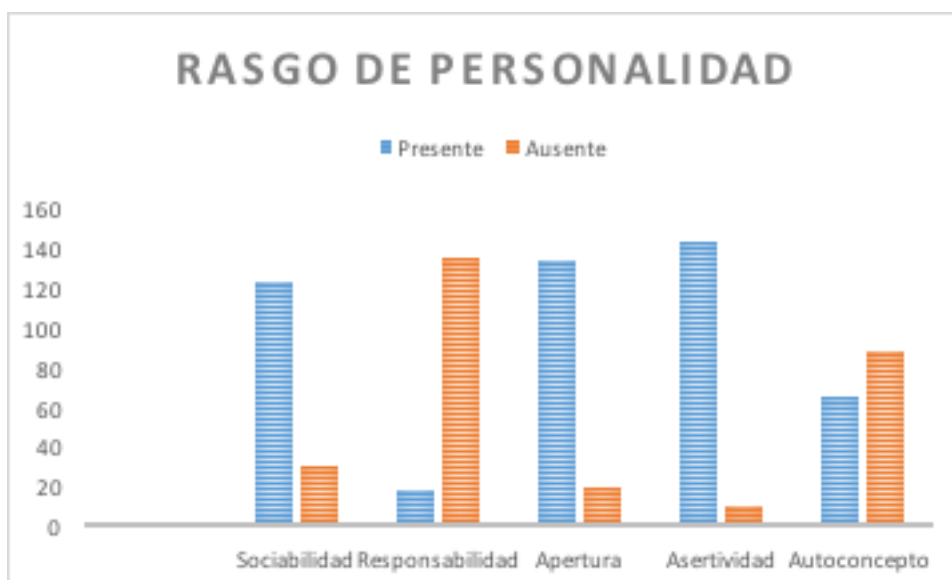
En estos resultados se evidencia la relación entre Rasgos de personalidad y Calidad de vida que tienen los estudiantes que participaron de esta investigación.

Tabla No.1

Los rasgos de personalidad que se evidencia en las encuestas aplicadas en las actividades grupales desarrolladas por los estudiantes de la Unidad Educativa Las Américas fueron.

Rasgos de personalidad	Presente	Ausente	Total
Sociabilidad	122	30	152
Responsabilidad	18	134	152
Apertura	133	19	152
Asertividad	142	10	152
Autoconcepto	65	87	152

Gráfico No.1



Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Las Américas
Elaborado por: Estudiantes de Vinculación con la Sociedad

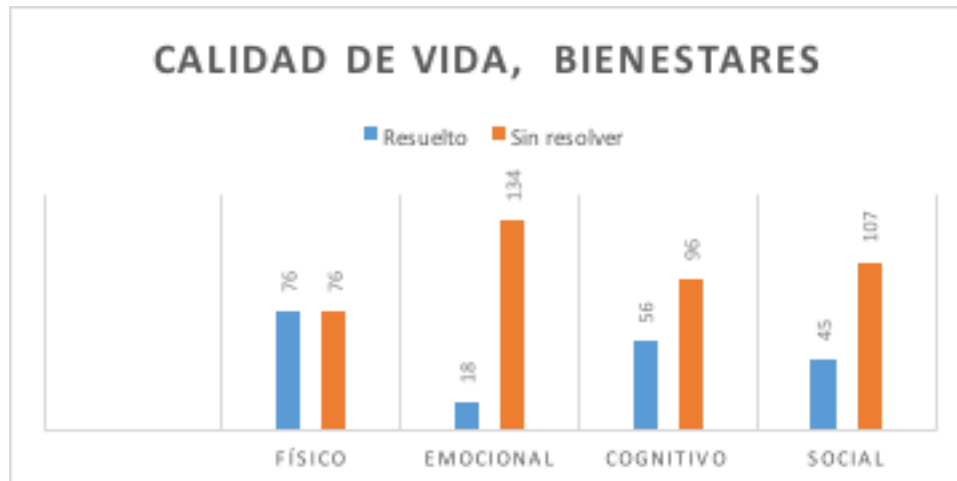
Análisis e interpretación:

Es evidente que entre los rasgos de personalidad de los estudiantes encuestados tenemos la sociabilidad, la apertura y la asertividad tienen muy presente en sus vidas y que eso mejora sus relaciones interpersonales en el entorno que se desenvuelven, pero hay otros rasgos de la personalidad muy importantes como la Responsabilidad y el autoconcepto de sí mismo, no están presente en un gran porcentaje de estudiantes lo que afecta de forma directa la calidad de vida, ya que toda persona requiere de plantearse metas y establecer proyectos de vida, pero quien no tiene una buena autoestima y un nivel bajo de responsabilidad adolece de estas herramientas de vida.

Tabla No.2

Considera que su calidad de vida en su entorno familiar tiene resuelto los siguientes aspectos:

Bienestar	Resuelto	Sin resolver	Total
Físico	76	76	152
Emocional	18	134	152
Cognitivo	56	96	152
Social	45	107	152



Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Las Américas
Elaborado por: Estudiantes de Vinculación con la Sociedad

DISCUSIÓN

La calidad de vida de los estudiantes se midió con el nivel de bienestar resueltos o no en su vida familiar, en lo que refiere al bienestar físico están igualadas las opiniones, la mitad dice tener resuelto y la otra mitad siente insatisfecho este aspecto, no así los bienestar emocional 18 de 152 estudiantes no lo tiene resuelto, el cognitivo 96 estudiantes manifiestan no tener resuelto este importante aspecto humano y el bienestar social solo 45 de 152 dicen tener resuelto este tema que engloba una serie de indicadores que afectan el comportamiento humano y por otro lado marcan los rasgos de personalidad de este grupo que se investigó; es así que podemos manifestar que en su gran mayoría los estudiantes no tiene una buena y satisfactoria calidad de vida que a la larga influye en su comportamiento en la unidad educativa y por ende se ven afectados sus rasgos de personalidad, evidencias en su actuar en el entorno escolar.

CONCLUSIONES

Las investigaciones sobre calidad de vida abarcan varios bienestar de los estudiantes y su influencia en los rasgos de personalidad, e pudo evidenciar que existe una estrecha relación entre estos dos variables, ya que la gran mayoría manifiesta no tener satisfecha o resuelta algunos bienestar importantes como el emocional, el cognitivo y social, elementos básicos en el desarrollo de los rasgos de personalidad de un ser humano, es por ello que podemos manifestar que su autoestima, su nivel de responsabilidad se ven enormemente afectados y ausentes en este grupo de personas, cuyas metas o proyectos de vida están ausentes, ya que no han desarrollado estándares deseados en la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]González, F. y Mitjás, A . La personalidad, su educación y desarrollo. La Habana: 1989
- (1) Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C y Canales, C. Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. Revista Sonorense de Psicología, 14, 3-15. 2010.
- [2]Fernández, L. c. Pensando en la personalidad (Vol. 1). La Habana: Félix Varela. 2005
- [3]Gaité, L. P. Calidad de vida relacionada con la salud en el niño con enfermedad crónica. Bol Pediatría, 48, 337-346. 2014
- [4] Martínez, M., Alba, L. y Sanabria, G. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Recuperado el 6 de febrero del 2012, de: <http://www.mgi16110.htm>.
- [5]Martínez, J., Graña, J. y Trujillo, H. Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. Adicciones, 23 (3), 227-235. 2010
- [6]Masthoff, E., Trompenaars, F. y De Vries, J. The Relationship between Dimensional Personality Models and Quality of Life in Psychiatric Outpatients. Psychiatry Research 149(1-3), 81-88. 2014
- [7]Ricardo, W. "Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes de 8 a 12 años con enfermedades oncohematológicas". Trabajo de diploma en opción al Título de Máster en Psicología Médica no publicado. Santa Clara; Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. 2011.
- [8]Schwatzmann, L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspecto conceptuales. Ciencia y Enfermería, 9, (2), 9-21. 2013.
- [9]Vinaccia, S., Quinceno, J, Fernández, H. Contreras, F, Bedoya, M., Tobón y Zapata, M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. Psicología y Salud, 15, 207-220. 2015
- [10]<http://search.proquest.com/docview/1115313405/7F69E41133ED4E06PQ/1?accountid=3675>
- [11]<http://search.proquest.com/docview/1674473294/7F69E41133ED4E06PQ/2?accountid=3675>



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

FISIOTERAPIA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

LA POSTURA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON OBESIDAD Y SOBREPESO EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS, PROVINCIA DE IMBABURA.

THE BODY POSTURE AND ITS RELATIONSHIP WITH OBESITY AND
OVERWEIGHT IN CHILDREN OF 6 TO 12 YEARS,
AT THE IMBABURA PROVINCE.

Andrade Zumárraga Raquel

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Potosí Moya Verónica Johana

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Escobar Beltrán María Teresa

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA/ MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA Y ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Zurita Pinto Daniela Alexandra

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA/ MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Huaca Guevara Grace Andrea

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA/ MAGISTER EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCACIONAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Autor para correspondencia: raque.andrade.jp@hotmail.com

Manuscrito recibido el 6 de Julio del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

La Postura corporal es la actitud adoptada por el cuerpo, por acción coordinada de los músculos para mantener la estabilidad o asumir la base esencial relativa al acomodo constante de movimientos.(1). El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo que generaran alteraciones del movimiento corporal humano, manifestado por alteraciones de la biomecánica. (2) El objetivo fue evaluar la postura en niños con obesidad y sobrepeso entre 6 a 12 años de la Escuela “Santa Luisa de Marillac”, del cantón Antonio Ante; se realizó un análisis de tipo descriptivo, de corte transversal donde se identificaron 29 niños con obesidad y sobrepeso, a quienes se les realizó el cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC), test postural, plantigrafía, medición del Angulo Q y distancia intramaleolar. Los trastornos posturales en raquis más frecuentes fueron: del 100% de las niñas evaluadas el 58,8% presenta hipercifosis cervical, el 76% hiperlordosis lumbar y el 11% escoliosis; del 100% de los niños evaluados el 46,2% presenta hipercifosis cervical, el 75% hiperlordosis lumbar y el 30% escoliosis; en las evaluaciones de rodilla 42% de los niños presenta un valgo patológico y 58% pie plano; en las niñas se encontró que un 82% presenta valgo patológico y 65% pie plano. La obesidad y sobrepeso están relacionados a las alteraciones posturales de tipo cervical y lumbar, genu valgo, y pie plano; con predominio en niñas. Los infantes con sobrepeso y obesidad deben ser valorados, pues si se identifican trastornos físicos en edades tempranas, tendrán menos complicaciones en la adultez.

Palabras Clave: Postura, Obesidad, Hipercifosis, Hiperlordosis, Músculos.

ABSTRACT

Body posture is the attitude adopted by the body, by action coordinated of the muscles to maintain stability or assume the essential basis relative to the constant accommodation of movements. (1). Overweight and obesity are risk factors that generate alterations in human body movement, it is manifested by alterations in biomechanics. (2) The objective was to evaluate the posture in obese and overweight children between 6 and 12 years old of the “Santa Luisa de Marillac” School, in Antonio Ante; A descriptive, cross - sectional analysis was carried out in which 29 children with obesity and overweight were identified, who were assessed by Body Mass Index (BMI), postural test, plantartigraphy, Q - angle measurement and intermalleolar distance. The most frequent postural disorders in rachis were: 100% of the girls evaluated, 58.8% presented cervical hyperciphosis, 76% had lumbar hyper lordosis and 11% had scoliosis; Of 100% of the children evaluated, 46.2% had cervical hyperciphosis, 75% had lumbar hyper lordosis and 30% had scoliosis; In knee evaluations 42% of children have pathological valgus and 58% flat feet; In girls, 82% had pathological valgus and 65% had flat feet. Obesity and overweight are related to postural alterations of cervical and lumbar type, genu valgus, and flat feet; with predominance in girls. Overweight and obese infants should be evaluated, because if physical disorders are identified at an early age, they will have fewer complications in adulthood.

Key words: Posture, Obesity, Hyper kinesis, Hyper lordosis, Muscles.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó que la obesidad infantil es uno de los problemas más graves del siglo XXI en cuanto a salud pública, con mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas; estas afecciones pueden derivar en muerte prematura y/o discapacidad. (3)

Las alteraciones musculo-esqueléticas asociadas a obesidad se pueden observar ya desde la infancia; recientemente en Australia se examinó la relación entre obesidad y la estructura del pie de los niños prepuberales, este estudio mostró que estos niños tienen alteraciones en la estructura del arco del pie. (4). Así también la obesidad tiene relación con la alteración en la articulación de la rodilla produciendo osteoartritis por sobrecarga y la toma de posturas incorrectas. (5)

En Ecuador al menos seis de cada 100 niños tienen sobrepeso. Según la Coordinación Nacional de Nutrición, el exceso de peso en el país registra un 6,5% de personas en la edad infantil, mientras que en escolares de ocho años de edad que habitan en el área urbana es de un 8,7% de sobrepeso y un 5,3% de obesidad. (6)

En el 2011 se efectuó un estudio sobre las alteraciones posturales de una población estudiantil pertenecientes a los establecimientos de educación básica fiscales de la ciudad de Pasaje en Cuenca y se analizó las características de las alteraciones según grupos de edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, zona de residencia, actividades físicas extra estudiantiles y antecedentes de alteraciones musculo esqueléticas, en donde la prevalencia de alteraciones posturales en la población de estudio fue del 48,4%. (7)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2014 señala que tres de cada 10 niños en edad escolar y 2 de cada 10 adolescentes tienen sobrepeso u obesidad, lo que representa niveles de una verdadera epidemia; así mismo, 2 de cada 3 ecuatorianos entre los 19 y 59 años tiene sobrepeso u obesidad, lo señala el Ministerio de Salud Pública (MSP). (8) En Imbabura 6 de cada 10 niños en edad escolar tienen problemas de mal nutrición, ya sea por exceso o déficit nutricional; Imbabura tiene altos índices con respecto a esta problemática en niños y adultos. (9)

A lo largo del tiempo en el Ecuador se han elaborado estudios que tienen relación con evaluación de la postura, en el 2010 se realizó un estudio en niños de primero a séptimo de educación básica de la “Unidad Educativa Federico Proaño” de la Ciudad de Cuenca, en donde se utilizó e realizó una ficha de evaluación postural; y, se emplearon técnicas de evaluación como: la prueba de la plomada, test de Adams y test de Schubert en donde encontraron como resultados la presencia de varias alteraciones de postura entre las cuales detectaron: Escoliosis, Hipercifosis, Hiperlordosis y Pie plano (10)

En el 2014 se realizó un estudio de evaluación postural e intervención Kinesioterapéutica en los estudiantes con discapacidad intelectual de la Unidad Educativa Especial “Agustín Cueva Tamariz” de la Ciudad de Cuenca, para conocer la frecuencia de alteraciones posturales y el porcentaje de estudiantes que se beneficiaron con la aplicación de técnicas. (11)

La obesidad y el sobrepeso son perjudiciales para la salud, tanto por sí mismas, como por ser factores pre-

disponentes para otras enfermedades crónicas, y acortan la esperanza de vida. Además personas obesas, pueden recibir rechazo social y discriminación laboral. (12) .

Desde que un niño desarrolla el sobrepeso y obesidad presenta complicaciones que se pueden clasificar en inmediatas, y tardías de acuerdo al lapso que transcurre entre el inicio del sobrepeso y obesidad y la aparición de las manifestaciones asociadas. (13)

Mediante la aplicación de los test sugeridos se puede determinar cuáles son las alteraciones corporales presentes además de la relación entre el sobrepeso y obesidad, y su influencia sobre la postura en un individuo.

OBJETIVO

Relacionar los trastornos posturales con la obesidad y sobrepeso de niños de 6 a 12 años del cantón Antonio Ante. Objetivo Específico

- Identificar a los niños y niñas que presenten obesidad y sobrepeso entre 6 a 12 años de edad de la Escuela “Santa Luisa de Marillac
- Reconocer las alteraciones posturales en los niños y niñas con obesidad y sobrepeso entre 6 a 12 años de la Escuela “Santa Luisa de Marillac
- Relacionar las alteraciones posturales con la obesidad y sobrepeso en el grupo de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa, de tipo descriptiva, de

corte transversal, donde se buscó especificar la presencia de alteraciones posturales en niños y niñas con obesidad y sobrepeso.

De un universo de 318 niños y niñas pertenecientes al Cantón Antonio Ante, la muestra tomada fue de 29 niños identificados con sobrepeso y obesidad a través del cálculo del Índice de Masa Corporal.

Una vez obtenido el valor del IMC, se procedió a ubicar estos datos en las tablas estándar del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el control de peso por edad, con opciones de resultado comprendidas en: peso normal, bajo, emaciado, severamente emaciado, sobrepeso, obesidad I y obesidad II; además se realizó el test de postura, donde se evaluó si sus segmentos corporales se encuentran alineados o si presentan alteraciones en la postura a nivel de cabeza, raquis, miembro inferior y superior ; el ángulo Q y distancia intramaleolar, para determinar el valgo fisiológico y patológico (14); plantigrafía- método Hernández Corvo, que consiste en tipificar el pie según las medidas obtenidas con la imagen de la huella plantar, dando como resultado seis posibilidades que abarcan desde el pie plano hasta el pie cavo extremo (15).

Criterios de Inclusión

Niños y niñas que residan en el Cantón Antonio Ante, que tengan la edad comprendida entre 6 a 12 años de edad con obesidad y sobrepeso, que estén dispuestos a participar en el estudio y que posean el consentimiento del tutor legal.

Tabla 1 Estado nutricional determinado por Índice de Masa Corporal

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	12	4%
Sobrepeso	20	6%
Normal	172	54%
Normal Peso Bajo	100	31%
Emaciado	12	4%
Severamente Emaciado	2	1%
Total	318	100%

Del universo de 318 niños pertenecientes al cantón Antonio Ante, 20 niños presentaron sobrepeso y 12 niños presentaron obesidad, de los cuales 3 niños fueron retirados del estudio por no tener la autorización de los tutores, quedando como población de estudio 29 niños

Tabla 2 Frecuencia de Género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	12	43,3
Mujer	17	56,7
Total	29	100,0

Tabla 3 Alteración de Raquis Cervical & Obesidad y Sobrepeso

Alteración de Raquis Cervical & Obesidad y Sobrepeso				
IMC	Hipercifosis		Normal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	8	42,1%	11	57,9%
Obesidad	7	70,0%	3	20,0%

Del 100% de niños que presentan sobrepeso, el 42,1% presenta hipercifosis, En los niños con obesidad el 70% tienen hipercifosis, determinando que la obesidad tiene relación con la hipercifosis en raquis cervical.

Tabla 4 Alteración de Raquis Lumbar & Obesidad y Sobrepeso

Alteración de Raquis Lumbar & Obesidad y Sobrepeso						
IMC	Hiperlordosis		Normal		Curvatura Rectificada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	15	78,9%	3	15,8%	1	5,3%
Obesidad	7	70,0%	3	30,0%	0	0,0%

En columna lumbar los niños con sobrepeso en un 78,9 % presentan hiperlordosis y un 5,3 % rectificación lumbar. En los niños con obesidad el 70% presenta hiperlordosis, dando como resultado una fuerte relación entre sobrepeso, obesidad y la alteración en la columna lumbar siendo la consecuencia en este caso la hiperlordosis lumbar.

Tabla 5 Alteración de Pie & Obesidad y Sobrepeso

Alteración de Pie & Obesidad y Sobrepeso				
IMC	Pie Plano		Pie Normal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	12	63,2%	7	36,8%
Obesidad	8	80,0%	2	20,0%

Del grupo con sobrepeso el 63,3% tienen pie plano, mientras que el 36% tiene pie normal. En los niños con obesidad se encuentra que el 80% presenta pie plano y el 20% restante presenta pie normal, dando como resultado que la obesidad y sobrepeso tiene una fuerte relación e influyen en la presencia de alteraciones de pie.

Tabla 6 Alteración de Rodillas & Obesidad y Sobrepeso

Alteración de Rodillas & Obesidad y Sobrepeso				
IMC	Valgo Patológico		Valgo Fisiológico	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	10	52,6%	9	47,4%
Obesidad	8	80,0%	2	22,2%

DISCUSIÓN

Los niños y niñas del cantón Antonio Ante que presentaron un índice de masa corporal en sobrepeso y obesidad fueron parte la muestra valorada, a los cuales se les aplicó evaluaciones para la determinar trastornos en su postura corporal determinando que, el mayor número de niños con obesidad y sobrepeso fue el género femenino con un 57%, predominando el sobrepeso sobre la obesidad; estos datos coinciden con un estudio argentino en donde el 51,55% de los sujetos de estudio correspondieron al sexo femenino y 48,44% al sexo masculino según IMC., a diferencia de un estudio que se realizó en Guayaquil en donde se obtuvo una mayor prevalencia de obesidad en el género masculino con 31,25% en comparación al género femenino 17,5%. (16)

La obesidad y sobrepeso tienen relación con las alteraciones del raquis cervical y lumbar, sobre todo la obesidad guarda estrecha relación con alteraciones de la columna cervical representadas en un 70% de la población estudiada, ya que en los datos analizados a los niños y niñas que presentaban obesidad les corresponden los porcentajes más altos en dichas alteraciones posturales, datos que coinciden con un estudio realizado en México en niños con obesidad y sobrepeso, en el cual el 86% de los infantes evaluados presentaron elevación o descenso de hombro compensatorio, el 90% muestra basculación anterior de pelvis, el 83% hipercifosis, 83% ante pulsión de hombros, 73% tiene hiperlordosis lumbar todos a causa de un aumento del IMC en relación al normal. (17)

Se realizó la evaluación del ángulo Q en rodillas, para la identificación de genu valgo fisiológico y patológico, encontrándose un 83% de genu valgo patológico en los infantes con sobrepeso y un 80% en los infantes con obesidad, esto puede deberse a que la obesidad

y el sobrepeso generan sobrecarga en las articulaciones por el peso extra, modificando así la postura, dato que concuerda con un estudio elaborado en Chile por Andrade Iván, Cárdenas Juan y Pagues Carlos en el 2007. (18), en el que identificaron la asociación de el genu valgo con la obesidad y sobrepeso, proporcionando como resultado que el genu valgo tiene una íntima relación con la obesidad, como también coincide con la teoría de algunos autores como el de Azula, L. (19).

En los infantes evaluados se identificó casos que presentaron pie plano, del total de niños y niñas con sobrepeso un 63% presentó esta alteración, y los niños y niñas con obesidad en 80%, resultado que coincide y se ratifica en un artículo realizado en Chile en el que los resultados muestran una asociación de pie plano en niños y niñas en los cual encontraron que el peso y el índice de masa corporal presentan una correlación positiva en la expresión de anomalías de pie en la población estudiantil de Arica-Chile. (20), artículo que igualmente fue mencionado en un estudio de México que arroja como resultado una prevalencia alta de pie plano en individuos con obesidad y sobrepeso (17).

CONCLUSIONES

La obesidad guarda estrecha relación con alteraciones de la columna cervical representadas en un 70% de la población estudiada, las alteraciones posturales encontradas más frecuentemente en niños y niñas con obesidad y sobrepeso son la, hipercifosis cervical, hiperlordosis lumbar, genu valgo, y pie plano.

La obesidad y sobrepeso están relacionados e inciden sobre la presencia de alteraciones posturales en niños y niñas, sin embargo, estas alteraciones tienen una asociación más íntima con la obesidad como es el valgo patológico, representándose en ésta los porcentajes más altos de alteraciones físicas y posturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuevas XCC. Postural Factors of Risk for the Health in Students of Ciudad Del Carmen Ciudad Del Carmen: Tecnociencia; 2010.
2. Carrie S. Educamericas.. [Online].; 2011 [cited 2014 noviembre 11. Available from: <http://www.educamericas.com/articulos/reportajes/alimentacion-en-latinoamerica-obesidad-la-nueva-epidemia>.
3. Anónimo.. docsalud.com. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 16. Available from: <http://www.docsalud.com/articulo/203/oms-asegura-que-la-obesidad-ya-es-epidemia-a-nivel-mundial>.
4. Juan Carlos López Alvarenga LTG. Enfermedades asociadas a la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2001; 9(2).
5. María Laguna Nieto LM. Does overweight affect the footprint and balance of school-aged children. 8th ed.: ELSEVIER DOYMA; 2008.
6. Suramérica. ApdndEy. Andes. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 11. Available from: <http://www.andes.info.ec/es/no-pierda-sociedad/menos-seis-cada-100-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-ecuador-tienen-sobrepeso.html>.
7. Carlos Mora Apolo MYH. Valoración De La Postura En Los Niños De Quinto A Séptimo Año De Educación Básica De Las Escuelas Fiscales De La Ciudad De Pasaje; Y Programa De Intervención Educativa. Universidad de Cuenca. 2014.
8. Pensamiento EDMDL. el diario. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 11. Available from: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/328741-la-obesidad-infantil-es-una-enfermedad-familiar/>.
9. Norte E. El Norte. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 16. Available from: <http://www.elnorte.ec/imbabura/actualidad/52602-imbabura-tiene-altos-%C3%ADndices-de-obesidad-y-sobrepeso.html>.
10. F. KN. Valoración Postural De Los Niños De La Unidad Educativa ; Y, Programa De Intervención Educativa. Universidad De Cuenca. 2010..
11. Mayra Alexandra Arévalo Ochoa RECY". Valoración Postural Y Tratamiento Kinético En Los Estudiantes De La Unidad Educativa Especial "Agustín Cueva Tamaríz Universidad De Cuenca. 2014..
12. González J FY. Alteraciones Biomecánicas Articulares En La Obesidad. Revista Gaceta Médica Bolivariana. 2011; 31.
13. Martha Kaufer-Horwitz GT. Indicadores Antropométricos Para Evaluar Sobrepeso Y Obesidad En Pediatría. Mediagraphic Artemisa.P. 2008;(503-504).
14. Aedo KL. GUÍA EVALUACION POSTURAL. 2014..
15. Oriel L. scribd.com. [Online].; 2011 [cited 2015 junio 22. Available from: <http://es.scribd.com/doc/55684790/plantigrafia-2#scribd>.
16. Solórzano KERSS. Sobrepeso y obesidad como factores predisponentes de hipertensión arterial en niños de 5 a 12 años en Guayaquil y Nobol. Rev. Med. FCM-UCSG. 2010; 16(3).
17. Rodríguez E. Defectos Posturales Que Presentan Niños De 9 A 12 Años Con Sobrepeso Y Obesidad En 3 Escuelas Primarias De La Zona Escolar P-162 De La Región Texcoco En Junio De 2013. Universidad Autónoma Del Estado De México. 2013.
18. Andrade ICJPC. Identificar la asociación de sobrepeso y obesidad con el genu valgo en alumnos de quinto año de educación básica en la ciudad de Punta Arenas, en el año 2007. Universidad de Magallanes. 2007.
19. Azula L. Epidemiología Del Sobrepeso Y La Obesidad En Niños Y Adolescentes. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. 2008;(179).
20. Espinoza- Navarro OOUMPNP&RFM. Prevalencia de Anomalías de pie en niños de enseñanza básica de entre 6 a 12 años, de colegios de la ciudad de Arica- Chile. Revista Científica Scielo. 2013;; p. 162.



FISIOTERAPIA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

CARACTERIZACIÓN DE CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

CHARACTERIZATION OF INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE PROVINCE OF IMBABURA.

Huaca Guevara Grace Andrea

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA / MAGISTER EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCACIONAL/ DOCENTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Adriana Edit Miniet Castillo

DOCTORA EN MEDICINA/ ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Jeliz Reyes Zamora

DOCTORA EN MEDICINA/ ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA FÍSICA EN REHABILITACIÓN / DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Gordillo Alarcón Alicia Salomé

MÉDICO CIRUJANA/ MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD MBA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Daniela Alexandra Zurita Pinto

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA/ MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Autor para la correspondencia: andrea83_2007@hotmail.com

Manuscrito recibido el 15 de Septiembre del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

Conocer las características, el entorno y la calidad de vida de los cuidadores informales ha generado gran interés debido al incremento a nivel mundial de personas con discapacidad que dependen de sus beneficios. El presente artículo tiene como objetivo caracterizar a los cuidadores de personas con discapacidad del cantón Otavalo de la provincia de Imbabura considerando las variables sociodemográficas, calidad de vida, relación del cuidador y el discapacitado, capacitación de los cuidadores y las repercusiones que genera el cuidar. Se empleó un diseño no experimental, observacional, descriptivo y cualicuantitativo. Para obtener los resultados se calcularon frecuencias absolutas y relativas, con el apoyo del programa estadístico IBM SPSS Statistics 23. La muestra estuvo conformada por 286 cuidadores informales, considerando los criterios de inclusión y de exclusión. Se evidenció el predominio de mujeres con edades comprendidas entre 31 a 59 años. En cuanto al parentesco se encontró que la mayoría eran hijas/os o conyugues de las personas dependientes que dedicaban de 16 a 24 horas diarias a esta responsabilidad; prestando en orden de prioridades cuidados como: preparación de alimentos, higiene y curación de las lesiones en piel. Además de estas actividades los cuidadores dedicaban tiempo a la recepción de las inquietudes de la persona con discapacidad. La actividad que realizan los cuidadores informales genera repercusiones sobre sus hábitos de vida dentro de las que se destacan disminución del tiempo libre y de descanso, dolor de espalda, cansancio, ansiedad o depresión y deterioro del funcionamiento familiar, lo que les convierte en personas vulnerables.

Palabras claves: Cuidador informal, discapacidad, hábitos de vida.

ABSTRAC

Knowing the characteristics, environment and quality of life of informal caregivers has generated a huge interest due to the worldwide increase of people with disabilities who depend on their benefits. The aim of this article is to characterize caregivers of people with disabilities in Otavalo city from Imbabura province, considering sociodemographic variables, quality of life, the relationship between caregiver and disabled person, training of caregivers and the repercussions of caring. A non-experimental, observational, descriptive and qualitative quantitative design was used. To obtain the results, absolute and relative frequencies were calculated with the support of the IBM SPSS Statistics 23 statistical program. The sample consisted of 286 informal caregivers, considering the inclusion and exclusion criteria. It was evident the predominance of women with ages between 31 to 59 years. As for kinship, it was found that most were daughters, sons or spouses of dependents who spent 16 to 24 hours a day of this responsibility; Giving priority in care such as: food preparation, hygiene and healing of skin lesions. Additionally to these activities, the caregivers took time to receive the disabled person's concerns. The activity carried out by informal caregivers generates repercussions on their lifestyle, such as lessening of free time and rest, back pain, fatigue, anxiety or depression and deterioration of family functioning, factors by which become vulnerable people.

KEY WORDS: Informal Caregiver, disabled person, lifestyle.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, específicamente en la provincia de Imbabura, la tarea del cuidador no ha sido estudiada adecuadamente, por lo tanto es poco valorada. Un cuidador es la persona que asiste o cuida a una persona que presenta algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades diarias o de sus relaciones sociales. El trabajo de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento además de la gestión y relación con los servicios sanitarios. (1)

El cuidado informal es una labor no remunerada, escasamente reconocida por la sociedad, asumida por algunas personas que no han recibido capacitación necesaria por instituciones sanitarias o sociales afines cuando un familiar cercano requiere cuidados a causa del deterioro de su salud o por la presencia de algún tipo de discapacidad.

En el Ecuador técnicos del Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Salud capacitan a cuidadores informales de personas con discapacidad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad severa y en situación de vulnerabilidad que requieren de la atención de un cuidador. Además persigue generar conciencia respecto al cuidado desde la corresponsabilidad social. No obstante cabe recalcar que la capacitación impartida no es suficiente. (2)

Según datos del Registro Nacional de Discapacidades de febrero de 2016 en el Ecuador existen 408.021 personas que presentan algún tipo de discapacidad, pudiendo ser: auditiva, visual, física, intelectual, de lenguaje, psicoló-

gica o psicosocial; de éstas, en Imbabura se encuentran 11.351 personas con discapacidad quienes requieren cuidados de tipo formal o informal. (3) Los estudios geo referenciales de discapacidad realizados en las comunidades de la provincia, señalan algunas de las características y necesidades de las personas con discapacidad, no obstante, no se han realizado investigaciones que determinen con claridad cuáles son las características de los cuidadores.

Caracterizar a los cuidadores informales se convierte en una tarea de suma importancia ya que permite conocer su estilo de vida, necesidades personales y nivel de capacitación, para brindar un mejor servicio a las personas que se encuentran bajo su cuidado, lo cual permitirá brindar una atención de calidad a los discapacitados, mejorando la calidad de vida de los cuidadores y sus familiares.

La discapacidad no es un problema nuevo, más de mil millones de personas según la Organización Mundial de la Salud sufren algún tipo de discapacidad. Estas personas obtienen regularmente los más bajos resultados académicos y una baja participación económica como consecuencia de las dificultades para acceder a servicios de salud, educación y transporte. (4)

Por otro lado, la prevalencia de la discapacidad a causa del aumento de la población de adultos mayores, así como una mayor incidencia de enfermedades crónicas permite prever para los próximos años un aumento en el porcentaje de personas que requieran la ayuda de un cuidador. Se espera para el año 2050 la existencia de alrededor de dos mil millones de personas de 60 años o más, la mayoría de ellas en países en desarrollo. (5)

Las políticas sanitarias con frecuencia no ofrecen ayuda a los cuidadores, no obstante, países como Argentina han empezado a reconocer al cuidador informal, es así que, el Ministerio de Desarrollo Social llevó a cabo el programa de cuidadores domiciliarios con el propósito de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, así como de personas con discapacidad y de personas con patologías crónicas a través de la capacitación a habitantes de la misma comunidad que no tienen empleo.

Del mismo modo, el programa de atención en domicilio en Chile es una estrategia que busca apoyar a personas con dependencia severa 4% de la población mayor de 60 años con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado, ayudar a la familia cuidadora y disminuir la carga del cuidador. Se realizan atenciones domiciliarias por parte de los equipos de atención primaria y se brinda un apoyo monetario en base a algunos criterios como: nivel de dependencia y condición socioeconómica. (6)

Con el desarrollo de esta investigación se pretende caracterizar a los cuidadores informales de personas con discapacidad del cantón Otavalo de la Provincia de Imbabura, describiendo sus aspectos sociodemográficos, la relación del cuidador y el discapacitado en cuanto a parentesco y tiempo de dedicación y determinar las repercusiones que genera la actividad como cuidador sobre sus hábitos de vida. La caracteri-

zación de los cuidadores permitirá proyectar nuevas investigaciones con el fin de mejorar la atención de las personas con discapacidad y sus cuidadores.

MATERIALES Y MÉTODOS

EL diseño de la investigación es no experimental, observacional, descriptivo y cualicuantitativo, de corte transversal. Se emplearon diferentes métodos: Empíricos: Observación y Cuestionario.

Teóricos: Análisis y Síntesis, Inductivo, Deductivo e Histórico-Lógico.

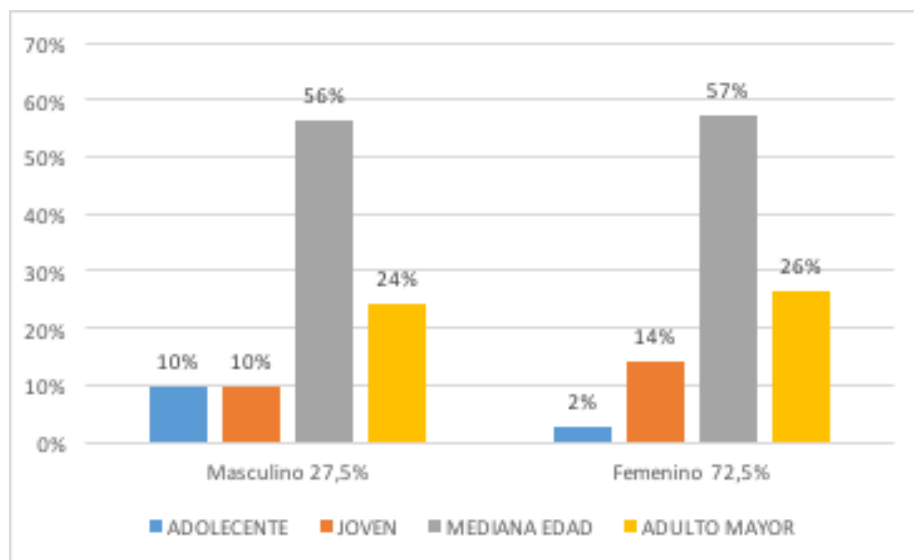
Estadístico: Cálculo de frecuencias absolutas y relativas, con el apoyo del programa estadístico IBM SPSS Statistics 23.

La muestra de la investigación quedó constituida por 286 cuidadores informales que dedican su tiempo al cuidado de personas que tiene algún tipo de discapacidad; considerando los criterios de inclusión y de exclusión.

Para la recopilación de la información se aplicó una encuesta estructurada en tres partes, la misma permite conocer las características de los cuidadores tomando en cuenta aspectos sociodemográficos, la relación del cuidador y el discapacitado en cuanto a parentesco, tiempo de dedicación, cuidados que prestan los cuidadores y las repercusiones que genera esta actividad sobre sus hábitos de vida.

RESULTADOS

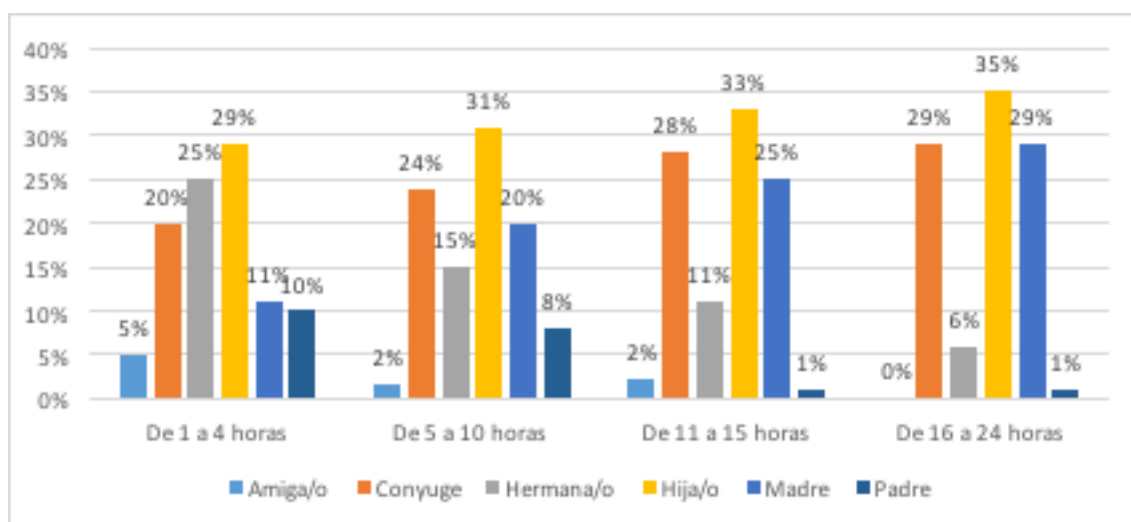
Gráfico 1. Distribución de los cuidadores de personas con discapacidad según edad y género



Fuente: Encuesta de caracterización al cuidador.

En el Gráfico 1, se puede observar que la mayoría de los cuidadores son del género femenino con un 72,5% del total de la muestra. Además existe un evidente predominio de las personas con edades comprendidas entre 31 y 60 que corresponde a la mediana edad, mostrando resultados similares en ambos sexos, con un porcentaje del 56% y 57% en cada caso; seguido de los adultos mayores que representan el 24% y 26% respectivamente.

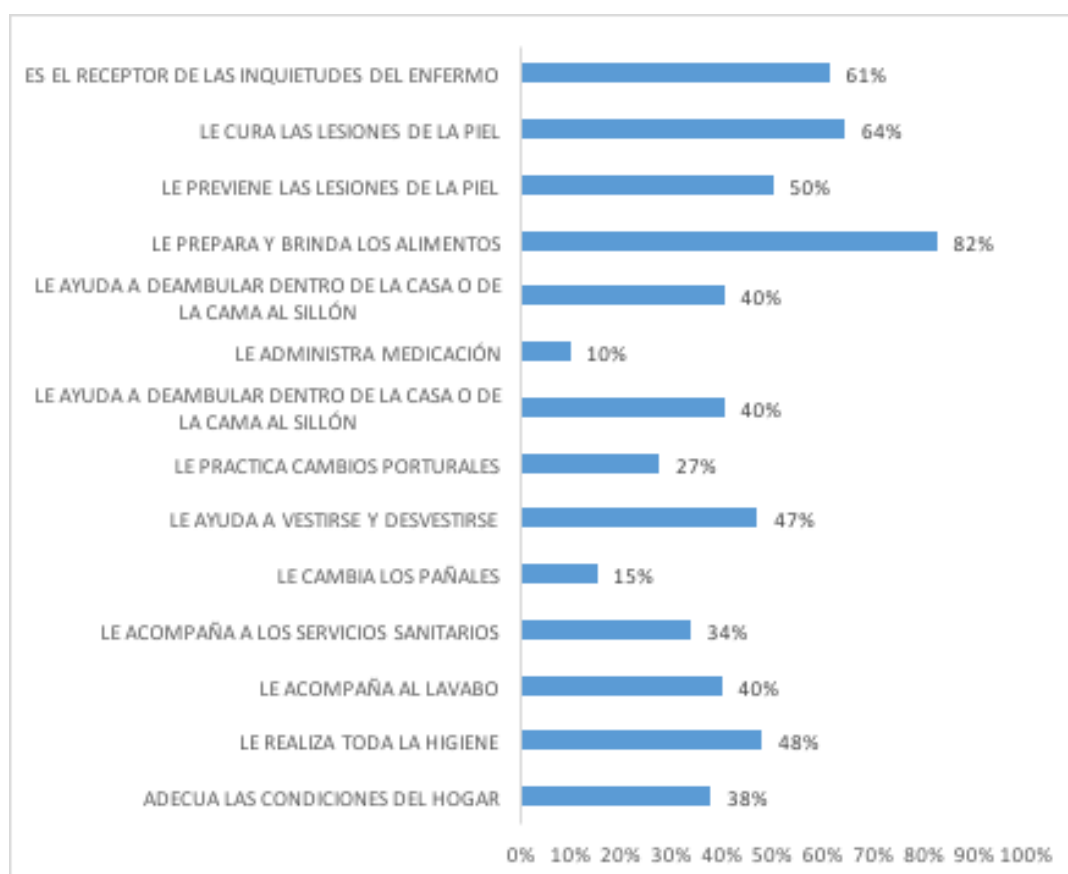
Gráfico 2. Relación del cuidador y el discapacitado en cuanto a parentesco y tiempo de dedicación



Fuente: Encuesta de caracterización al cuidador.

El Gráfico 2 representa la relación del cuidador y la persona con discapacidad, en cuanto al parentesco y tiempo de dedicación, los resultados muestran que la mayoría de las personas con discapacidad son cuidadas por sus hijas/os, con un porcentaje que varía entre el 29% y el 35%, seguidas de sus cónyuges que va desde el 20% al 29% en todos los horarios de dedicación y conforme se incrementan las horas de permanencia en esta actividad, las hermanas/os son superadas por las madres.

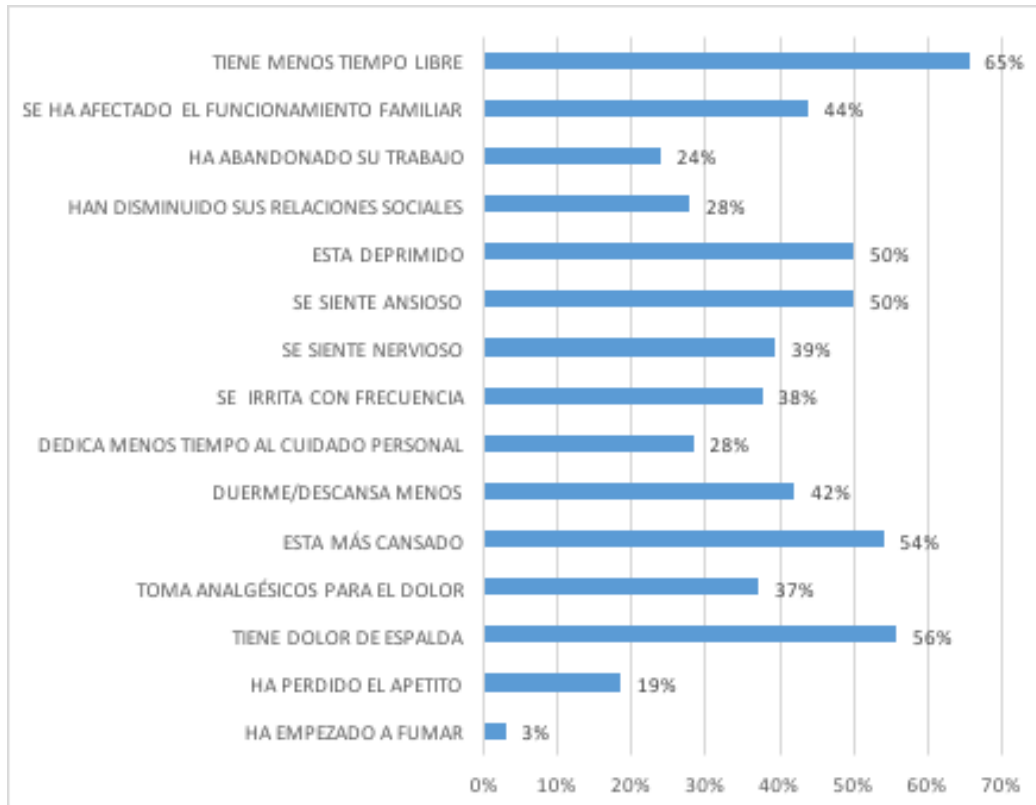
Gráfico 3. Cuidados que prestan los cuidadores a los personas con discapacidad.



Fuente: Encuesta de caracterización al cuidador.

En el Gráfico 3 se evidencia que entre los cuidados que realizan los cuidadores a las personas que están bajo su tutela prevalecen actividades como: prepara y brinda alimentos con un 82%, cura las lesiones de la piel 64%, es el receptor de sus inquietudes y realiza toda la higiene con un 61% y 48% respectivamente. Se observa además que la administración de medicamentos es la actividad menos realizada por los cuidadores.

Gráfica 4. Repercusiones que genera la actividad como cuidador sobre sus hábitos de vida



Fuente: Encuesta de caracterización al cuidador.

Las repercusiones que genera la actividad como cuidador sobre sus hábitos de vida representadas en el Gráfico 4, muestran que el 65% de los cuidadores se siente afectado por tener menos tiempo libre, el 56% presenta dolor de espalda y el 54% se siente más cansado. La mitad de la muestra estudiada refiere sentirse ansioso y la otra mitad deprimido, el funcionamiento familiar se ha deteriorado en el 42% de los cuidadores y el 44% duerme o descansa menos de lo normal.

DISCUSIÓN

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles como respuesta al cambio demográfico y el envejecimiento poblacional, hace que se genere la figura del cuidador informal. (7)

Los resultados de la investigación realizada muestran el evidente predominio del género femenino, de mediana edad, seguido de las adultas mayores. Formando parte de los resultados se encontró un pequeño número de adolescentes y jóvenes que dedican parte de su tiempo a esta ardua tarea.

Los datos obtenidos coinciden con una investigación realizada en México en la que tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres de entre 45 y 64 años del 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras. Es importante resaltar que el cuidado en salud en la mayoría de los casos está dado por la mujer. (8)

La relación del cuidador y la persona con discapacidad, en cuanto al parentesco y tiempo de dedicación muestra, en la presente investigación, que las

personas con discapacidad son cuidadas por sus hijas/os, seguidas de sus cónyuges en todos los horarios. Es importante recalcar que cuando el tiempo de dedicación es corto existe un mayor número de amigas/os y padres que se dedican al cuidado, mientras que al incrementarse las horas en esta actividad, estos últimos se reducen y son superados por las madres, seguidas de las hermanas/os.

Existe similitud con otros estudios que hacen referencia a que el cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntaria o porque no existe otra alternativa, además, sin una recompensa económica. Cuando se requiere de una atención con mayor complejidad, tiempo y dedicación, se está frente a cuidados extraordinarios, que implican una mayor responsabilidad, gasto de energía y tiempo, es decir representan cuidados que sobrepasan los límites de lo considerado usual. Este cuidado a veces puede durar meses o años, puede exigir gran esfuerzo físico, suelen ser desagradables y provocan interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad. (1)

En Latinoamérica, el énfasis de las investigaciones sobre cuidadores de pacientes postrados severos, ha estado puesto en caracterizar sociodemográficamente a las personas que ejercen este rol. En términos generales se aprecia una alta participación femenina en el cuidado de las personas con discapacidad severa, en especial de hijas, las cuales no reciben en la mayor parte de los casos una retribución económica por esta actividad. (9)

Favorecer la autonomía, la autoestima y habilitar el entorno de la persona

dependiente es importante. Quizás la persona dependiente no lo sea en el mismo grado en todas las situaciones de su vida, por lo que es conveniente que los cuidadores no realicen lo que estas personas pueden hacer por sí mismas o con ayudas técnicas, e incluso, plantearse en los casos que sean posibles nuevos aprendizajes. (10)

Entre los cuidados que realizan los cuidadores, en esta investigación sobresalen las actividades de preparar y brindar alimentos seguida de la cura de lesiones de piel, servir de receptor de las inquietudes del sujeto atendido y realizarle toda la higiene; resaltando la poca frecuencia en la que los cuidadores administran medicamentos; por lo que es importante destacar la labor de los cuidadores que sin tener experiencia, asumen la responsabilidad de proporcionar una vida digna a su beneficiario.

Los resultados de otra investigación reflejan que las tareas que realiza el cuidador como: cocinar, limpiar y llevar a cabo el cuidado de la ropa ocupan más de 63% del tiempo que las mujeres dedican al trabajo doméstico, además se afirma que, con excepción de las reparaciones y actividades de mantenimiento, donde los hombres superan a las mujeres (70 y 30%, respectivamente), no hay ninguna otra actividad a la que los hombres le dediquen mayor tiempo. Adicionalmente a las horas destinadas a las tareas domésticas, se agregan aquellas dedicadas a las diversas actividades que implica el cuidado a la salud de los miembros del hogar que lo necesitan. (11)

Otros investigadores hacen referencia a las características del cuidado y refieren que los cuidadores/as realizan esta labor durante 17 horas del día y solo el 40% de los mismos reciben ayuda para efectuar el cuidado. En cuanto a

la complejidad de los cuidados brindados, el 90% de los cuidadores/as realizan cuidados propios de la vida diaria, el 70% cuidados de menor complejidad, como administración de medicamentos, control de dieta, control de signos vitales y solo el 13.3% realiza cuidados de complejidad mayor, como curaciones, sondeos y administración de medicamentos inyectables. (12)

Estudios señalan que el cuidador familiar de una persona con enfermedad o con discapacidad sufre cambios en todas las áreas de desempeño, tanto en su salud física y psicológica y experimenta diversas emociones, comúnmente contrarias que le impiden mantener una sensación de bienestar. Algunos autores le han denominado "Síndrome del cuidador" (13).

Entre los resultados obtenidos en el cantón Otavalo, las repercusiones más comunes que genera la actividad como cuidador sobre sus hábitos de vida, se destacan: tener menos tiempo libre, padecer dolor de espalda frecuentemente y sentirse más cansado; situaciones que afectan de manera progresiva la salud de los cuidadores. Es importante enfatizar que la mitad de la muestra estudiada refiere sentirse ansioso y la otra mitad deprimido, lo que incide negativamente en su calidad de vida, considerando que además, el funcionamiento familiar de los cuidadores se ha visto deteriorado y como consecuencia, algunos de los sujetos investigados sufren de insomnio y un pequeño porcentaje ha comenzado a fumar.

Similar situación refleja un estudio realizado en España, en el que el rol de la cuidadora se caracteriza por una limitación de intereses (no tener tiempo de cuidarse a sí misma) que se añade, en muchos casos, al rol de ama de casa. Así, sus efectos desfavorables para

la salud y la calidad de vida de estas personas se potencian haciendo necesaria la implicación de profesionales socio-sanitarios y la movilización de redes de apoyo familiar y social. (13)

Dentro de las implicaciones relevantes para la salud física y emocional de aquellas mujeres que agregan a su rol doméstico ser cuidadoras de familiares enfermos, se encuentran la reducción de sus posibilidades de seguir estudiando o trabajando, como consecuencia del costo de oportunidad que tienen que pagar por asumir esas tareas. (11) Estudios reportan que el bienestar psicológico resulta afectado de distinta manera entre los cuidadores, reportando un aumento de procesos como ansiedad, depresión y otros síntomas como alteraciones del sueño, apatía o irritabilidad en el grupo de cuidadores respecto a la población de referencia. Se ha relacionado además, un mayor deterioro en la esfera psíquica del cuidador con la prolongación del tiempo desempeñando este rol, la mayor dependencia de la persona atendida, la mayor sensación de sobrecarga y la menor presencia de apoyo social. (14) Se encontraron alteraciones sociales como aislamiento, pérdida del tiempo libre; problemas laborales como ausentismo, bajo rendimiento, conflictos familiares, problemas económicos, reducción de los ingresos o aumento de los gastos, problemas legales así como un desgaste físico y emocional; variaciones encontradas en el cuidado a otro que producen el denominado Síndrome del Cuidador. (14)

La prestación de cuidados a las personas con alguna dificultad en su salud será siempre ineludible para perpetuar la humanidad, convirtiéndose en una tarea fundamental para el personal vinculado a la Salud Pública, pero deberá ser siempre apoyado por un cuidador en el hogar, lo cual tiene un elemento

no profesional. El cuidado familiar se convierte entonces en una obligación moral, pues es la familia la célula fundamental de la sociedad.

CONCLUSIONES

Al caracterizar a los cuidadores de la provincia de Imbabura se pudo identificar que al momento de prestar atención a las personas con discapacidad, predomina las mujeres de la mediana edad, es decir las que corresponde al grupo de edades de 31 a 59 años.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo comprobar que la mayoría de los sujetos de estudio se dedican a esta actividad de 16 a 24 horas diarias y esta responsabilidad es comúnmente asumida por las hijas/os y los conyuges de las personas dependientes. Según los datos arrojados, se puede

concluir que cuando se trata de los cuidados que presta el cuidador informal, en orden de prioridades se encuentran: la preparación de alimentos, curar las lesiones de piel, recepción de las inquietudes de la persona que recibe sus atenciones, además realiza toda la higiene e incluso la administración de medicamentos.

Los cuidadores informales son personas vulnerables debido a las repercusiones que genera esta actividad sobre sus hábitos de vida, incidiendo de manera continua sobre su salud, debido a las diferentes afectaciones que presentan al brindar ayuda a las personas que se encuentran bajo su responsabilidad que son: tener menos tiempo libre, presentar dolor de espalda, sentirse más cansado, ansioso o deprimido y el deterioro del funcionamiento familiar y de su tiempo de descanso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores. E, Rivas. E, Seguel. F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. enferm.* vol.18 no.1 Concepción abr. 2012.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>.
2. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). <http://www.inclusion.gob.ec/mies-y-msp-realizan-capacitacion-para-cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-con-discapacidad/>.
3. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapitados (CONADIS) http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/02/estadisticas_discapacidad.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Discapacidad y Salud. (2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
5. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Agenda de igualdad para 2012 - 2013 Adultos mayores. http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_Adultos.pdf.
6. Troncoso. D. (2013). Cuidadores Informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales. http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/124233/1/DSC_TroncosoMirandaDeizaYanet_Tesis.pdf.
7. Villegas. S. (2010). Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional Dialnet. V. 4 N° 1, 8-14 ISSN: 2011-7191. <http://DialnetCaracteristicasDeLosCuidadoresInformalesANivelNaci4781932.pdf>.
8. Instituto Nacional de Encuestas México. (INEM) Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>.
9. Olivares. D & Zaraza. (2014). Sistematización de la experiencia de intervención social del proyecto “acompañando con amor” del programa atención domiciliaria a personas con discapacidad severa, del centro de salud familiar sur, de la ciudad de Iquique. http://www.unap.cl/prontus_unap/site/artic/20140818/asocfile/20140818124934/sistematizacion___cesfam_sur___voluntarios.pdf.
10. Conde. LI., (2009). Los cuidados a personas con dependencia. <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25078/conde-cuidados-01.pdf>.
11. Nigenda. G, López. M, Matarazzo. C, Juárez. C. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400008.
12. Espinoza. K, Jofre. V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003.
13. Delicado. M, Fernández. M., Moreno. B., Martínez. P. (2013). Cuidadoras informales: una perspectiva de género. <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadorasinformales.htm>.
14. Inna E. Flórez-Torres, Amparo Montalvo-Prieto, Arleth Herrera-Lían y Elizabeth Romero-Massa Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica 2010 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=es.



MEDICINA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “MADRE TERESA BACQ” IMBABURA- ECUADOR

EDUCATIONAL INTERVENTION ON PREGNANCY IN ADOLESCENCE IN STUDENTS OF THE THIRD YEAR OF BACHELOR OF THE EDUCATIONAL UNIT “MADRE TERESA BACQ” IMBABURA- ECUADOR

Adriana Edit Miniet Castillo

DOCTORA EN MEDICINA/ ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Huaca Guevara Grace Andrea

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA / MAGISTER EN GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCACIONAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Jeliz Reyes Zamora

DOCTORA EN MEDICINA/ ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA FÍSICA EN REHABILITACIÓN / DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Pozo Benavides Jacqueline Andrea

MÉDICO GENERAL/ ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Proaño Rosero Alan Roger

INGENIERO EN MECATRÓNICA/DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Autor para la correspondencia: aminietcastillo@gmail.com

Manuscrito recibido el 06 de Septiembre del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo evaluativa, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, mediante la aplicación de un programa educativo en adolescentes de la Unidad Educativa “Madre Teresa Bacq”. La muestra quedó conformada por 31 adolescentes; a los que se aplicó un cuestionario al iniciar y culminar la investigación, los resultados reflejaron que la mayoría de adolescentes tenían la edad de 17 años y el sexo femenino fue mayoritario. Antes y después de aplicar la estrategia de intervención educativa, se encontró que 31 adolescentes tenían un nivel de conocimiento alto sobre la edad óptima para la concepción. Del total de adolescentes, inicialmente 27, tenían conocimientos bajos sobre la anticoncepción y después del desarrollo de la intervención, 14 incrementaron sus conocimientos a un nivel alto. Sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia, el nivel de conocimientos inicialmente era bajo, después, 12 adolescentes lo elevaron a un nivel alto y 16 a un nivel medio. Sobre aborto y sus complicaciones en la adolescencia, se encontró que antes de la intervención 20 adolescentes poseían niveles bajos de conocimiento, 6 de ellos conocimientos medios y solo 5 conocimientos altos. Después de aplicada la actividad educativa, un total de 20 estudiantes, el 64,5%, elevaron su conocimiento a un nivel alto, 9 al nivel medio y 2 se mantuvieron en el nivel bajo. Finalmente se elevó significativamente el nivel de conocimiento acerca del embarazo en la adolescencia por lo que el Programa Educativo se evaluó como efectivo.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, embarazo en la adolescencia, intervención educativa.

ABSTRACT

An evaluative research was carried out for increasing the level of knowledge about adolescent pregnancy, through an educational program applied for a group of adolescents in “Mother Teresa Bacq” Educational Unit. The sample was integrated by 31 adolescents who were evaluated using a questionnaire which was applied before and after finishing this research. The results showed that the majority of adolescents were 17 years old and the female sex was the majority. Before and after applying the strategy using educational intervention, it was found that 31 adolescents had a high level of knowledge about the optimal age for conception. From the total number of adolescents, initially 27 of them had low knowledge about contraception and after developing the intervention, 14 of them increased their knowledge in a high level. About complications of pregnancy in adolescence, the level of knowledge was initially low, then 12 adolescents had a high level and 16 had a medium level. About abortion and its complications in adolescence, it was found that before the intervention 20 adolescents had low levels of knowledge, 6 of them had an average knowledge and only 5 had high knowledge. After applying the educational activity, a total of 20 students, 64.5%, increased their knowledge in a high level, 9 of them had an average level and 2 remained at a low level. Lastly, the level of knowledge about pregnancy during adolescence was significantly increased and the Educational Program was evaluated as effective.

KEY WORDS: adolescence, adolescent pregnancy, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto y según la Organización Mundial de la Salud ocurre entre los 10 y 19 años, es el período en la que se experimenta el más rápido proceso de crecimiento físico y maduración emocional e intelectual; marca un tiempo lleno de cambios y elecciones para adaptarse e ir comprendiendo su propio criterio, porque crecer es aprender y aprender es cambiar hasta alcanzar la autonomía (1).

Siempre que se hable de adolescencia se debe hacer desde una óptica integral y tener en consideración las tres grandes líneas del desarrollo: biológica, psicológica y social, lo psicológico por la transformación de los procesos psicológicos y pautas de identificación desde niño hasta adulto, en lo social la transición del estado de dependencia socio-económica total, a una relativa independencia y en lo biológico, el inicio del desarrollo puberal hasta la madurez sexual y la plena capacidad reproductiva que varían según el contexto cultural y socioeconómico en el que se desarrolle el individuo (2,3).

Frecuentemente se considera la adolescencia como un problema y no como lo que verdaderamente es, un proceso complejo pero normal. Durante esta etapa surge curiosidad natural por todo lo sexual, es normal que esto suceda, es un periodo de rápido crecimiento y desarrollo, los jóvenes adquieren capacidades y se enfrentan a nuevos retos; tienen un abanico de oportunidades, pero también de vulnerabilidad para conductas de riesgo.

Algunos autores, consideran el embarazo en la adolescencia como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total, o uno de estos casos. Una

diferencia importante en el comportamiento de la enfermedad obstétrica de las adolescentes, depende del desarrollo psicosocial, del medio familiar y del desarrollo orgánico y funcional de la mujer menor de 20 años. Existe un aumento de la morbilidad del embarazo en esta etapa, además hay riesgos relacionados con los factores psicosociales, ambientales y familiares, pues aunque en muchos casos el embarazo en los adolescentes puede responder al deseo de los mismos, en otros puede traer efectos desbastadores (4).

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia en la Unidad Educativa "Madre Teresa Bacq", para ello se caracterizó al grupo objeto de estudio según su edad y sexo, además se determinó el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre: la edad óptima de la concepción del embarazo, anticoncepción, las complicaciones del embarazo y del aborto en esta etapa de la vida, antes y después de la aplicar un programa educativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación evaluativa, aplicando un estudio de intervención, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, mediante la aplicación de un Programa educativo en adolescentes de la Unidad Educativa "Madre Teresa Bacq". Se empleó para el estudio un diseño cuasi experimental, de corte longitudinal.

Población y muestra: Estuvo conformada por los 31 adolescentes del 3er Año de Bachiller de la Unidad Educativa "Madre Teresa Bacq". Se seleccionó mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Cuestionario.
- Registro de observación.
- Programa Educativo.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de adolescentes según edad y sexo

Sexo Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
17	6	85.7	21	87.5	27	87.1
18	1	14.3	2	8.3	3	9.6
19-20	0	0	1	4.2	1	3.3
Total	7	100	24	100	31	100

Fue más frecuente el grupo de adolescentes de 17 años, 27 para un 87.1%, le siguió en orden de frecuencia el grupo de jóvenes de 18 años, 3 para un 9,6 %. El sexo femenino fue mayoritario con 24 féminas, seguido de sólo 7 masculinos (Tabla 1).

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre la edad óptima del embarazo antes y después de la intervención educativa

Nivel de conocimiento sobre la edad óptima del embarazo	Después			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	0	0	0	0
Antes Medio	0	0	0	0
Alto	0	0	0	31/100%
Total	0	0	31/100%	31

La Tabla 2 muestra las evaluaciones del nivel de conocimiento sobre antes y después de la intervención. Se puede apreciar que antes y después de aplicar la estrategia, se encuentra que los 31 adolescentes mostraron tener un nivel de conocimiento alto sobre el tema.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre anticoncepción antes y después de la intervención educativa

Nivel de conocimientos sobre anticoncepción	Después			Total	
	Bajo	Medio	Alto		
Antes	Bajo	5/16.2%	12/38.7%	10	27/87.1%
	Medio	0	0	4/12.9%	4/12.9%
	Alto	0	0	0	0
Total	5/16.2%	12/38.7%	14/45.1%	31	

Al analizar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción antes y después de la intervención (Tabla 3) del total de 31 adolescentes encuestados al inicio de la intervención 27 de ellos tenían conocimientos bajos sobre la anticoncepción, es decir un 87.1%, 14 con conocimientos medios para un 45.1% y ningún adolescente con conocimientos altos. Después de aplicada la intervención educativa 14 adolescentes incrementaron sus conocimientos a un nivel alto para un 45,1%, 12 a un nivel medio (38.7%) y sólo 5 (16,2%) se mantuvieron en un nivel bajo, lo que corrobora la efectividad de la estrategia; por la existencia de diferencias significativas respecto al nivel de conocimiento antes y después de la aplicación.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención educativa

Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia	Después			Total	
	Bajo	Medio	Alto		
Antes	Bajo	3/9,7%	16/51,6%	1	20/64.5%
	Medio	0	0	9/ 29%	9/ 29%
	Alto	0	0	2/6.5%	2/6.5%
Total	3/9,7%	16/51,6%	12/38.7%	31	

En cuanto al nivel de conocimientos sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención (Tabla 4), del total de adolescentes encuestadas (31), al inicio de la intervención 20 (64.5%) de los adolescentes tenían conocimientos bajos, 9 (29%) conocimientos medios y solamente el 6,5% poseían conocimientos altos sobre el tema, después de aplicada, 12

(38.7%) incrementaron sus conocimientos a un nivel alto y 16 (51,6%) a un nivel medio, quedando 3 estudiantes con un nivel bajo de conocimientos del tema en cuestión, lo que corrobora la efectividad de la intervención por la existencia de importantes diferencias del nivel de conocimiento antes y después de ser aplicado el programa educativo.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre el aborto y sus complicaciones en la adolescencia antes y después de la intervención educativa

Nivel de conocimiento sobre el aborto y sus complicaciones en la adolescencia		Después			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Antes	Bajo	2/6.5%	9/29%	9	20/64.5%
	Medio	0	0	6/19.3%	6/19.3%
	Alto	0	0	5/16.2%	5/16.2%
Total		2/6.5%	9/29%	20/64.5%	31

Respecto al nivel de conocimientos sobre aborto y sus complicaciones en la adolescencia antes y después (Tabla 5), encontramos antes de la intervención 20 adolescentes (64.5%) con conocimientos bajos, con conocimientos medios 6 (19.3%) y con conocimientos altos 5 (16.2%). Después de aplicada la actividad educativa se incrementó un total de 20 estudiantes (64,5%) a un nivel alto de conocimientos, 9 al nivel medio y 2 se mantuvieron en el nivel bajo, lo que corrobora nuevamente la efectividad de la intervención.

Tabla 6. Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia antes y después de aplicada la Intervención Educativa

Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia		Después			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Antes	Bajo	3/9.7%	10/32.2%	10	23/74.2%
	Medio	0	0	6/19.3%	6/19.3%
	Alto	0	0	2/6.5%	2/6.5%
Total		3/9.7%	10/32.2%	18/58.1%	31

La tabla 6 muestra las evaluaciones de los conocimientos generales sobre el embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención. Podemos apreciar que antes de aplicarla 23 (74.2%) adolescentes presentaban un nivel de conocimiento bajo, 6 tenían un nivel medio (19.3%) y sólo 2 un nivel alto; después de la aplicación, 18 (58,1%) alcanzaron un nivel alto y 10 (32.2%) que suman un total de 28 adolescentes aprobados en nuestra investigación, es decir el 90.3% del total y sólo 3 adolescentes se mantuvieron en el nivel bajo, lo que demuestra que la que la estrategia fue efectiva.

DISCUSIÓN

La adolescencia es parte de la existencia del individuo, se llama así, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos, pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad, como de la autonomía individual.

La adolescencia tardía es la fase final, donde se alcanzan las características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia y el grupo empieza a ser desplazado por la relación (5).

En la Unidad Educativa “Madre Teresa Bacq”, de los 31 adolescentes del 3er año de bachillerato encuestados, fue más frecuente el grupo de adolescentes de 17 años, con un total de 27, para un 87.1%, seguido del grupo de 18 años, 3 para un 9,6 %. Predominó el sexo femenino con 24 adolescentes y sólo 7 varones (Tabla 1).

Varios autores exhiben en sus estudios similares resultados, existiendo una tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales sin estabilidad en la pareja. En una intervención educativa en estudiantes sobre embarazo en la adolescencia, se encontró que el 46,66 % de las participantes experimentó un embarazo en las edades comprendidas entre 14 y 16 años, el 73,33 % de las encuestadas ya habían tenido experiencia de embarazos e interrupciones anteriores (6,7).

Al relacionar los datos obtenidos con la bibliografía examinada, concordamos que la educación sexual, no debe considerar más que una asignatura, sino un indispensable elemento formador de la personalidad y condicionante de la futura salud reproductiva y conducta social (8).

Numerosos jóvenes no están actos para asumir la sexualidad y llegan a ella sin tener la sapiencia suficiente que le permita una vida sexual responsable. La sexualidad abarca toda la existencia humana, desde las células del cuerpo, hasta las diligencias más complejas y los conocimientos más sofisticados que seamos capaces de adquirir y producir.

El sexo femenino fue mayoritario, lo que se corresponde a la existencia de un mayor número de mujeres, en la etapa de la adolescencia en este periodo, según estadísticas de nuestro país. En la tabla 2 se refleja el nivel de conocimiento que existe sobre la edad óptima para la concepción, donde predominó el nivel de conocimiento alto antes y después de la intervención, lo que muestra que los adolescentes si conocen que aunque ha ocurrido una madurez biológica, existen otros factores psicosociales de gran importancia para lograr una maternidad y paternidad responsables, que aún no están en su plenitud de desarrollo.

Se señala por múltiples autores que la etapa óptima para el embarazo, es entre 20 y 30 años de edad, pues en estas edades ya se ha logrado la madurez biológica, psicosocial y se han sentado las primeras bases para completar un proyecto de vida.

Resultados significativos se encontraron entre los casos y controles de otros estudios, en relación con el conocimiento de las adolescentes acerca de la edad óptima para el embarazo, resultando 7 veces más probable un embarazo en una adolescente con desconocimiento de esta edad óptima, que aquellas que tenían algún conocimiento (9).

“Un embarazo antes de los 20 años constituye un riesgo psicosocial y un problema para la salud de la adolescente”. A esta pregunta, más de las tres cuartas partes de las chicas (78,1%) expresaron estar de acuerdo con esa afirmación, concordando con nuestros resultados después de la nuestra intervención (10).

Es de gran importancia que exista una buena comunicación entre los adolescentes y sus padres. La falta de una buena información sobre la sexualidad, puede ser el motor impulsor que conlleve al embarazo, al embarazo oculto, a interrupciones, incluso pueden provocar la muerte de muchas adolescentes.

Los padres deben preparar a sus hijos para el encuentro con el otro sexo mediante el ejemplo, el diálogo y una buena educación general y específica en lo particular. Deben proponerse resueltamente analizar con ellos todos los aspectos de la vida familiar que interesen a sus derechos incluido lo referido a la sexualidad y a la reproducción (11).

A nivel mundial se conoce que más del 50 % de los embarazos ocurren en los primeros seis meses de la primera relación sexual, lo que explica el valor del conocimiento sobre anticoncepción, en este grupo poblacional. Es la limitada información, garante principal de la elevada incidencia de embarazos no planificados y fundamentalmente de los no deseados entre los adolescentes.

La tabla 3 muestra que al encuestar a los adolescentes acerca de la anticoncepción, la mayoría la desconocían, esto se revela porque, muchos adolescentes inician sus relaciones sexuales sin haber recibido información adecuada sobre la sexualidad y salud reproductiva. Al instante de la intervención

se incrementó notablemente el nivel de conocimiento sobre este tema.

Otros autores han obtenido resultados similares en sus investigaciones, refiriendo que, aunque muchos de los métodos anticonceptivos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los emplea, motivados por la falta de información adecuada, la vergüenza de adquirirlos y por la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas (12).

En La Habana, Cuba encontraron que de los 41 adolescentes encuestados que manifestaron haber tenido relaciones sexuales solo 17 para un 41,4 % fueron protegidos. A pesar de la precocidad al iniciar las relaciones sexuales de los estudiantes encuestados existió desconocimiento generalizado sobre los métodos anticonceptivos al igual que sobre las infecciones de transmisión sexual (13).

En otros casos, al encuestar los estudiantes al inicio del estudio sobre el nivel de información que poseían acerca del uso de los anticonceptivos, encontraron que el 53.5% obtuvo evaluaciones de mal, seguido por la categoría de regular con un 31.6%. La intervención educativa elevó el nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en los jóvenes, concordando con nuestro trabajo (14).

Variados son los métodos anticonceptivos que existen hoy día, pero la información sobre ellos es escasa y esto se corresponde con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde la mayoría de los adolescentes califican en un nivel bajo de conocimientos antes de aplicar la intervención educativa.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como

para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (15).

Otros estudios aseguran que las consecuencias negativas que con mayor frecuencia acompañan al embarazo en la adolescencia son: la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional. La posibilidad de convertirse en madre soltera hace después más difícil establecer un hogar estable y se inicia así una sucesión de uniones de corta duración. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de condición por temor a la reacción de su grupo familiar (12). En el presente trabajo (Tabla 4), en cuanto al nivel de conocimientos sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia, predominaron los conocimientos bajos al inicio de la intervención, aumentando considerablemente después de aplicada la intervención educativa.

De la misma forma, otros estudios que abordan este tema, hallaron un desconocimiento mayoritario sobre los riesgos que pueden acompañar el embarazo precoz; registrándose sólo como riesgos conocidos, el desgarro del tracto vaginal, el recién nacido bajo peso para su edad y el aborto con muy bajo por ciento (14).

La práctica del aborto, es un problema de salud que atañe a la humanidad y

que tiene consecuencias indeseables sobre la vida y la salud, particularizando la de la esfera sexual y reproductiva, debiendo estar, los programas de educación sexual encaminados, entre otros aspectos, a reducir las conductas abortistas.

Antes de la presente intervención existieron bajos conocimientos acerca del aborto y sus complicaciones, elevándose estos al final de la investigación, datos que se muestran en la tabla 5.

Datos similares se obtuvieron en Cuba, donde un grupo no despreciable de adolescentes siguen viendo la interrupción del embarazo como un método anticonceptivo, sobre todo por desconocimiento y falta de responsabilidad sexual (16).

Resultados análogos aparecen en el artículo "Educación sanitaria sobre embarazo y aborto a alumnas de décimo grado del Instituto Preuniversitario Urbano Ramón Campa Delgado" en Cuba, donde aplicaron una intervención educativa a 42 adolescentes, concluyendo que la misma favoreció a una modificación favorable de los conocimientos de las adolescentes sobre el embarazo y aborto (17).

El embarazo y el aborto en adolescentes constituye un problema social, considerando que la educación sexual inicia con los padres, además influida por amigos y programas escolares, es insuficiente; lo adecuado sería ofrecer una educación sexual eficaz, para disminuir la incidencia de embarazos no deseado y las complicaciones que genera el mismo, dejado el aborto únicamente para casos de indicaciones médicas.

De forma general, a priori, en la intervención predominó un bajo nivel conocimiento sobre el tema; a posteriori, se

logró elevar el nivel de conocimiento de manera sustancial, lo que evidencia que la calidad de la información que se facilitó a los adolescentes, libre de mitos y con un elevado nivel científico, teniendo en cuenta la edad promedio de los sujetos de estudio, permitió compartir temáticas de sexualidad para mejorar significativamente sus conocimientos y por ende, la calidad de salud reproductiva. (Tabla 6)

La adolescencia sigue siendo ese período de transición y aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a información sobre educación sexual, por lo que existen pocos conocimientos sobre el embarazo en esta etapa y sus complicaciones.

El elevado por ciento de adolescentes aprobados en la segunda encuesta, después de aplicado el programa, permitió considerar la Intervención Educativa sobre embarazo en la adolescen-

cia como efectiva por su contribución a elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el tema.

CONCLUSIONES

Predominó el grupo de 17 años, así como el sexo femenino. Antes de aplicar la intervención educativa, prevaleció el nivel de conocimiento alto sobre la edad óptima de la concepción, los conocimientos bajos sobre anticoncepción, complicaciones del embarazo en la adolescencia y del aborto. Se diseñó, aplicó y evaluó la efectividad de una intervención educativa y se elevó significativamente el nivel de conocimiento acerca del embarazo en la adolescencia, por lo que se evaluó el Programa Educativo como efectivo. Se recomienda generalizar la intervención educativa a todos los adolescentes de las unidades educativas de la Provincia de Imbabura y evaluar su impacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luzuriaga J. (2013) Diseño de un protocolo de intervención psicoterapéutica focalizado en la personalidad de adolescente. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3307/1/10081.PDF>
2. Doblado N; De la Rosa I; Pérez E; Jiménez C; González G. (2009). Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.35 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000400021
3. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2014 [citado 12 Nov 2015]; 57 (8). <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304501314001745>
4. Barroso A; Coello N. Conocimiento y prevención del embarazo en adolescentes como tarea social de promotores comunitarios de Salud. <http://www.monografias.com/trabajos75/prevencionembarazadolescentestareasocial/prevencionembarazadolescentestareasocial2.shtml#ixzz4JK9ACYfm>
5. Mora Naranjo M; Cardoso M. (2010). Intervención en terapia familiar sistémica con las familias de adolescentes embarazadas.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2654/1/tm4344.pdf>.
6. Rodríguez Marín G. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis; 2014.
7. Meyer J, Responsabilidad ante la sexualidad en los adolescentes. *Rev Med Chil Obst Ginecol Infant Adolescent* 2005; 10 (7):63-89.
8. Peláez J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev cubana obstet Ginecol* 2014; 22(1): 11-15.
9. Martínez O, Bonal A, Bonal A, Silva J, George A, Velázquez Z. (2013). Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000600002.
10. Viñas L, Chávez M, Virrella M, Santana C, Escalona K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000600004.
11. Prado Cabrera P; Montaña Correa W. (2013). El embarazo en la adolescencia y su incidencia en el rendimiento académico de las estudiantes de primero de bachillerato del colegio técnico agropecuario "Eduardo Salazar Gómez". <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5781/1/TesisCoringida%20paola%20chip.pdf>
12. Barrionuevo V, Cabrera Y. (2015) Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la píldora anticonceptiva de emergencia. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4536/1/06%20ENF%20633%20TESIS.pdf>
13. Doblado N, Batista I, Junco A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000300011
14. López Suárez J; del Toro Mosquera G; López Vela S. (2009). Intervención educativa sobre conocimientos del uso de los anticonceptivos. http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl2_08/articulos/a3_v14_supl208.htm

15. OMS. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364 Actualización de septiembre de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
16. Laffita Batista A; Ariosa J; Cutié Sánchez J. Interrupciones de embarazo por causa genética. Article in Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 38(4):452-457 • December 2012. https://www.researchgate.net/publication/262665479_Interrupciones_de_embarazo_por_causa_genetica
17. Guevara J. (2010). Educación sanitaria sobre embarazo y aborto a alumnas de décimo grado del Instituto Preuniversitario Urbano “Ramón Campa Delgado” <http://vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article:c2cd9a01c0af473ba51586c5919bc52a/Description#tabnav>

**ACCESO A LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA DE
LOS USUARIOS DEL CENTRO DE LLAMADAS, QUE
ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD SAN ANTONIO,
TANGUARIN IBARRA, ECUADOR 2016.**

ACCESS TO THE EXTERNAL CONSULTATION OF CALL CENTER USERS
ATTENDING THE SAN ANTONIO SUBCENTER OF HEALTH, TANGUARIN
IBARRA, ECUADOR 2016.

Mafla Herrería Laura Isabel

LICENCIADA EN ENFERMERIA/ MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Báez Morales Widmark Enrique

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA/ MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL/ DOCENTE UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE

Hidrobo Guzmán José Fabián.

ECONOMISTA/ MAGISTER EJECUTIVO EN DIRECCIÓN DE EMPRESAS/ DO-
CENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Meneses Dávila Susana Margarita

LICENCIADA EN ENFERMERIA/ MAGISTER EN EDUCACION MENSION EDU-
CACIÓN SUPERIOR/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Jaramillo Villarruel Darwin Enrique

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN/ / MAGISTER EN EDUCACION
MENSION EDUCACIÓN SUPERIOR/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL
NORTE

Autor para la correspondencia: limafla@utn.edu.ec

Manuscrito recibido el 7 de septiembre 2016
Aceptado, tras revisión, el 8 de diciembre 2016

RESUMEN

En el Ecuador se han planteado nuevas estrategias de difusión y provisión de atención en servicios de salud, incorporando varios procesos con el fin de corregir la demanda y así poder aplicar de manera efectiva el Modelo de Atención de Salud Integral. Una muestra de esto es la implementación del nuevo sistema del Centro de Llamadas para la entrega de citas a los usuarios del Ministerio de Salud. Este estudio tuvo como objetivo determinar el acceso a la atención de consulta externa del sub centro de salud de San Antonio por los habitantes del barrio Tanguarín, utilizando el Centro de Llamadas, durante el período de enero a junio 2016. Se estimó a la población objeto de estudio en 1.525 habitantes según datos del INEC, y se obtuvo una muestra aleatoria de 152 usuarios que acudieron al sub centro de salud de la localidad, la mayoría están dentro de la población económicamente activa, predominando el género femenino. La investigación tuvo un diseño descriptivo y transversal. La información se obtuvo mediante una encuesta estructurada a través de preguntas abiertas y cerradas, las dimensiones exploradas fueron datos socio demográficos y de percepción sobre el funcionamiento del Centro de Llamadas.

Los resultados indican que el inadecuado uso del servicio fue por falta de difusión, los mismos que, concuerdan con la información existente en el servicio de agendamiento de consulta. Según datos estadísticos propios de la unidad de salud, esta escasa difusión ocasiona que el usuario no se beneficie de los servicios de agendamiento para consulta externa, y pierdan oportunidades de atención los pacientes que realmente requieran de atención oportuna al asistir como demanda espontánea.

Palabras claves: Centro de llamadas, usuario, percepción, calidad, difusión y atención.

ABSTRACT

In Ecuador, new strategies for the dissemination and provision of care in health services have been proposed, incorporating several processes in order to correct the demand and thus to be able to effectively apply the Comprehensive Health Care Model. One example of this is the implementation of the new Call Center system for the delivery of appointments to users of the Ministry of Health. This study aimed to determine the access to outpatient care of the San Antonio health sub-center by the inhabitants of the Tanguarín neighborhood, using the Call Center, during the period from January to June 2016. The population was estimated of a study in 1,525 inhabitants according to data from the INEC, and a random sample of 152 users who came to the sub health center of the locality, the majority are within the economically active population, predominating the feminine gender. The research had a descriptive and transversal design. The information was obtained through a structured survey through open and closed questions, the dimensions explored were socio-demographic data and perception about the operation of the Call Center.

The results indicate that the inadequate use of the service was due to lack of diffusion, the same ones that are consistent with the information existing in the consultation scheduling service. According to the health unit's own statistical data, this lack of dissemination causes the user to not benefit from the scheduling services for outpatient services, and patients who require timely care by attending as spontaneous demand are no longer available.

Key Words: Call center, user, perception, quality, diffusion and attention.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador en los últimos 8 años ha invertido más de doce mil millones de dólares en salud. Adicionalmente alrededor de veinte mil nuevos profesionales médicos se han sumado al sistema público, mil doscientos de ellos ecuatorianos que habrían migrado del país durante la crisis de los 1990, acogiéndose al programa “Ecuador saludable vuelvo por ti”. Esto demuestra una atención prioritaria al sector salud, teniendo como objetivo para el año 2016 alcanzar el estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud de dos camas hospitalarias por cada mil habitantes (1). Dentro de este contexto en el Ecuador se han planteado nuevas estrategias de difusión y provisión de atención en servicios de salud, incorporando varios procesos con el fin de corregir la demanda y así poder aplicar de manera efectiva el Modelo de Atención de Salud Integral (2).

Una muestra de esto es la implementación del nuevo sistema del centro de llamadas, para la entrega de citas a los usuarios del Ministerio de Salud, como parte de la Red Complementaria de Salud. Con este sistema se combina la técnica médica y la alta tecnología, para que la población pueda acceder a un turno de forma rápida, evitando que los usuarios madruguen para realizar largas filas en espera de un turno (3). De acuerdo a su definición el Centro de llamadas es una oficina donde un grupo de personas entrenadas se encarga de brindar algún tipo de atención o servicio. Al personal de Centro de Llamadas, de la misma manera responder en forma adecuada las consultas automáticas mediante un teléfono, conocer cuál es el cliente contactado e ingresar información adicional que será almacenada en una Base de Datos (4). En el Sub Centro de Salud de San Antonio los servicios que se ofertan al usuario

son medicina general, ginecología, pediatría, salud familiar y comunitaria, y odontología, servicios que deben ser atendidos con calidad y la percepción de sus usuarios es uno de los temas que más ampliamente preocupan a los gerentes y administradores de las unidades de salud. Pero más allá de su definición, la calidad de los servicios y de Salud (4).

Al ser la salud un bien intangible, su abordaje es muy amplio, por lo que hablar de calidad en los servicios de salud abarca un espectro donde no sólo intervienen capacidades del oferente del servicio sino además temas culturales, de infraestructura, estructura organizacional, acceso geográfico, adaptación del servicio, conocimientos sobre la población, objetivos del servicio, entre otros. Esto obliga al abordar el tema de calidad en los servicios de salud a tomar en cuenta todos estos aspectos. El “usuario” es una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada, especialmente si va por servicios curativos, y su percepción en la recepción de los servicios debe considerarse en primer lugar, y más aún si una institución de atención en salud se propone servir con calidad.

La Calidad es la medida que se le da a un servicio/producto cuando se ha logrado resolver un problema, satisfacer una necesidad, o formar parte de la cadena por la que se agrega valor. La percepción de la calidad es una idea subjetiva que genera el servicio de salud en sus usuarios; significa atender bien al paciente, escucharlo con atención y que el cliente salga satisfecho del servicio recibido (4). Considerando estos aspectos se determinó el acceso a la atención de consulta externa del sub centro de salud san Antonio de los habitantes del barrio Tanguarín, utilizando el Centro de Llamadas Ibarra 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio con un diseño multimodal, no experimental que nos permite analizar las características, cantidades numéricas y porcentuales de la investigación para así analizarlos de forma empírica. La investigación consiste en un estudio de tipo descriptivo, explicativo y transversal. Se excluyeron aquellas personas que no residían en el barrio objeto de estudio, y aquellas personas eran afiliadas al seguro social y a otros tipos de seguridad social.

Los criterios de inclusión fueron hombres y mujeres de 15 años en adelante y que residan en el Barrio Tanguarín y que en algún momento hicieron o hacen uso de los servicios de salud de consulta externa y emergencia del Subcuento de salud.

La información se obtuvo mediante una encuesta estructurada a través

de preguntas abiertas y cerradas, las dimensiones exploradas fueron datos socio demográficos y de percepción sobre el funcionamiento del Centro de Llamadas.

Los resultados son expresados en frecuencias absolutas y relativas empleando tablas y gráficos.

RESULTADOS

De la población encuestada, gráfico 1, se observó que un 66% de la población de Tanguarín es de género femenino y el 34% de género masculino, en relación a nivel de educación general básica, gráfico 2, demuestra que el 51% tiene primaria, 34% corresponde estudios de bachillerato y con un porcentaje inferior del 12% a título profesional, en auto identificación la mayoría de la población se define como grupo étnico mestiza quedando en menor porcentaje de indígenas, afro ecuatorianos.

GRÁFICO 1: Género de la población en estudio

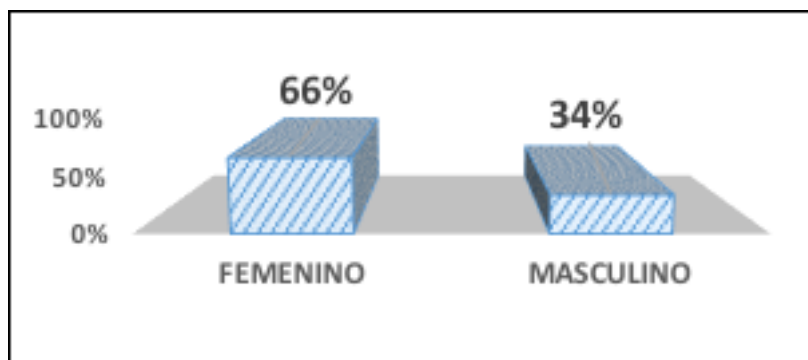
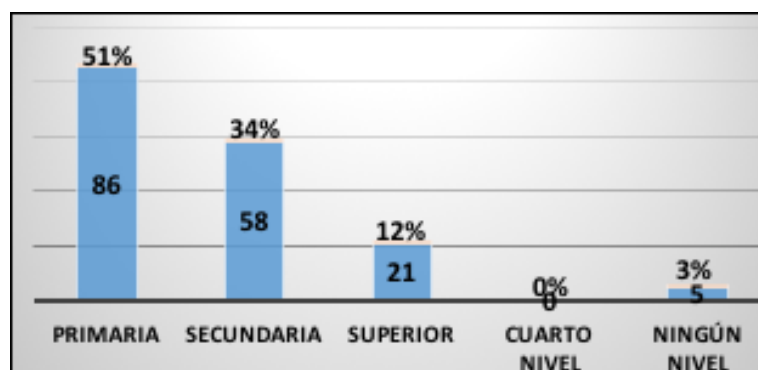


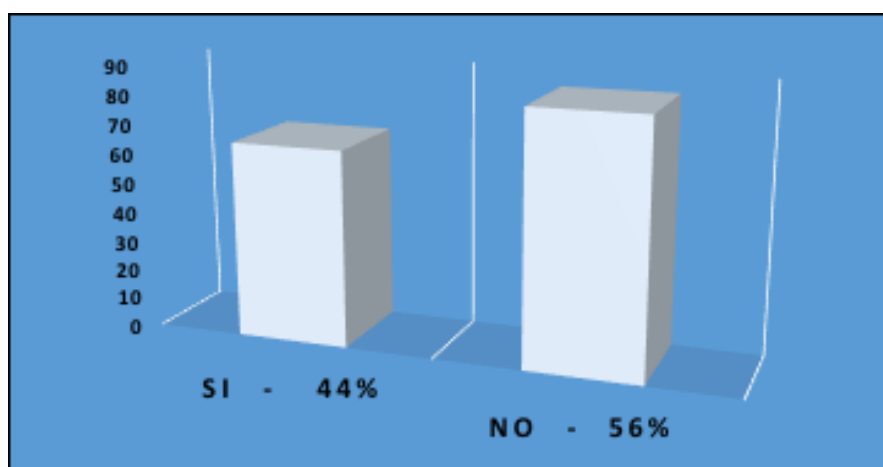
GRÁFICO 2: Nivel de educación



En lo que se refiere al número personas que residen en el domicilio según grupos etarios los resultados tienen relevancia, los niños y los adolescentes con un porcentaje del 37%, y constituye el grupo de mayor interés para la unidad de salud para realizar actividades preventivas y el 62% de adulto y adultos mayores que solicitan citas para seguimiento y control de enfermedades.

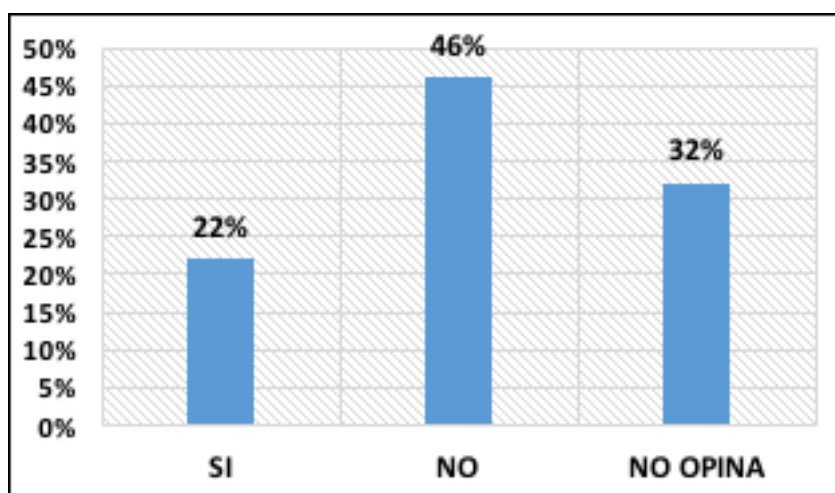
Sobre el uso del servicio del Centro de llamadas, gráfico 3, se observa que el 44% utiliza el agendamiento de turnos vía telefónica con el fin de agendar citas médicas para la consulta externa, mientras que el 56% representa el porcentaje de quienes no hacen uso del servicio del centro de llamadas, porcentaje que coincide con el 56% de las personas encuestadas que manifiestan no hacer uso del servicio, porque no es necesario. Además, el 43% revela desconocer del servicio y uso del centro de llamadas.

GRÁFICO 3: uso del servicio del call center



En cuanto, si el centro de llamadas a mejorado el tiempo de espera, el 22% afirma que si, es importante resaltar que, aunque el 44% dice usar el servicio, también de este el 46% señala que el centro de llamadas no ha mejorado el tiempo de espera, lo que se demuestra en el gráfico 4.

GRÁFICO 4: El call center ha mejorado el tiempo de espera



Al relacionar el uso del servicio del centro de llamadas, de quienes si hacen uso es del 44% con la variable periodo de tiempo, el 39% refiere que su concurrencia está dentro de un periodo tiempo menor a cuatro meses. Respecto a la percepción que tiene el usuario sobre la calidad de atención que recibe en el sub centro de salud de San Antonio se afirma que el 66% considera que el servicio es bueno y muy bueno y el 31% de los usuarios considera que la atención que recibe es regular y mala.

DISCUSIÓN

Se demostró que había un desconocimiento de los usuarios sobre el servicio del centro de llamadas el cual permite agendar citas a la consulta externa para ser atendidas en el Sub Centro de Salud de San Antonio, las citas teniendo en cada mes un ausentismo del 20 al 27% (5). De las citas programadas haciendo que de alguna manera se pierdan oportunidades de atención, que bien podrían ser utilizadas por usuarios que realmente necesitan la atención y que podrían asistir como demanda espontánea contribuyendo con este estudio que la falta de promoción del servicio, el grado de escolaridad y la nueva estrategia de solicitar citas a través de llamadas telefónicas constituye una barrera de acceso a los servicios de salud; del estudio investigativo se tomaron 5 atributos de interés.

La velocidad y cantidad de la atención es un aspecto técnico, la forma de medición de la efectividad del proceso y la organización del trabajo es una relación entre el porcentaje de llamadas atendidas y el tiempo que tuvo que esperar el usuario para ser atendido, un estándar internacional es 80% de llamadas atendidas y 20 segundos de espera. El tema de los costos variables predomina en cualquier definición técnica: donde el salario y las llamadas representan cada uno no menos del 45 % del costo total del Centro de Llamadas (6). En general, las conductas desplegadas por los participantes ante un problema de

salud están relacionadas con la cultura de origen y el tiempo de estancia, la mayoría son personas jóvenes, activas y sanas, que presentan problemas de salud ocasional y leve. En los participantes con mayor tiempo de estancia, la primera decisión que adoptan es acudir al centro de salud, Algunos recurren a la automedicación, cuando los síntomas no son importantes. Para tomar una decisión de salud, los participantes se apoyan en el médico, la familia, los amigos y la religión (7). Que el agendamiento, es una barrera para concurrir al centro de salud de forma espontánea, En la encuesta realizada en el barrio "Tanguarín" del total de la población de 152 personas, el 66% de la población indica que el centro de llamadas, si es una barrera para concurrir al centro de salud, y el 34% muestra que no representa una barrera para una atención en el Centro de Salud.

En varios Países de Europa que están desarrollando tecnologías para garantizar la accesibilidad en estos servicios públicos. Están basados en una estructura global que permita que los perfiles del usuario y de la máquina estén en internet, de tal manera que, si un usuario se conecta a una máquina del metro, del aeropuerto o quiere pedir cita médica, tras autenticarse, la máquina le reconoce su perfil de discapacidad y cambia la interfaz para adaptarse a esas necesidades. Si el usuario es sordo, la máquina sustituye los mensajes de audio por otro tipo de señales que suelen ser visuales y si el usuario es

ciego, ofrecería la información por audio. El proyecto, bastante avanzado, estará disponible en varios idiomas.

En la evaluación de estos resultados sobre satisfacción de los afiliados al servicio del Centro de Llamadas en el Centro Médico Ambulatorio de Sangolquí, del estudio investigado del uso y satisfacción del Centro de Llamadas el 46.10% es mala la atención, porque en el momento que solicitan la atención, las respuestas son, agendas llenas, en las siguientes dos horas y varios sinnúmeros de excusas, el 40% refiere que es bueno y el 13.90 señala que la atención es muy buena (8). coincidiendo con el estudio sobre la percepción de la atención que el 31% califica a la atención entre mala y regular.

Es este sentido la satisfacción del usuario es el aspecto fundamental de medición de la calidad e implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio y está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias (9).

CONCLUSIONES

Se concluye que el inadecuado uso del servicio fue por falta de difusión, los mismos que, concuerdan con la información existente en el servicio de agendamiento de consulta. Según datos estadísticos propios de la unidad de salud, esta escasa difusión ocasiona que el usuario no se beneficie de los servicios de agendamiento para consulta externa, y pierdan oportunidades de atención los pacientes que realmente requieran de atención oportuna al asistir como demanda espontánea.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte por el espacio de generar conocimiento e investigación, a la Carrera de Enfermería, al personal de Salud del Sub centro de salud San Antonio, a los participantes del estudio del barrio Tanguarín, a los estudiantes del primer grupo de práctica del quinto semestre que colaboraron con la recolección de la información, a la Decana y Sub decana de la Facultad por sus aportes en la revisión, como también a la PhD. Cristina Acosta y a la Dra. Raquel Salazar Lugo por la revisión crítica del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EcuadorInmediato.com. Edición #4135. [Online].; 2016. Available from: http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Quito.; 2012.
3. Sub Centro de Salud San Antonio. Informe Estadístico de las atenciones brindadas por el Call Center. Informe Estadístico. Ibarra: Sub Centro de Salud San Antonio, Solicitud de citas; 2016.
4. Constante Andrade, Adriana. Relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015. Tesis de Especialista en Gerencia de Salud. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2015.
5. Sub Centro de Salud San Antonio. Solicitud de citas mediante la herramienta del Col Center del MSP. San Antonio de Ibarra.; 2016.
6. Thirion JM. Los Call Center y los Nuevos Trabajos del siglo XXI. Red de Revistas científicas de America Latina. 2007 Mayo; 3(5).
7. Sarmiento P, Fernandez M, Albar MJ, Garcia M. Percepción y Experiencias en el Acceso y el Uso de los Servicios Sanitarios en la Población Migrante. Gaceta Sanitaria. 2015 Agosto; 29.
8. Francisco C, Gabriela C. Nivel de Satisfacción de los Afiliados atendidos por prestadores Externos y Estrategias orientadas al mejoramiento del Servicio del Centro Medico Ambulatorio Sangolquí del IESS. Repositorio de la ESPE. 2012 Jan; 1(1).
9. Vargas OP. NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ENCUESTA SERVQUAL, EN LA MICRO RED VILLA-CHORRILLOS EN EL AÑO 2014. Lima Perú: Universidad Ricardo Palma; 2015.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Quito.; 2012.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. CALL CENTER ES GRATUITO. [Online].; 2013. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/zamora_chinchipe/index.php/component/content/article/221-callcenter/289-callcenter.
12. Cacuango Díaz, Luis Enrique. Funcionamiento y estrategia para alcanzar la calidad total de un Call Center a través de un IVR. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2011.
13. Delgado M, Vázquez M, Moraes L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. SciELO Public Health. 2010; 12(ISSN 0124-0064).
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Call Center 171. ; 2013.
15. Adriana Constante Andrade. Relación entre la percepción de la calidad de atención y la. [Online].; 2015.
16. María del Carmen Oña Jiménez. La Concesión de Citas Médicas del Call Center y la Productividad de la Unidad de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de. 2014.
17. [Online]. Available from: <http://definicion.de/servicios-de-salud/>.
18. Adriana Constante Andrade. Relación entre la percepción de la calidad de

- atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de. 2015.
19. María E. Delgado-Gallego; María L. Vázquez-Navarrete; Lygia de Moraes-Vanderlei. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Salud Pública. 2010.
 20. Lengua DdIRAdl. ; 2016
 21. Ecuadorinmediato. Edición # 4135. 2016 septiembre jueves 08.
 22. Publica MdS. Quito: Sub Secretaria de Gobernanza; 2012.
 23. Barboza F. 4 tendencias de los contact center. Inconcert. 2016.
 24. UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO. [Online].; 2016. Available from: elastixtech.com/fundamentos-de-telefonía/operación-de-un-call-center/.
 25. García, A., Moro, M. y Medina, M. Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. Revista de Calidad Asistencial. 2010; 25(4): p. 207–214.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

ENFERMERÍA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA PARROQUIA URBANA DE URCUQUÍ

PREVALENCE OF FAMILY DYSFUNCTION IN URBAN PARISH URCUQUI

Alvear Reascos Rodrigo Roberto

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA/ ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Acosta Vinuesa Lola Yesenia

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA/ ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA/ DO-
CENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Baquero Cadena Silvia Marcela

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA/ MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Zurita Pinto Daniela Alexandra

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA/ MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

Rocio Elizabeth Castillo Andrade

LICENCIADA EN ENFERMERÍA/ MAGÍSTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
E INVESTIGACION EDUCATIVA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL
NORTE.

Autor para correspondencia: alvearreascos@yahoo.es

Manuscrito recibido el 19 de Octubre del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue valorar la prevalencia de Disfunción Familiar en la Parroquia Urbana de Urcuquí. Se realizó un estudio descriptivo de tipo cuali cuantitativo con diseño no experimental y transversal en el cual se valoró la prevalencia de disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí. Se elaboró el genograma y aplicó la encuesta de APGAR familiar a un total de 297 habitantes de 18 a 65 años de edad, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Los datos obtenidos, fueron registrados en una hoja de EXCEL y procesados con el paquete estadístico EPI INFO VO 6.04.CD Atlanta. En cuanto a los resultados; 164 familias (52,9%), presentaron algún grado de disfunción, siendo la disfunción leve la más frecuente con 93 casos (30%).

PALABRAS CLAVES: Funcionalidad Familiar, Disfunción familiar, APGAR Familiar, Familiograma, Valoración.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of Family Dysfunction in the Urban Parish of Urcuquí. Materials and Methods: We carried out a quantitative qualitative descriptive study with a non - experimental and transversal design in which the prevalence of family dysfunction in the urban parish of Urcuquí was evaluated. The Familiogram was developed and the family APGAR survey was applied to a total of 297 inhabitants aged 18 to 65 years, selected by simple random sampling. The obtained data were recorded on an EXCEL sheet and processed with the statistical package EPI INFO VO 6.04.CD Atlanta. Results and Conclusions: 164 families (52.9%) presented some degree of dysfunction, with mild dysfunction being the most frequent with 93 cases (30%).

KEY WORDS: Family Functionality, Family Dysfunction, Family APGAR. Familiogram, Valoration.

INTRODUCCIÓN

Una de las características principales de la atención de Medicina Familiar, es la comprensión del paciente y de su enfermedad, basándose no sólo en síntomas y signos sino en los factores psicológicos y sociales, que relacionan al paciente con su contexto. (1)

Esto hace necesario que el personal de salud, deba recurrir a instrumentos de atención integral al individuo y su familia, con herramientas que permiten al Médico, tener una apreciación gráfica y esquemática de la familia así como sus interacciones; aportando una nueva perspectiva: relacionar el comportamiento disfuncional con la red de interacciones producidas en el seno familiar y considerar al paciente como una unidad biopsicoemocional, social y espiritual. (2)

Los individuos crecen y se desarrollan dentro de una colectividad y es en este contexto en el cual adquieren y comparten valores y objetivos con su entorno más cercano que es la familia y en un medio más amplio, su comunidad; por tanto la estructuración de estos congregados familiares y comunitarios no pueden quedar al margen de la estrategia e implementación de la atención de salud (3).

Cada cambio que se produce en un miembro de la familia, genera otra serie de cambios en el resto de integrantes de ese sistema. Por lo cual se hace necesario en situaciones especiales, que el médico realice un abordaje familiar mediante durante la atención, especialmente en casos de: Disfunción Familiar, Hiper frecuentación de servicios sanitarios, Incumplimiento de prescripciones y recomendaciones médicas, presencia de síntomas y signos mal definidos, enfermedades crónicas,

miembros de la familia con niveles de dependencia elevados, problemas de salud mental, adicciones, etc. (3)

Se considera a la familia como una parte nuclear de la sociedad y mantiene un rol fundamental en el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la salud de sus integrantes. Desde el punto de vista sanitario, se entiende por familia a todo grupo social básico, constituido por individuos de género masculino y femenino, jóvenes o adultos, unidos por lazos legales, de amistad, relacionados o no genéticamente y que comparten la misma residencia y el reconocimiento de la existencia de relaciones dinámicas entre ellos (4).

Una de las principales funciones de la familia es proporcionar afecto, el cual se manifiesta por la interacción de sentimientos y emociones entre sus integrantes. Estos aspectos van a contribuir de manera decisiva a la cohesión del grupo y a un correcto desarrollo psicológico e integral.

Otra función familiar la constituye la socialización, misma que consiste en la transmisión de creencias, valores y actitudes y conductas de los seres humanos. La función económica consiste en la obtención y distribución de recursos para la subsistencia; y finalmente existen otras funciones tales como la satisfacción de necesidades físicas y cuidados de la salud, así como el desarrollo y el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. El que la familia sea capaz o no de cumplir con estas funciones, repercutirá en la salud de cada uno de sus integrantes (3).

En el contexto individual, las personas a lo largo de su vida, atraviesan por una serie de etapas, que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte, pasando por la infancia, la edad escolar, la adolescencia, el adulto joven, medio

y maduro, cuyas etapas mantienen características que las definen tanto a nivel biológico como psicosocial. Las familias también crecen y cambian a través del tiempo y los ciclos individuales de sus integrantes se juntan para formar el ciclo vital de esa familia. Existen varias clasificaciones de las etapas del ciclo vital familiar y la que resulta útil desde el punto de vista sanitario, es la de Friedman, la cual comprende 8 fases: Familia Inicial: que va desde el inicio de la vida en común hasta el nacimiento del primer hijo.

Familia de primera crianza: Desde el nacimiento del primer hijo hasta que éste cumple 30 meses. Familias con Niños Preescolares: desde los 30 meses hasta los 6 años. Familia con Niños Escolares: desde los 6 años hasta los 13. Familias con Hijos Adolescentes: desde los 13 hasta los 20 años.

Familias con Hijos en Fase de Salida: que coincide con la marcha de casa del primer hijo. Familia en edad intermedia: desde la salida del último hijo hasta la jubilación. Familia de envejecimiento: desde la jubilación hasta la muerte del primer cónyuge (4,5).

Cuando un individuo no se adapta a cada una de estas fases, se dan lugar a las crisis familiares, las cuales se caracterizan por: ser previsible, generar alteraciones en la función familiar y favorecer la aparición de problemas de salud (6). Por lo general, las crisis familiares suelen ser de tipo normativo, cuando las familias presentan dificultades para adaptarse a las transiciones de las etapas del ciclo vital, por ejemplo: el matrimonio, un embarazo, la jubilación, etc.

El otro tipo de crisis son las Paranormativas, que se relacionan al apareamiento de acontecimientos vitales

estresantes de tipo inesperado, tales como una separación, desempleo repentino, ruina económica o muerte de un miembro de la familia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se valoró la funcionalidad familiar a 297 individuos entre los 18 y 65 años, habitantes de la Parroquia urbana de Urcuquí, mediante muestreo aleatorio simple, para la aplicación del cuestionario autoaplicado de APGAR Familiar. Se utilizó además el Familiograma, con el fin de representar de manera gráfica el tipo estructural de la familia a la que pertenecían los encuestados. (5).

Para el análisis estadístico se formaron 3 grupos comprendidos entre: 18 - 34 años, 35 - 49 años y 50 - 65 años, edades en las que se encuentran comprendidas las distintas fases del ciclo vital individual. (4).

Se procedió a calificar las encuestas y una vez con los resultados, éstos fueron registrados en una hoja de EXCEL y procesados con el paquete estadístico EPI INFO VO 6.04.CD Atlanta.

RESULTADOS

De las 297 personas que respondieron el cuestionario del Apgar Familiar, 164 (52,9%) pertenecen a familias con algún grado de disfunción; de éstas, 93 personas (30%) tienen disfunción leve, siendo esta la más frecuente; 51 (16,4%) tuvieron disfunción moderada y 20 (6,5%) puntuaron para disfunción severa.

El 42,9% de participantes, pertenecían a familias funcionales en el momento de la entrevista. (Tabla N° 1).

Tabla N° 1: RESULTADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN URCUQUÍ

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familia funcional	133	42.9
Disfunción leve	93	30.0
Disfunción moderada	51	16.5
Disfunción severa	20	6.5

Se realizó además el Familiograma a 244 grupos familiares (uno por familia), encontrando que 196 (57,5%) pertenecen a familias nucleares; aquellas constituidas por padre, madre e hijos y son el tipo de agrupación más frecuentemente encontrado en la parroquia urbana de Urququí (Tabla N°2).

Tabla N° 2. RESULTADOS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN URCUQUÍ

Estructura Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	162	52.3
Nuclear ampliada	16	5.2
Binuclear	10	3.2
Monoparental	30	9.7
Personas sin familia	7	2.3
Equivalentes familiares	1	0.3
Familia extensa	18	5.8

DISCUSIÓN

En la población urbana de Urququí, se encontró una cifra de disfunción familiar de 53% (leve 30%; moderada 16.5% y severa 6.5%); con una estructura familiar predominantemente de tipo nuclear, con el 63,3%. En el Ecuador se han realizado diversas investigaciones que valoran la funcionalidad familiar, en distintos tipos de grupos poblacionales, como el estudio realizado por Jordán López M. y Mora Cevallos Z. en el cual valoró la Funcionalidad Familiar y Estado de Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis, de una clínica particular de los riñones

de la ciudad de Quito y Riobamba, en donde se obtuvo una funcionalidad familiar del 95%. (7)

En la provincia de Orellana, se realizó un estudio en la cual se determinó la funcionalidad familiar, asociada a embarazo en adolescentes, encontrando que el 65% de las personas investigadas procedían de familias con algún grado de disfunción, demostrando así que ésta, es una causa importante para la existencia del embarazo en la adolescencia (8). Dichos resultados, son cercanos al porcentaje de disfunción familiar encontrados en Urququí (53%).

En el contexto educativo, también se ha llevado a cabo estudios de funcionalidad familiar y bullying, como el realizado en una institución educativa de la ciudad de Cuenca, en donde se encontró un grado menor de disfunción familiar del 15% (9), en relación al encontrado en Urququí.

Dentro del contexto del comunitario, el sistema social y familiar, son los medios ecológicos, en los que se desarrollan las personas, ocupando un lugar destacado la familia, que representa además de un nexo biológico, el medio más inmediato de relaciones personales que condicionan de modo decisivo los procesos de salud y enfermedad, debido a que a través de estos medios, se pueden producir varios tipos de relaciones interpersonales disfuncionales que pueden desembocar en alteraciones físicas y psicológicas o a la vez constituirse en fuente de recursos para la curación y mejoría de diversas patologías.

Algunos autores mencionan que es difícil catalogar a la familia como buena o mala, en relación con la salud o la enfermedad de sus miembros, pues son muchas las variables a tener en cuenta; es por ello que se prefiere llamar a las familias como Funcionales y Disfuncionales, según su equilibrio y

funciones internas, así como por el papel que juegan favoreciendo la salud o la enfermedad mental de sus integrantes. Así las familias funcionales son consideradas como un factor de promoción y protección de la salud tanto física como mental y de apoyo social en su entorno, no así las familias disfuncionales, las cuales se consideran factor de riesgo para múltiples padecimientos (6, 10, 11). Es importante que los servicios de salud que realizan Atención Primaria, enfatizen además de los aspectos biológicos, los aspectos psicosociales, ya que permite identificar familias que se encuentran con algún riesgo de disfuncionalidad.

CONCLUSIONES

1. El tipo de familia que prevalece en la población de Urququí, es de tipo nuclear (familia tradicional), es decir, la mayoría de familias está conformada por dos individuos de distinto sexo que ejercen el papel de padres y los hijos.
2. Pese a encontrar más familias de tipo nuclear se encontró que más del 50% de familias en la población urbana de Urququí, tienen algún grado de disfunción

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turabián JL, Franco BP, Fernández JLT. Los Síntomas en Medicina de Familia no son Síntomas de Enfermedad, Sino Síntomas de Vida. Atención Primaria. 2012 Apr 1 [cited 2016 Sep 19];44(4):232–6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002848> doi: 10.1016/j.aprim.2011.02.016.
2. Riera JR. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria: Cap. 48: Familia y Estructura. Barcelona: Elsevier. 2014. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9788490224335001175>
3. Zurró AM. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y Materiales Para Docentes y Estudiantes Barcelona España: Elsevier; 2011.
4. Zurró AM. Atención Primaria Principios, Organización y Métodos en Medicina De Familia; Séptima ed. Barcelona, 2014.
5. Suarez MA., Alcalá Espinoza Matilde. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2016 Sep 21]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.
6. Casanova LC, et al. Apoyo Social y Funcionalidad Familiar En Personas Con Trastorno Mental; Rev. Salud Mental 2014; 37:443-448. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671011>
7. Jordán López MV, Mora Cevallos ZN. Funcionalidad Familiar y Estado de Salud en Pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, de la clínica de los riñones Menydiál de la ciudad de Quito y Riobamba en los meses de junio a julio de 2013. Disertación previa a la Obtención del título de Médica cirujana. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito 2013. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5927/T-PUCE-6082.pdf?sequence=1>
8. Hermoza Guerrero D: “Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2012 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2757/1/T-UCE-0007-85.pdf>
9. Cordero Cordero J. FUNCIONAMIENTO Familiar y bullying, en el Colegio Benigno malo. Universidad del Azuay, Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación, escuela de psicología clínica. Cuenca Ecuador 2015. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4317/1/10874.pdf>
10. Turabián JL. Álbum de modelos para las herramientas cualitativas en la toma de decisiones en Medicina de Familia. Otros mapas para describir un mismo país. Semergen. 2014;40(8):415---424. doi: 10.1016/j.semerg.2014.09.011
11. Landeros JE. Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015;53(5):558-63, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155k.pdf>

REVISTA CIENTÍFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

La revista científica de la Facultad Ciencias de la Salud, indexada en la base de datos Latindex, tiene como objetivo difundir los resultados de investigaciones realizadas por docentes investigadores, a través de artículos científicos, críticos, casos clínicos; que permitan generar nuevos conocimientos y aportar en la solución de los problemas de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Motivar una cultura investigativa como herramienta para el fortalecimiento académico.

- Aportar con investigaciones innovadoras a la solución de problemas de salud enfermedad.

La revista publica un número semestralmente, en temas de salud que son considerados como artículos de Investigación original, artículos cortos, artículos de revisión, estudios de casos y cartas al editor.

PROCESO PARA PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Los artículos recibidos para la publicación serán revisados inicialmente por el Comité Editorial para verificar el cumplimiento de los criterios solicitados por la revista. En el caso de no cumplir se le informará inmediatamente al autor/es.

Una vez revisados los documentos los artículos se someterán a la revisión de pares especialistas en el tema. Esta que se llevará a cabo en el original completo a través de una revisión ciega de contenidos. 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, animando a los autores a revisar el documento y someterlo a revisión nuevamente
- Rechazo incondicional.

De esta manera se tendrá la certeza que los artículos que se publican en la revista de la Facultad Ciencias de la Salud de la UTN, contribuyen satisfactoriamente en la investigación, el desarrollo científico y tecnológico; y a su vez al avance en el conocimiento y fortalecimiento del área de salud.

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.

RECEPCIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos de acuerdo a las normas establecidas deben enviarse en digital e impreso a la siguiente dirección:

Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud. Decanato
Dirección: Av. 17 de Julio 5-21 Barrio el Olivo Ibarra – Ecuador.

Los artículos en medio digital se enviarán al correo electrónico lauinvestiga@utn.edu.ec

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTADOS PARA SER PUBLICADOS

ARTICULOS ORIGINALES

Se aceptarán los artículos que muestran los resultados originales de proyectos terminados de investigación.

ARTICULOS CORTOS

Los artículos cortos muestran los resultados parciales de una investigación científica que por su importancia necesitan pronta difusión.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA

Son revisiones sistemáticas de la literatura científica. Se refiere a estudios detallados, selectivos y críticos que tratan de analizar e integrar la información esencial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico, se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

Presenta los resultados de una investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

REPORTE O ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

Es la revisión y presentación de casos clínicos de interés para las áreas de ciencias de la salud. Incorpora además una revisión bibliográfica de casos similares.

CARTAS AL EDITOR

En ellas se recogerán observaciones científicas y formalmente aceptables sobre los trabajos publicados.

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, Autores, Afiliación
- Resumen (Abstract)
- Palabras-clave (Keywords)
- Introducción
- Materiales y Métodos
- Resultados
- Discusión y Conclusiones
- Agradecimientos
- Referencias bibliográficas

- **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 Inglés.
- **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/homegee.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** Las referencias bibliográficas se numerarán correlativamente según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, en las tablas y en las leyendas mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras se numerarán de acuerdo con el orden establecido por la primera identificación dentro del texto de cada tabla o figura en particular.
- Se utilizará el estilo de los siguientes ejemplos, que se basan en los formatos que emplea la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en el Index Medicus. Los títulos de las revistas deberán abreviarse, según el estilo empleado en el Index Medicus. Debe consultarse la List of Journals Indexed in Index Medicus, que publica anualmente la NLM por separado y en el número correspondiente al mes de enero del Index Medicus. El listado también se puede obtener a través de Internet: <http://www.nlm.nih.gov>.
- Se evitará la utilización de resúmenes como referencias. Las referencias a originales aceptados pero todavía no publicados se designarán con expresiones como «en prensa» o «de próxima aparición»; los autores deberán obtener autorización por escrito para citar dichos artículos y comprobar que han sido admitidos para su publicación. La información procedente de artículos remitidos pero rechazados, se mencionará en

el texto como «observaciones no publicadas», previa autorización por escrito de la fuente.

- Se evitarán las referencias del tipo «comunicación personal», salvo cuando ofrezcan información esencial no disponible en fuentes públicas, en cuyo caso figurarán entre paréntesis en el texto el nombre de la persona y la fecha de la comunicación. Si se trata de artículos científicos, los autores deberán obtener de la fuente de la comunicación personal la autorización por escrito y la confirmación de su exactitud.

- Las referencias bibliográficas deberán ser cotejadas por el (los) autor(es) con los documentos originales.

- El estilo de los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) se basa en gran medida en el estilo normalizado ANSI adoptado por la NLM para sus bases de datos (por ejemplo, MEDLINE). Se han añadido notas en los casos en que el estilo Vancouver difiere del estilo utilizado por la NLM.

Artículos de revista

Artículo estándar (Se mencionan los 6 primeros autores y, si su número excede de 6, se añade la expresión «et al.») [Nota: La NLM incluye actualmente hasta 25 autores; si hay más de 25, la NLM cita los 24 primeros, luego el último autor y finalmente añade «et al.»].

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124(11):980-3.

- Como opción, si una revista lleva paginación continua a lo largo del volumen (como sucede con muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. [Nota: Por coherencia, esta alternativa se emplea en los ejemplos de este documento. La NLM no aplica esta opción.]

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124:980-3.

- En el caso de más de 6 autores:

- Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al.

Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12.

Autor institucional

- The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

No se menciona autor

- Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

- (4) Artículo en idioma distinto del inglés [Nota: La NLM traduce el título al inglés, cita el título original entre corchetes y añade una indicación del idioma original en abreviatura.]

- Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996;116:41-2.

Suplemento de un volumen

- Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Suplemento de un número

- Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Número sin volumen

- Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

Sin número ni volumen

- Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

Libros y otras monografías

- [Nota: En versiones anteriores de las normas de estilo de Vancouver figuraba incorrectamente una coma, en lugar de un punto y coma, entre el editor y la fecha.]

Personas como autores

- Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed.

Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Actas de congreso

- Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam:

Elsevier; 1996. Pon(2e1n) cia presentada a congreso

- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editores. *MEDINFO 92*. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral (o similar)

- Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization* [tesis doctoral]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Patente

COMITÉ EDITORIAL REVISTA "LA U INVESTIGA"



ACREDITADA

*¡Vive la ciencia!
¡vive tus sueños!*

