



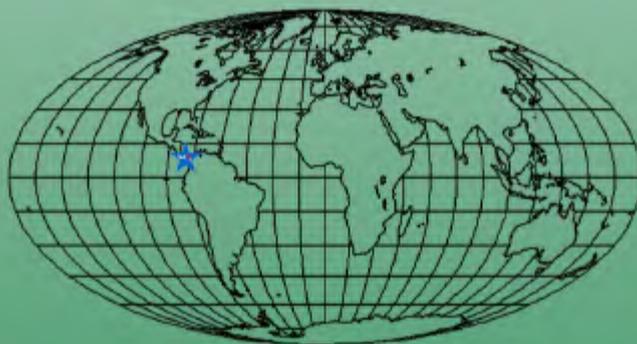
Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

# Enfoque

## Revista Científica de Enfermería



VOL. XX N° 16 páginas 122 Panamá, Rep. de Panamá. Julio - Diciembre 2020

[revista.enfoque@up.ac.pa](mailto:revista.enfoque@up.ac.pa)

## Artículos de Investigación

### **Cáncer de Estómago, Primera Causa de Muerte en Panamá Factor de Riesgo “*Helicobacter Pylori*”. Un Problema de Estado y de Salud Pública.**

**Por:**

**Gloria M. Rojas.** Especialista en Atención Primaria en Salud, Master en Investigación en Salud de la Universidad de Panamá, Profesora Asistente Tiempo Completo IV, A. De la Cátedra de Salud Pública, Departamento de Salud Pública. Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

E-mail: [gloriam09@hotmail.com](mailto:gloriam09@hotmail.com)

**Diamantina C. Cleghorn Spencer.** Máster en Salud Pública de Hadassah Hebrew University of Jerusalem, Israel; Doctora en Filosofía en University of Delaware, Newark, Delaware, USA; Post Doctorado en Salud Internacional en Erasmus University, Rotterdam Medical Centre, The Netherlands. Profesora Titular de Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

E-mail: [diacleghorn@hotmail.com](mailto:diacleghorn@hotmail.com)

#### **Resumen**

Entre las causales de muerte por cáncer en la República de Panamá, el cáncer de estómago ocupa el primer lugar, constituyéndose en un problema serio de Salud Pública, para el país como un todo.

Si las primeras causales de muerte en la población panameña son los cánceres, del cual el cáncer de estómago es la primera causa de muerte entre todos los cánceres a nivel de población, y el principal agente causal del cáncer de estómago es el *Helicobacter Pylori*, entonces estamos fallando en Panamá en los controles de higiene, en el Sistema de Salud Pública, en lo referente al control de estas enfermedades infecciosas, relacionada con la calidad e higiene de los alimentos, razón por la cual hay que poner atención. Es decir, estamos fallando en las prioridades de salud ambiental donde los determinantes básicos son: la calidad del agua, el aire y la tierra. Determinantes estos que son indicadores de la higiene y salud de los alimentos que se producen, preparan y preservan como fuente de alimentos para la población panameña, y visitantes.

Si las investigaciones nos están demostrando que el principal factor que induce el cáncer de estómago es el *Helicobacter Pylori*, hemos fallado en lo referente a la primera función en Salud Pública, que es la educación en salud de la población en riesgo y el Ministerio de Salud está fallando en preservar la salud del ambiente donde los individuos, las familias y las comunidades viven, estudian, trabajan, participan en actividades sociales y especialmente en lugares donde los alimentos son: sembrados, producidos, empacados, distribuidos, vendidos, preparados para comer y consumir con probable calidad dudosa y falta de seguridad alimentaria, lo cual afecta la salud de la población.

Uno de los principales problemas es el horario de trabajo de los funcionarios de Salud Pública en el cual dejan desprotegida la población desde las 5pm hasta las 7:00am hora en que entran a laborar y son muchas las personas que ingieren alimentos en restaurantes y fondas de dudosa seguridad en horas de la tarde, noche y la madrugada especialmente en ventas de alimentos en forma clandestina en horas de la noche, sin que la población esté protegida, por los entes rectores de la salud de la población.

**Palabras clave:** Helicobacter Pylori, Neoplasias Gástricas, Salud Ambiental, Salud Pública.

## **Stomach Cancer, First Cause of Death in Panama Risk Factor "Helicobacter Pylori". A Problem of State and Public Health.**

### **Summery**

Between the cause of mortality in the Republic of Panama, stomach cancer, is in the first position, and it represents a serious Public Health problem for the nation as a whole.

Being cancer, the first causes of mortality in the Panamanian population and from all the cancers, research has shown over time, that stomach cancer, is the first cause of death at population level, if research is showing also that stomach cancer has the highest incidence of diagnostic procedure shown to be due to Helicobacter Pylori, means that attention has to be centered in environmental health and its determinants of health specifically the quality of water, air, and soil use to produce, prepare and preserve food, as the source of food for the Panamanian population and visitors.

The national statistics of Panama have also shown that one of the principal factors that induce stomach cancer is Helicobacter Pylori, then we are failing in the Public Health systems, with regard to teaching hygiene and learning to identify the risk factors and the Ministry of Health is failing also in preserving the health of the environment where the individuals, family and community live, study, work, participate in social activities and especially places where food is grown, produced, packed, distributed, sold, prepared to be consumed in unhealthy environments, with lack of food safety for the population.

One of the main problems are the working hours of the Public Health workers that leave the population unprotected from 5:00 pm to 7:00 am hours that the population is at risk and more during the night, that there is a lot of people and families that eat in unsafe restaurants, due that Public Health workers work in day time hours only, leaving the population unsafe at national level, due to food sold in clandestine ways during night hours.

**Key words:** Helicobacter Pylori, Stomach Neoplasms, Environmental Health, Public Health.

## **Câncer de Estômago, Primeira Causa de Morte no Panamá Fator de Risco "Helicobacter pylori". Um Problema de Estado e Saúde Pública.**

**Resumo:**

Entre as causas de morte por câncer na República do Panamá, o câncer de estômago ocupa o primeiro lugar, constituindo um grave problema de saúde pública para o país.

Se a primeira causa de morte na população panamenha é o câncer, do qual o câncer de estômago é a principal causa de morte entre todos os tipos de câncer, no nível da população, e o principal agente causador do câncer de estômago é *Helicobacter pylori*, então estamos falhando no Panamá nos controles de higiene, no Sistema de Saúde Pública, em relação ao controle dessas doenças infecciosas, relacionadas à qualidade e higiene dos alimentos, e é por isso que devemos prestar mais atenção.

Ou seja, estamos falhando em prioridades de saúde ambiental onde os determinantes básicos são: a qualidade da água, do ar e da terra. Determinantes que são indicadores de higiene e saúde dos alimentos produzidos, preparados e preservados para consumo pela população panamenha e visitantes.

Se a pesquisa está nos mostrando que o principal fator que induz o câncer de estômago é *Helicobacter pylori*, falhamos em relação à primeira função em Saúde Pública, que é a educação em saúde da população em risco e o Ministério da Saúde É incapaz de preservar a saúde do ambiente onde vivem pessoas, famílias e comunidades, estudar, trabalhar, participar de atividades sociais e especialmente em locais onde a alimentação é plantada, produzida, embalada, distribuída, vendida, preparada para comer e consumir com provável qualidade duvidosa e falta de segurança alimentar, o que afeta a saúde da população.

Um dos principais problemas é o horário de trabalho dos funcionários da Saúde Pública em que deixam a população desprotegida das 17h às 7h do dia seguinte, quando começam a trabalhar e muitas pessoas comem alimentos em restaurantes e botecos de segurança duvidosa durante a tarde, noite e madrugada, especialmente nas vendas de alimentos clandestinamente à noite, sem que a população seja protegida pelos órgãos de governo responsáveis da saúde da população.

**Palavras Chaves:** *Helicobacter Pylori*, Neoplasias Gástricas, Saúde Ambienten, Saúde Pública.

**El problema del cáncer de estómago en la República de Panamá:**

Las estadísticas oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República de Panamá, nos informan que el Cáncer es la primera causa de muerte en la República de Panamá.

La Tasa Total de mortalidad por todos los cánceres para el año 2008 fue de 72.5 por cada 100.000 habitantes, incrementando esta Tasa de mortalidad por todos los cánceres para el año 2012 a 77.2 por cada 100.000 habitantes. ([Panamá en Cifras años 2008 a 2012 Publicado en noviembre 2013, página 58](#)).

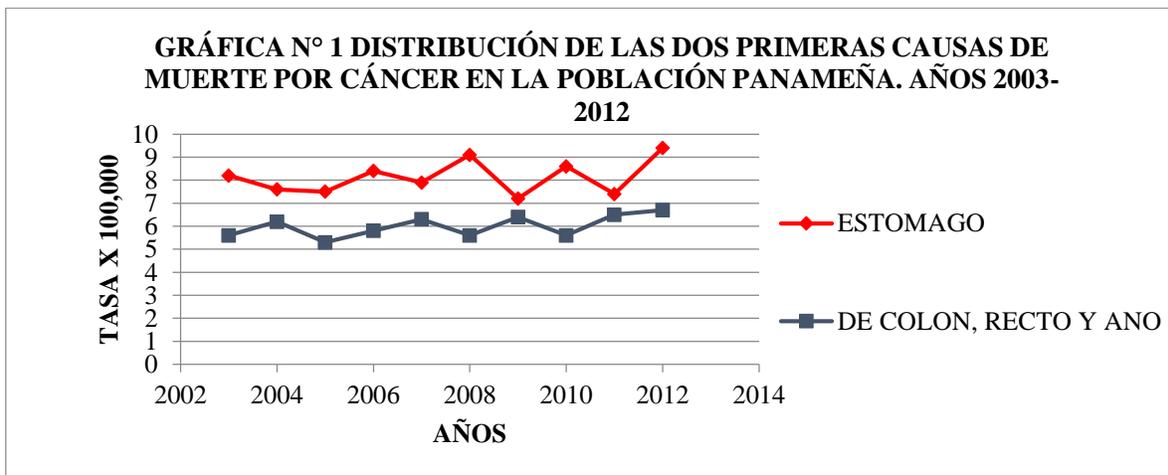
**Cuadro Número 1:** Distribución Mortalidad por cáncer de estómago vs cáncer de colon, recto y ano. Panamá, Rep. De Panamá. Años 2008 al 2012.

Localización del cáncer	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tumor maligno de estómago	8.9	7.2	8.6	7.4	9.4	7.4	7.9	8.8
Tumor maligno del colon, recto y ano	5.5	6.4	5.6	6.5	6.6	6.7	7.7	6.9

**Fuente:** Panamá en Cifras Años 2008 al 2012. Publicado noviembre 2013 y 2016.

En el cuadro Número1 comparamos las Tasas de mortalidad por tumores maligno de dos canceres de los intestinos: los tumores de estómago y tumores malignos de colon recto y ano. Podemos observar el incremento sostenido de mortalidad por tumores malignos de estómago por cada 100.000 habitantes, para el año 2008 con una tasa de 8.9 y para el 2015 8.8 por cada 100.000 habitantes, ocupando la primera posición los tumores malignos de estómago en forma sostenida en un periodo de ocho años.

Sin ser menos importante, más si preocupante, son los tumores malignos de colon, recto y ano que mantuvo un incremento sostenido de mortalidad de 5.5 por 100,000 habitantes incrementando a 7.7 por 100,000 habitantes en el año 2014. Pero si redondeamos la Tasa de mortalidad de 6.9 por 100,000 habitante nos daría una tasa de 7.8 indicándonos incremento sostenido de mortalidad por tumores maligno de colon, recto y ano para el año 2015 lo cual es de considerar como importante.



**Fuente:** Panamá en Cifras Años 2008 al 2012. Publicado noviembre 2013. INEC.

Si observamos la gráfica Número 1 que representa la distribución de las dos primeras causas de muerte por tumores malignos (cánceres) en la población panameña para los años 2003-2012 podemos observar gráficamente en la primera posición como causal de muerte por tumores malignos el de estómago. Ocupando la segunda posición son los tumores malignos de colon, recto y ano también mostrando incremento constante y sostenido.

Es importante observar en la Grafica Número 1, el comportamiento de la mortalidad por tumores malignos de estómago, el cual se ha estado manteniendo en la primera posición en forma constante desde el año 2003 mostrando incremento para el año 2012. Sin embargo, no observamos que el Ministerio de Salud esté divulgando el problema, ni esté cumpliendo con su función de enfatizar en programas de Inspección Sanitaria en los Hospitales, Escuelas, lugares de trabajo, comunidades, unidades residenciales, haciendo obligatorio la importancia de que el Instituto De Acueductos y alcantarillados Nacionales (IDAAN) suministre agua potable a toda la población, a las escuelas y en los lugares de trabajo. El IDAAN no reacciona ante la importancia de la reparación expedita de las tuberías de agua potable, reforzando el control de las aguas servidas vertidas en las calles. Lo peor es observar las aguas servidas entrando, a las tuberías rotas de agua potable en las calles.

Qué decir de las comunidades donde las aguas servidas obstruidas, retornan dentro de las viviendas y se desbordan dentro de los baños, los sanitarios, fregador de platos de las viviendas en muchas comunidades, lo cual es un problema constante, producto de malos diseños de los drenajes de aguas servidas en las comunidades, al usar maquinaria para nivelar el terreno haciéndolo plano, lo cual no les da la oportunidad a las tuberías de drenaje lograr el vaciado por gravedad.

Agregado, el problema del desborde de los tanques sépticos en las periferias de las comunidades afectando el ecosistema. Sin embargo, no observamos al Ministerio de Salud enfatizando en las Agencias de Agua potable el servicio correcto y vigilancia en la salud de la misma para abastecer de agua potable a las comunidades.

No se observa al Ministerio de Salud, las autoridades de los Servicios de Electricidad que mantengan la energía eléctrica estable para evitar que las comunidades se queden sin el abastecimiento de agua potable. Este problema de la falta de electricidad por daños eléctricos en el sistema, *al dejar a las comunidades sin electricidad* implica que los individuos, en las viviendas, las escuelas y el trabajo se quedan sin abasto de agua potable por lo cual no pueden preservar su higiene personal, no se pueden lavar las manos para manipular los alimentos. Los baños en el hogar, las escuelas y el trabajo se transforman en un riesgo para la salud de la población.

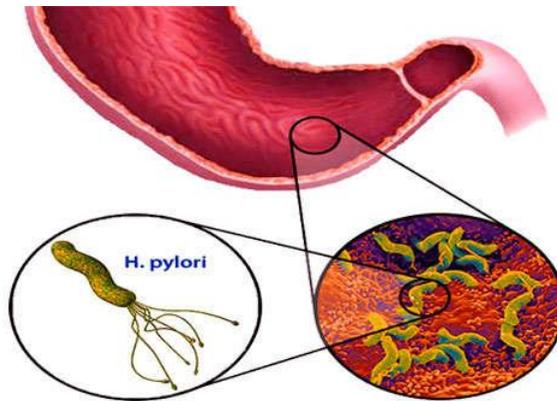
Todo este problema de la falta de la electricidad constante implica que los alimentos se dañan en las neveras, si las personas dentro del hogar no tienen agua potable para su aseo personal, y manipulan los alimentos, los contaminan y se dañan en las refrigeradoras de las casas, en tiendas y los supermercados; este problema implica que la comida fría se descomponga dentro de las neveras, favoreciendo el crecimiento de bacterias.

Otro aspecto a resaltar es que el estado panameño, ha perdido el horizonte con relación a reducir la contaminación ambiental en lo referente al manejo adecuado y controlado de la basura, que está esparcida por todos lados, formando criaderos de ratones, de cucarachas y otros insectos que contaminan los alimentos, los centros de expendios de alimentos y las residencias de los ciudadanos, fenómeno este que se presenta en todas las provincias de la República de Panamá.

El problema de lo expuesto con anterioridad es que la bacteria que produce cáncer de estómago, colon, recto y ano está identificada como la bacteria llamada *Helicobacter pylori*. Esta es “una bacteria que causa gastritis aguda, ulcera péptica y gastritis crónica.

Luego del proceso inflamatorio, produce el adenocarcinoma gástrico y el linfoma en la mucosa gástrica. Luego del proceso inflamatorio se desarrolla la carcinogénesis gástrica” (American Public Health Association y Organización Panamericana de la Salud 2011 pág. 341).

No se ha valorado el trabajo de las oficinas de Instituto Nacional de Estadísticas y Censo que han estado reportando numéricamente los problemas de salud de la población en este caso las causales de muerte por cáncer en la República de Panamá.



Recuperado de: <https://tratamientomania.com/bacteria-helicobacter-pylori-contagio/>

Es importante observar en la Gráfica Número 1 que los tumores malignos de estómago han estado manteniéndose en la primera posición en forma constante desde el año 2003 hasta el año 2012.

Sin embargo, no se ha dado respuesta a los datos estadísticos, reportados anualmente. Las consecuencias de la inoperancia de los servicios públicos en pro de la salud de la población, demuestra simplemente la miopía Estatal, no han podido darse cuenta del ¿por qué los tumores malignos de estómago han estado en forma consistente en la primera posición como causal de muerte de la población panameña?

Lo irónico es que sí, se siguen propagandas foráneas de cáncer de mama y próstata que no representan un problema de salud de la población panameñas. Es decir, estamos engañados por la fantasía y la comercialización de propagandas de la enfermedad no compatibles con los problemas reales de salud pública y enfermedades de la población panameña.

Por lo tanto, al no saber el Estado cuáles son los problema de salud que afectan a la Nación, pese a que la Contraloría en sus oficinas de Estadísticas y Censo Nacionales han estado publicando la información de los problemas de salud (causales de muerte) donde los Ministros de Salud hasta el personal responsable de brindar Educación para la Salud, aun no se han dado cuenta del problema de salud en la República de Panamá, para brindar la información necesaria a la población, y así las personas puedan tomar la decisión de proteger su salud como individuos, familia y miembros de la comunidad.

Podemos observar en el Cuadro N°2 referente a las tres primeras causales de muerte por cáncer en la población panameña en un periodo de 13 años, de datos estadísticos publicados por la Contraloría de la República de Panamá (Años 2003 al 2015). Si observamos, en forma más amplia el fenómeno de mortalidad por *tumores maligno, el de estómago*, ocupa la primera posición. En segundo lugar, podemos observar los *tumores malignos (cáncer) de recto, colon y ano* manteniendo un constante y sostenible incremento a través de los 13 años.

**Cuadro N°2:** Distribución de la Tasa de Mortalidad, por los Tres Primeros Tipos de Tumores Malignos, que Afectan la Población Panameña. República de Panama. Años 2003-2015.

TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER			
AÑOS	ESTÓMAGO	DE COLON, RECTO Y ANO	TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN
2003	8.2	5.6	8.1
2004	7.6	6.2	7.5
2005	7.5	5.3	7.5
2006	8.4	5.8	7.9
2007	7.9	6.3	7.1
2008	9.1	5.6	8.3
2009	7.2	6.4	6.7
2010	8.6	5.6	6.8
2011	7.5	6.5	7.2
2012	8.0	6.7	6.6
2013	7.4	6.8	7.4
2014	7.9	7.7	7.1
2015	8.2	6.9	7.8

**Fuente:** Panamá en Cifras <https://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P7881PanamaCifrasCompleto.pdf>

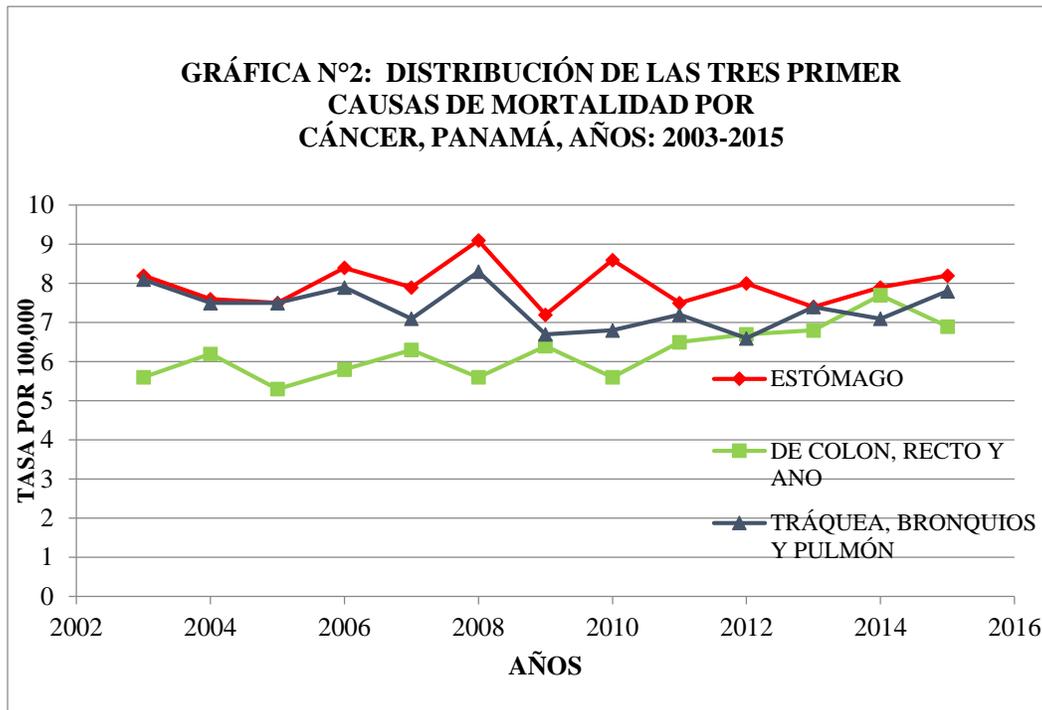
\*Por 100,000 habitantes, en base a la estimación total al 1 de julio del año respectivo.

La tercer lugar, los *tumores malignos (cáncer) de tráquea, bronquio y pulmón*, fenómeno este, que no consideramos que sea por ser la población fumadora, sino probablemente potencializado por monóxido de carbono resultado de la combustión de hidrocarburos por los automóviles, buses de transporte público y camiones con motores diésel mal ajustado, concentrándose los gases tóxicos de la combustión de hidrocarburos, dentro de los hogares, al estar las residencias mal diseñadas, ubicados en dirección de los vientos de norte a sur, donde las carreteras están al norte y los vientos suplan al sur donde están ubicados lo residenciales.

Incluso los centros escolares cercanos a las carreteras de alta densidad de automóviles y transportes públicos en forma masificada, estacionados por mucho tiempo en las carreteras por exceso de automóviles por falta de carreteras, o quizás es consecuencia de la falta de transporte público apropiado, para la densidad de la población, de un país no organizado.

En la **Gráfica N°2** presentamos en forma más amplia como los **tumores malignos de estómago**, se han mantenido en forma consistente en la primera posición como causal de

muerte desde el año 2003 al 2015, es decir a través de los 13 últimos años en la República de Panamá.



**Fuente:** República de Panamá. Contraloría General de la República. INEC. Años 2002-2016

Según publicación de la Contraloría General de la Nación, en segundo lugar, podemos observar *el incremento de la mortalidad por tumores malignos de colon, recto y ano* (INEC. Contraloría General de la República de Panamá. Panamá en Cifras Años 2002-2016). El cual podrá estar relacionado a la poca ingesta de agua potable, ingesta de agua embotellada la cual está sucia por fuera de las manos del vendedor en las calles e ingesta de agua no potable o contaminada con aguas servidas al estar las tuberías madre de agua potable rotas por muchos días, hasta meses sin ser reparadas, que inducen procesos Infecciosos intestinales como vómitos, dolores intestinales y diarreas específicamente con irritación a nivel del colon, recto y del ano. Y qué podemos decir del problema de abastecer agua en carros cisternas, de higiene dudosa y lo peor servir el agua a las familias en tanques sin la debida higiene, en tanques amarillos de pintura, tanques azules de aceite de motor y otros tanques plásticos de dudosa procedencia dada la desesperación de las familias por obtener agua supuestamente potable.

Además, las largas horas que las personas pasan atrapadas en los traques por exceso de carros, la persona se somete inocentemente a comer alimentos y bebidas “chichas” en las calles, en kioscos, fondas y puestos de venta de alimentos en forma clandestina.

Estos alimentos no supervisados por el Ministerio de Salud, probablemente están contaminados con *Helicobacter pylori* por estar mal manipulados por personas que probablemente están infectados con el *Helicobacter Pylori* probablemente no se lavan apropiadamente la manos para preparar alimentos y bebidas, o los alimentos están mal

refrigerados y las personas al no saber de los efectos de ingerir alimentos contaminados se exponen al ingerirlos, lo que les afecta su salud, transformándose con el tiempo, en tumores malignos por exposición al *Helicobacter pylori*.

Las personas, al no estar informadas de las consecuencias de comer los alimentos dañados, sin darse cuenta se están comiendo una bacteria, agente causal de tumores malignos de estómago, otro factor agregado es la escases de áreas higiénicas para que las personas puedan disponer de un servicio sanitario limpio, y para poder lavarse las manos después de salir del sanitario, antes de comer mientras estén fuera de su hogares, sea en la escuelas primarias, secundarias y Universidades, lugares de transporte público, y lugares de trabajo.

**¿Quién es el *Helicobacter Pylori*?** El *Helicobacter pylori* es una bacteria considerada un bacilo gramnegativo con forma espiral y se encuentra en las capas de la mucosa adherida al epitelio del estómago. Se encuentra en la boca, en la ulcera gástrica, en el vómito, y en las heces de hombres que tienen relaciones homosexuales ([American Public Health Association y Organización Panamericana de la Salud 2011](#) pág. 341-342).

El *Helicobacter pylori* es el causal de más del 90% de las ulcera duodenal y más del 80% de la ulcera gástrica. Esta bacteria fue descubierta en 1982, en especies de comida, en alimentos ácidos, en personas que sufrían de estrés y en ese entonces se consideraba que los estilos de vida eran los causales de las úlceras estomacales. Recuperado de: CDC <https://www.cdc.gov/ulcer/files/hpfacts.PDF>

En estudios de población la atrofia gástrica por *Helicobacter pylori* se encontraron más altas en Japón, y más baja en países europeos y en Tailandia. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15810940>

Se les daba a las personas muchos medicamentos, pero no se curaban de la infección. Ahora se sabe, **que la mayoría de las úlceras estomacales son producidas por el *Helicobacter pylori*** se le da como tratamiento a las personas antibióticos que erradican la infección, cura el proceso inflamatorio de la mucosa intestinal y reduce la recurrencia de las úlceras. Recuperado en: <https://www.cdc.gov/ulcer/files/hpfacts.PDF>

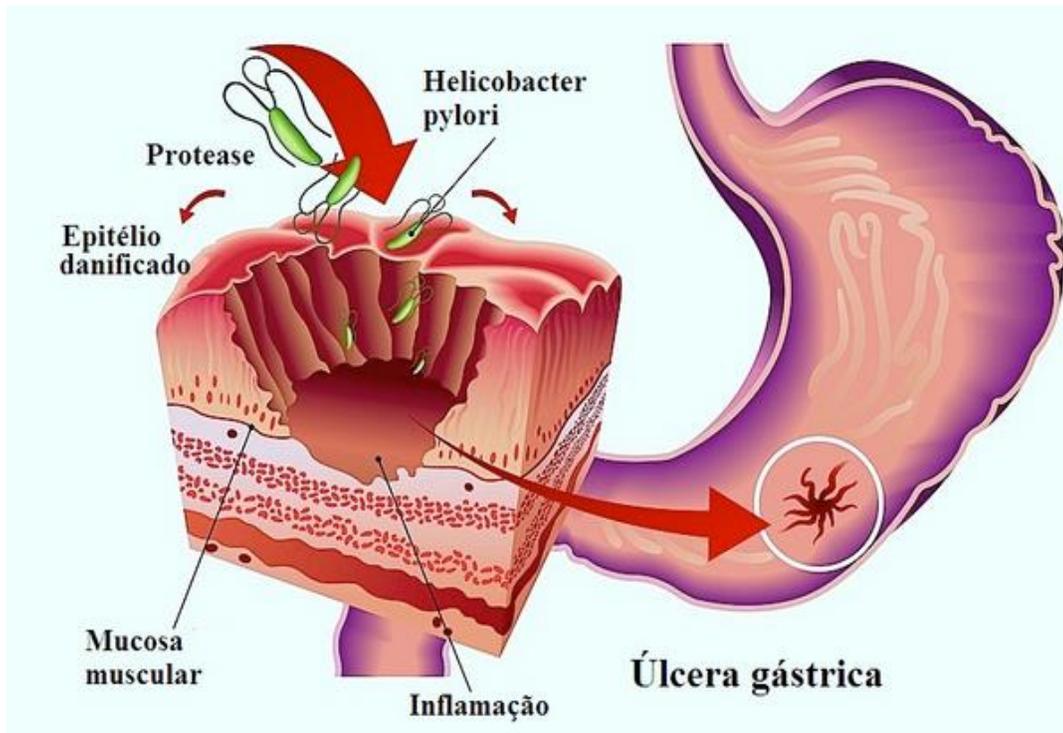
**¿Cómo afecta el estómago y el intestino?** El *Helicobacter Pylori* causa síntomas relacionados con la infección como son: atrofia gástrica en adultos y niños, también causa úlceras gástrica y duodenal. La persona infectada tiene de dos a seis riesgos de desarrollar cáncer gástrico y tipo “lymphoid” de la mucosa – lymphoma.

**¿Cuál es el problema?** En Estados Unidos de América aproximadamente 25 millones de personas sufren de la enfermedad llamada úlcera péptica. Cada año se reportan de 500,000 a 850,000 nuevos casos de Úlcera péptica y más de un millón de personas con Úlcera péptica son hospitalizados.

Bajo perspectiva global los países con menor prevalencias de infección por *Helicobacter pylori* son según muestra de donadores de sangre. Holanda tiene una tasa baja de 31.7%. Los países con mayor prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en su población general: Nigeria en pacientes con dispepsia 93.6 %, Portugal 84.3%; Turquía

82.5%, en África: Moroco pacientes con dispepsia 75.5. En Bután 73.4%, Corea positivo en muestra serológica rutinaria por estado de salud 54.4%. En América: México en muestra serología de mujeres embarazadas 52.2%. Leonardo, H.E., Zagari, R.M y Bozzoli, F. (2014)

El diagnóstico se realiza con endoscopia, biopsia de espécimen del estómago y del duodeno donde se puede encontrar positivo por *Helicobacter pylori*, al hacer un examen histológico para identificar la bacteria *Helicobacter Pylori*.



Recuperado de: <https://esquadraodoconhecimento.wordpress.com/2015/01/15/helicobacter-pylori-a-bacteria-das-ulceras-do-estomago/>

**¿Cómo se adquiere la infección por el *Helicobacter pylori*?** Generalmente se adquiere la infección durante la infancia (Heymann, Davis L. 2001, pag.224-307) supuestamente vía ingestión de la bacteria. Se puede transmitir por medio de la saliva, vómito, diarrea, y heces, agua contaminada con heces y entre los hombres que practican el homosexualismo con personas infectadas con el *Helicobacter pylori*.

Sin embargo, existe otra fuente importante donde se ha encontrado la bacteria *Helicobacter pylori*. En estudio realizado en el Japón por Kimura K., en el año (2000) se encontró una alta prevalencia de infección ocasionada por el *Helicobacter pylori*. La fuente estaba relacionada con factores ambientales, que incluían dieta alta en sal.

La transmisión de la infección es por la ingestión de la bacteria. Se piensa que su transmisión es de tipo oral-fecal, fecal-oral o por ambos mecanismos. El *Helicobacter pylori* se manifiesta como enfermedad entre los 5 a 10 días después de ingerida la bacteria (Heymann, D. L. 2011 pág. 342).

**¿Cuáles son los síntomas de una infección con el *Helicobacter pylori*?** La mayoría de las personas se quejan de dolor en el epigastrio. Este dolor ocurre generalmente cuando el estómago está vacío en horas de la mañana, y en otros momentos. El dolor dura minutos como también puede durar horas. Algunas veces produce náusea, vómitos y pérdida del apetito. Los síntomas son dolor cuando el estómago está vacío, va produciendo dolor por el proceso inflamatorio produciendo con el tiempo la carcinogénesis gástrica. El sangramiento del estómago puede causar anemia, debilidad y fatiga. Puede ocurrir hematemesis, y melena (evacuaciones negras por sangre digerida). Heymann, D. L. pág. 341. 2011).

Resumidamente los síntomas por la infección con el *Helicobacter pylori* son: náusea y vómitos, falta de apetito, eructos excesivos, sensación de estómago lleno, dolor abdominal (en caso de que la infección provoque una úlcera), pérdida de peso inexplicable. Recuperado de: <http://statics.cuidateplus.com/sites/default/files/helicobacter-pylori.jpg>

**¿Cuáles el Tratamiento para erradicar el *Helicobacter Pylori*?** La terapia consiste en 10 días a dos semanas bajo tratamiento de amoxicilina, Tetraciclina (no usar en niños menores de 12 años), metronidazol y otros antibióticos que deben ser tomados las dosis completas bajo indicación y supervisión médica. Una de las razones por las cuales el tratamiento no funciona es porque no se tomó el paciente los medicamentos en forma ordenada o por resistencia al medicamento.

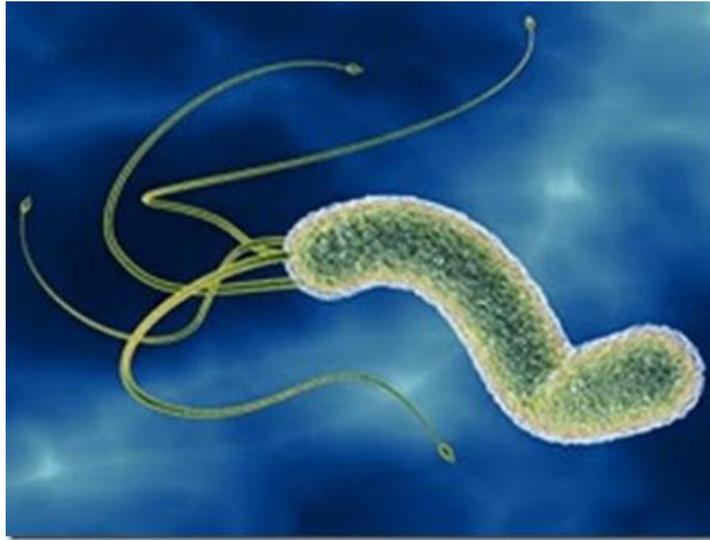
**¿Cómo prevenir la infección con la bacteria *Helicobacter Pylori*?** La clave para la prevención de la infección con la bacteria *Helicobacter Pylori* radica en reconocer el derecho de las personas a la higiene ambiental. El derecho al agua potable, al acceso a los alimentos no contaminados, la educación, el trabajo que les brindará la oportunidad de desarrollar sus familias, en estado de salud, como derecho de todos en el ecosistema.

En este proceso se necesita la participación de todos específicamente de la población adulta, a través de ellos se comparte información de la importancia de la conservación del medio ambiente, para preservar la salud de las familias y de su comunidad.

Este reconocimiento del medio ambiente estimulará a la población, el interés por conservarlo al comprender que la clave de la salud, es la conservación del medio ambiente. Es decir, el secreto está en la Promoción y la “*educación para la salud de la población*” integrando a todos, los ciudadanos que conforman una comunidad.

Comprendidos los principios y las metas de la Salud, toda la comunidad participará en la educación de niños, jóvenes y adultos considerándose como un todo, la “participación comunitaria” es decir, de la población en riesgo que ha comprendido el problema de salud, como prevenirlo, cómo transmitir la información con carácter intergeneracional y como un todo mejorar, conservar y preservar la salud de su comunidad.

**¿Cómo es el *Helicobacter Pylori*?** Es una bacteria que produce fuertes dolores de estómago, vómitos y diarrea, inflamación de la mucosa gástrica



CDC \_Imagen de la Bacteria Helicobacter Pylori

<http://blogstatic.hola.com/farmaciameritxell/files/2012/04/HELICOBACTER-PYLORI.jpg>

El *Helicobacter pylori*, penetra la pared del estómago produciendo un proceso inflamatorio doloroso llamado ulcera estomacal, que luego se transforma en un lymphoma o cáncer de estómago. La forma de prevenir la infección es saber cómo uno, se puede infectar. Actualmente se sabe que hay personas asintomáticas infectadas que pueden transmitir *Helicobacter pylori*, al ser completamente asintomáticas.

La bacteria se transmite de persona a persona vía oral-oral, vía fecal oral. La contaminación ambiental juega un papel importante dado a que existen reservorios en el ambiente como es en las fuentes de agua contaminada con heces fecales de personas infectadas. Estas personas infectadas, pueden transmitir la infección al compartir vasos y utensilios de comer sin lavarlos.

La saliva de las personas infectadas con el *Helicobacter pylori* puede contaminar los alimentos que se comen crudos, bebidas. Jugos, compartir mordidas de frutas con otra persona, vía la saliva de la persona infectada, que trabaje como manipulador de alimentos. Se han reportado casos de personas que han sido infectadas con endoscopios mal lavados.

La bacteria se puede detectar en exámenes de la sangre y en las heces de las personas infectadas. Los miembros de la familia pueden ser infectados si alguna persona de la vivienda está infectada. La vía de infección en casa puede ser por medio de los vómitos, diarreas, estar expuesto con personas enfermas de gastroenteritis y estar infectado con el *Helicobacter pylori*. Persona en contacto con otra persona infectada con *Helicobacter Pylori* se puede infectar con vómitos, produciendo nueva infección en la residencia. El tipo de diarrea es líquida. Los vómitos pueden durar 14 días. La enfermedad también puede desarrollarse solo con vómitos o sólo con diarrea o con ambas.

***¿Qué pueden hacer las personas para evitar ser infectado con el Helicobacter pylori?*** Dado que el origen de esta bacteria no es claramente conocido, las recomendaciones para evitar ser infectados aun no existen.

Lo más recomendado es que la personas laven bien sus manos, comer comidas que han sido preparadas en forma adecuada y tomar agua potable de fuente seguras, la cual ha de ser de una fuente limpia. Lo mejor es hervir el agua antes de tomarla, comer alimentos calientes, no comer en la calle en lugares de mala higiene.

***¿Cómo prevenir la infección con el Helicobacter Pylori?*** El Helicobacter Pylori infecta al menos a un 50% de la población mundial (Perry, S. 2006). CDC en acuerdo con agencias educativas, instó a las agencias del gobierno de los EU a conducir un programa para informar a los proveedores de cuidados de salud y a los consumidores la conexión existente entre el Helicobacter pylori y la úlcera estomacal y duodenal.

Para comprender la magnitud del problema y las fallas del sistema de salud, es fundamental que conozcamos el significado del concepto "**Salud Pública**". Este concepto fue originalmente creado por Winslow en 1920. **Charles Edward Amory Winslow**, Bacteriólogo de profesión, que jugó un gran rol importante en el desarrollo de los programas de la Salud Pública. Su contribución se basó en crear las bases filosóficas de la Salud Pública para brindar servicios locales de salud y así crea la definición la Salud Publica como:

**Winslow define la Salud Pública así:**

***"Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover las salud física, la salud mental y el bienestar a través del esfuerzo organizado de la comunidad, para lograr el Saneamiento ambiental, control de las enfermedades infecciosas, la organización de los servicios Médicos y servicios de Enfermería para el diagnóstico temprano, la prevención de la enfermedad, la educación del individuo en lo relativo a la salud personal, y el desarrollo de mecanismos sociales para asegurar a todas las personas estándares de vida adecuada para el mantenimiento, mejoras de la salud y lograr la longevidad en salud"***

Según UNICEF 884 millones de personas no usan fuentes de agua potable para tomar agua. <https://www.unicef.org/eapro/JMP-2010Final.pdf>

En Panamá existen otros factores importante de considerar, que la personas que no tiene agua potable para preparar sus alimentos en casa en las mañanas y optan tener que salir en horas tempranas de la madrugada para dirigirse a su escuela, centros laborales o a realizar diligencias y formar largas filas para ingerir alimentos contaminados con bacterias probablemente con Helicobacter Pylori, en restaurantes, cafeterías, fondas ubicadas en las aceras cercanas a drenajes de alcantarillas, donde hay ciudades de ratones y ratas que salen a buscar alimentos en horas de la noche, donde precisamente las personas van a ingerir su desayuno con cubiertos de dudoso aseo, sin ser lavados con agua caliente, incluyendo la tasa de tomar café exponiéndose a problemas estomacales.

Los organismos internacionales que velan por la salud de la población mundial como son la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, monitorean los progresos realizados hacia la consecución de metas acordadas entre los países del mundo y evalúan la calidad del agua que consume la población mundial.

El Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) define el agua potable y el saneamiento básico de la siguiente manera: “El agua potable es el agua utilizada para los fines domésticos y la higiene personal, así como para beber y cocinar. Uno tiene acceso al agua potable, si la fuente de la misma se encuentra a menos de 1 kilómetro de distancia del lugar de utilización y si se puede obtener de manera fiable al menos 20 litros diarios para cada miembro de la familia” -**World Health Organization and UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, Progress on Drinking water and Sanitation Report. 2008.**

Nos preguntamos, luego de observar en el Cuadro N°2 referente a las tres primeras causales de muerte por cáncer en la población panameña en un periodo de 13 años, de datos publicados por la Contraloría de la República de Panamá (Años 2003 al 2015) donde el fenómeno de mortalidad por tumores malignos, el de estómago, ocupa la primera posición.

La pregunta es ¿Si todos los proveedores de alimentos en fondas tienen registros y carnet de manipuladores de alimentos?

La otra modalidad observada son vendedores de alimentos a tempranas horas de la mañana en motocicletas. Nuestra pregunta es:

¿De dónde vienen con estos alimentos?

¿Dónde prepararon esos alimentos?

¿Las cocinas donde preparan esos alimentos están bajo supervisión del Ministerio de Salud cumpliendo con las Normas Sanitarias de Manipulación de Alimentos?

Observamos a estos vendedores de desayunos vendiendo alimentos a niños fuera de las escuelas y la pregunta es: ¿Quién regula a estos vendedores clandestinos, sin cocina base para preparar esos alimentos? Podríamos resumir que tenemos nuestra futura generación en riesgo de padecer cáncer en el tracto intestinal.

El mismo fenómeno se observa en las periferias de los Hospitales, Centros de Salud y Edificios de Instituciones del Estado donde el personal, no importa cuál es su preparación académica ya está acostumbrado a poner su vida en riesgo comiendo en áreas completamente insalubres.

Qué decir, de las aguas servidas con materia fecal en las calles (áreas Peatonal desde Calidonia hasta Santa Ana), en las Avenidas en que se observa a las seis de la mañana esta transformada en una laguna de agua de sanitario saliendo por las tuberías de drenaje séptico, en plena ciudad y en las periferias de la Universidad de Panamá. Es decir, nuestra población de estudiantes, está expuesta al *Helicobacter Pylori*, principal agente causal del cáncer de estómago el cual se encuentra en las heces del animal infectado incluyendo las heces de los humanos.

Qué decir de la venta de alimentos en las ferias libres sin refrigeración, organizado por el Ministerio de Desarrollo Agropecuario: sin agua para la higiene de los manipuladores de alimentos que pasa todo el día sin lavarse las manos, vendiendo productos alimenticios que son llevados a la cocina y fregador de las casas de las familias.

Consideramos que este personal de vendedores, no está capacitado para realizar dichas funciones de venta de alimentos en mala condición de higiene, mala seguridad para el usuario que es el consumidor de dichos alimentos presentados en el sol, haciendo a las personas hacer largas filas en el sol, que es traducido a “*maltrato de seres humanos*” ante su necesidad básica de alimentación y da la mala imagen indicando el poco valor y respeto hacia los seres humanos, indignante humillación a las personas necesitadas que vienen a pagar por sus alimentos.

Qué decir de los vendedores de otro tipo de alimentos, como las sodas, agua, pizza, frutas, galletas, dulces en los semáforos de las calles, las personas compran estos alimentos y lo meten a su boca sin saber que están contaminados con bacterias carcinogénicas.

¿Nos preguntamos dónde están los Personajes de Salud Pública? Que deben velar por la salud de todos los nacionales.

¿Dónde está el carnet de manipulador de alimentos de estos vendedores clandestinos, que los acredite libre de enfermedades ¿Infecciosas?

¿Dónde está el agua para el lavado de manos después de manipular dinero o ir a orinar en un árbol?

¿Dónde están las autoridades de Salud Pública? simplemente no saben cuáles son sus funciones, para el cargo que ocupan o simplemente es mejor esperar a que la población se enferme, para crear así la necesidad de nuevos Hospitales.

¿Qué decir de las áreas rurales, tanto en el área de la ciudad de Panamá, Capital de Panamá?

Como en las afueras del área metropolitana de la Provincia de Panamá, en pleno Siglo XXI los individuos, familias y comunidades no cuentan con agua potable las 24 horas y la misma feria de agua distribuida por el IDAAN con los famosos carros cisternas donde el agua que se reparte a las familias no es potable desde el momento que el agua sale de una pluma y es depositado en un carro cisterna ya dejó de ser agua potable. Esto es representativo de un negociado jugando con la salud de la población.

El procedimiento de servir el agua presumiblemente potable, servido por funcionarios del estado en los famosos tanques cisternas y dicha agua es recibida por las personas en tanques en muy malas condiciones y por necesidad las personas en condiciones de deterioro económico, reciben con gran ansiedad dicha aguas, donde no tienen el agua para lavar el tanque antes de que llegue el carro cisterna, se sabe ¿dónde ubican dicho tanque en la casa?, que, en su mayoría son tanque de cinco galones de pintura (sumamente toxico y/o tanques azules de aceite de motor de botes como se puede observar en las comunidades cuya actividad

económica está centrada en el mar), lo cual usan dichos tanques sumamente tóxicos, envenenando así el agua de tomar.

¿Qué lavado les da las personas a dichos tanques para recoger en ella el agua del tanque cisterna, si no tienen agua en su casa? Nos preguntamos, ¿qué es más barato? ¿Poner las tuberías de agua que no sean tóxicas, es decir que no sean tuberías de asbesto, ni de PVC, sino de acero para que no se enferme la población y dure más tiempo la tubería de agua sin romperse para que las personas, reciban con dignidad dentro de su casa, su cocina, su baño, sus sanitarios el agua que necesitan para su diario vivir?

O ¿hacernos los importantes trabajando en hospitales monumentales de alto costo con la excusa de que el Cáncer es la primera causa de Muerte en la República de Panamá, con una Tasa de anual de mortalidad de 72.5 por cada 100,00 habitantes para el año 2008 y que incremento a 77.3 por cada 100,000 habitantes en el año 2012, Contraloría de la República de Panamá, INEC (Años 2003 al 2012).

Estos datos estadísticos hacen sentir a algunos, que estamos bien, porque no comprenden su fracaso en el arte y la ciencia de la preservar la Salud de la Población, que es la verdadera Salud Pública y ocupan cargos sin saber cuál su función, sin tener el conocimiento de cuál es su Misión en semejante cargo, que realmente le es y ha sido rentable en cifras para realizar gastos astronómicos que saben muy bien que no va a resolver el problema del cáncer en la República de Panamá, ni a las personas afectadas, pero si se podrá hacer negociados de construcciones, compra de insumos, materiales quirúrgicos, y medicamentos costosos basados en la necesidad por el número de enfermos sin comprender que la salud es un valor agregado al cual tiene derecho todos los ciudadanos.

Decidamos ser humanos pensantes, la [Constitución de la República de Panamá](#) en su artículo 109 Versa:

“Artículo 109- Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.”

Sin nuestros derechos y responsabilidades son la: Salud y Seguridad de la población. Tenemos Leyes referente a la protección del aire, el agua y del suelo de los nuevos productos bio- químicos existentes, controlar la entrada en el país de químicos tóxicos y medicamentos que afectan la salud, al igual que el control de personas con enfermedades transmisibles que entren a nuestro país, cosa no permitida, en muchos países del mundo.

La pregunta es: ¿Qué está pasando con las autoridades de salud de la República de Panamá? y ¿hasta dónde están esclarecidas las funciones de Salud Pública de Enfermería como Profesión responsable de la Educación para la Salud y Protección específica? Cuando más del 50% de las enfermeras de Panama están centradas en los cuidados de la Enfermedad mas no, “en la promoción, protección, conservación de la Salud de la Población”, entonces colegas estamos perdiendo el horizonte de nuestra responsabilidad con la población. No

podemos ni debemos patrocinar el mercantilismo de la enfermedad, via las especialidades de cuidados.

Hemos sido incapaces de cumplir con preservarla con higiene y hacer cumplir misión para preservar el rico ecosistema, que estamos destruyendo progresivamente con el concepto errado de “desarrollo”. Esto es ilógico, dado que el desarrollo no implica la destrucción del ecosistema.

Más bien el Desarrollo implica conservar el ecosistema, más lo que estamos observando los miopes, es la abominable acción sobre nuestro ecosistema, la depravación hacia nuestros conciudadanos y lo peor es observar la deformidad extrema centrada en “ilusiones mágicas deformadas”, dirigidas a la población cautiva, en la miseria galopante invisible por nuestros conciudadanos, que perciben lo que sufren como, “normal”.

Hemos perdido ecosistemas saludables, hábitos y costumbres ideales transmitidos por previas generaciones para así, preservar y mantener la salud, la calidad de vida de todos los ciudadanos que conforman la Nación Panameña, al punto que aun, no se comprende en Panamá que, la pérdida de la vida por contaminación ambiental y la depravación (maldad) de la calidad del agua, el aire y el suelo realmente, no tiene distinción en clase sociales.

Procuremos ser pensantes, practiquemos la virtud de pensar en el prójimo, con el objetivo Central de Salud Pública que Es: “la Búsqueda del bien común”, tengamos reacciones honestas y dirijamos con templanza la salud de la población.

Estudiemos la Salud Pública a través de la lógica, su metafísica, su razón de ser, su existencia, la causalidad para poder comprender nuestra realidad nacional y centrarnos en la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, dirigida a promover, preservar y mantener la salud de la población panameña que es nuestra primera responsabilidad como Enfermeras cuya primera función es Promover salud es decir "enseñar salud, como preservarla y mantenerla".

Debemos pensar en la calidad ambiental necesaria para búsqueda del nacimiento de una nueva generación en estado de Salud es decir sana, capaz de comprender para poder aprender, desarrollarse como un ser productivo para su familia y su nación, mas no centrarnos en la enfermedad y sus “estrategias gimnásticas” para tratar de resolver un problema que ha iniciado y cuesta resolver y reorientar a la población hacia la búsqueda del desarrollo de nuevos hábitos. Estos datos estadísticos hacen sentir a algunos, **que estamos bien**, porque **no comprenden de su fracaso en el arte y la ciencia de la preservar la Salud de la Población, que es la verdadera Salud Pública** y ocupan cargos sin saber cuál su función, sin tener el conocimiento de cuál es su Misión en semejante cargo, que realmente le es y ha sido rentable en cifras para realizar gastos astronómicos que saben muy bien que no va a resolver el problema del cáncer en la República de Panamá, ni a las personas afectadas, pero si se podrá hacer negociados de construcciones, compra de insumos, materiales quirúrgicos, y medicamentos costosos.

Decidamos, buscar la Constitución, que nos da los derechos y deberes ciudadanos, los cuales se deben cumplir, educar a la población en higiene y seguridad, aplicar los reglamentos

Sanitarios existentes, son los mejores de las Américas, y actualizar las Leyes referente a la protección del aire, el agua y del suelo con los nuevos productos bio- químicos existentes, controlar la entrada en el país de químicos tóxicos y medicamentos que afectan la salud, al igual que el control de personas con enfermedades transmisibles que entren a nuestro país, cosa no permitida, en muchos países del mundo.

En conclusión. tenemos un problema de salud pública, el crecimiento sostenido de la mortalidad por tumores malignos de estómago, también es conocido los problemas de saneamiento básico que son factores de riesgo para dicha enfermedad, solo falta la voluntad de hacer las cosas bien, para mejorar la salud de la población panameña, más que crear nuevas políticas, es cumplir con las normas sanitarias existentes, mejorar la accesibilidad y equidad que tanto se predica y no se cumple.

#### Referencias

**Arias, Solange. (2014).** *Agua potable, un derecho que aún no llega a todos por igual.* Recuperado de: <http://laestrella.com.pa/vida-de-hoy/planeta/agua-potable-derecho-llega-todos-igual/23445499>

**Base de datos de Incidencia y Mortalidad por Cáncer en Panamá. 2000-2013.** Panamá: Departamento de Investigación y Evaluación de Tecnología Sanitaria, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. 2015. Recuperado de: <http://www.gorgas.gob.pa/SIGCANCER/Datos.htm>

**CDC. Helicobacter Pylori. (1998).** Fact Sheet for Health Care Providers. Center of Disease Control. Ded.gov. Atlanta, USA. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/ulcer/files/hpfacts.PDF>

**CDC Imágenes relacionadas con el Helicobacter Pylori.** Recuperado de: <http://blog-static.hola.com/farmaciameritxell/files/2012/04/HELICOBACTER-PYLORI.jpg>

**Constitución de la República de Panamá (2004).** artículo 109. Recuperado de: [http://aceproject.org/ero-en/regions/americas/PA/constitucion/Panama%20%282004%29.pdf/at\\_download/file](http://aceproject.org/ero-en/regions/americas/PA/constitucion/Panama%20%282004%29.pdf/at_download/file)

**Contraloría General de la República de Panamá.** INEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Publicaciones de Panamá en Cifras Años 2008 al 20012.

**Contraloría General de la República de Panamá.** INEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Publicaciones de Panamá en Cifras Años 2011 al 2015. Recuperado de: <https://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P7881PanamaCifrasCompleto.pdf>

**Contraloría General de la República de Panamá.** INEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Publicaciones de Panamá en Cifras noviembre Años 2013 y 2016

**Contraloría General de la República de Panamá.** INEC. (Años del 2002-2016). Panama en Cifras. República de Panamá.

**Cordero, Alejandro (2002).** *UNA NACIÓN DIVIDIDA POR ALGO MÁS QUE UN CANAL: LOS DOS PANAMÁ.* Recuperado de: [https://www.unicef.org/panama/spanish/LOS\\_DOS\\_PANAMA.pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/LOS_DOS_PANAMA.pdf)

**Heymann, David L., American Public Health Association y Organización Panamericana de la Salud (2011).** *El Control de las Enfermedades Transmisibles.* Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. 19ava. Edición. Pub. Científica Técnico. Número 635. Página 341.

**Heymann, David, (2011).** *El Control de las Enfermedades Transmisibles. Gastritis Causada Por Helicobacter Pylori. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública.* Washington, DC: OPS, © 2001. (Publicación Científica y Técnica No. 581 pág. 224-307). Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf>

**Ibáñez M., C. (2012).** *¿Qué es la Salud Pública?* Recuperado de: [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2008/04/12/88937](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/04/12/88937)

**ICGES. Gráficos de los principales tumores malignos de Panamá. (200-2011).** Recuperado de: <http://www.gorgas.gob.pa/SIGCANCER/documentos/JOINPOINT.pdf>

**Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). (Años 2002-2016).** *Contraloría General de la República de Panamá.* Panamá en Cifras.

**Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.** Sistema de información Geográfico de Incidencia y Mortalidad por Cáncer. Panamá. 2000-2013. Panamá: Departamento de Investigación y Evaluación de Tecnología Sanitaria. (2000-2013). actualizado 2015 Jun 20. Recuperado de: <http://www.gorgas.gob.pa/SIGCANCER/Inicio.htm>

**Jekel, J.F. (1991).** Health Departments in the U.S.1920.1998: Statements of Mission with Special Reference to the Role of C.-E.A. Winslow. *The Yale Journal of Biology and Medicine.* 64 (1991), Pag. 467-479.

**Kimura K1. (2000).** Gastritis and Gastric Cancer. Asia. Gastroenterol Clin North Am. Sep. 29(3):609-21. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11030076>

**Leonardo, H.E., Zagari, R.M y Bozzoli, F. (2014).** REVIEW ARTICLE. Epidemiology of Helicobacter Pylori Infection. John Wiley & Sons Ltd, Helicobacter 19 (Suppl. 1): 1-5. Recuperado de: <http://www.helicobacter.org/content/publications/2014/HeLYiH2014.pdf>

**Liu Y1, Ponsioen CI, Xiao SD, Tytgat GN, Ten Kate FJ. (2005.)** Geographic pathology of Helicobacter pylori gastritis. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15810940>

**Ministerio de Economía y Finanzas.** Atlas Social de Panamá. Desigualdades en el acceso y uso del agua potable en Panamá. Recuperado de: <http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/03%20-%20Desigualdades%20en%20el%20acceso%20y%20uso%20del%20agua%20potable.pdf>

**Ministerio de Salud.** Dirección de Planificación Registro Nacional del Cáncer. Recuperado de: <http://190.34.154.93/rncp/?q=node/10>.

**Perry, S., S., Sánchez, M., Yang S. y otros. (2006).** Gastroenteritis and Transmisión of Helicobacter pylori infection in Households. Emerging Infectious Diseases. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372328/>

**Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) define el agua potable L., American Public Health Association y Organización Panamericana de la Salud (2011).** El Control de las Enfermedades Transmisibles. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. 19ava. Edición. Pub. Científica Técnico. Número 635. Página 341-342.

**Terris, Milton. (1992).** *Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas: en La crisis de la Salud Pública.* Publicación Científica No. 540, OPS, Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml#ixzz4r6JHYInU>

**Proyecto de Agua y Saneamiento en Panamá (PASAP).** Ministerio de Salud de la República de Panamá. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pa/proyecto/proyecto-de-agua-y-saneamiento-en-panama-pasap>

**VISELTEAR, A. J. (1982).** "C.-E.A. Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925" *The Yale Journal of Biology and Medicine* 55 (1982), 137-151. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596005/pdf/yjbm00109-0062.pdf>

**WHO/UNICEF. (2008)** PROGRESS ON DRINKING-WATER AND SANITATION: JOINT MONITORING PROGRAMMED - SPECIAL FOCUS ON SANITATION. RECUPERADO DE: [HTTP://WWW.WHO.INT/WATER\\_SANITATION\\_HEALTH/MONITORING/JMP2008/EN/](HTTP://WWW.WHO.INT/WATER_SANITATION_HEALTH/MONITORING/JMP2008/EN/) Wikipedia. <https://definicion.de/higiene-ambiental/>

**Winslow, C. E.A.: *The Untilled fields of Public Health*. Science 51 (enero 9):23.33, 1920.** <http://science.sciencemag.org/content/51/1306/23>

**World Health Organization and UNICEF (2010)** *Progress on Sanitation and Drinking Water 2010 Update*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/eapro/JMP-2010Final.pdf>

**World Health Organization and UNICEF Report. (2008).** *Joint Monitoring Programmed for Water Supply and Sanitation, Progress on Drinking water and Sanitation Report. 2008.* Recuperado de: <https://www.unicef.org/eapro/JMP-2010Final.pdf>

**Wotherspoon, A. C. MB; C. Ortiz Hidalgo, MD; M.R. Falzon, MRCPATH; Prof. P.G. Isaacson FRCPATH; (1991).** Helicobacter Pylori-Associated Gastritis and Primary B-Cell Gastric Lymphoma. *The Lancet*. Volume 338, Issue 8776, 9 November 1991, Pages 1175-1176. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369192035Z>

Recibido: 28 de Abril 2017

Aprobado: 13 de Octubre 2017

## **Administrando al Factor Humano: Ausentismo de Enfermería en Unidad de Medicina Familiar**

**Por**

**Dra. Danelia Gómez Torres.** Bolivia #4, Residencial Américas II, Metepec, Estado de México, México. Dra. en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca; México. Telf. 00527222706563. Email: [gomezdanelia@usa.net](mailto:gomezdanelia@usa.net)

**Elizabeth Bernardino.** Dra. en Enfermería. Profesora de Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Paraná, Curitiba; Brasil. E mail: [elizaber@ufpr.br](mailto:elizaber@ufpr.br)

**María Sandra Dávila Villada.** Mtra. en Administración de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca; México. E mail: [ww.sandavi@hotmail.com](mailto:ww.sandavi@hotmail.com)

### **Resumen**

El ausentismo laboral del personal de enfermería, es un problema que enfrentan muchas unidades de salud, ya que impide brindar atención con calidad y eficiencia en las unidades de medicina familiar. El objetivo de este estudio fue realizar un diagnóstico acerca de los factores que provocan el ausentismo, mostrar cuatro modelos que permitan entender este fenómeno en su contexto, y fundamentarla actuación de quienes administran el departamento de enfermería. Para evaluar el tema en estudio, se analizó la plantilla de personal la cual indicaba el nivel de ausentismo que prevalecía en la unidad; los resultados obtenidos reflejan como principal causa no previsible, el ambiente laboral adverso, relacionando éste con problemas familiares y enfermedad, haciendo evidente la importancia de analizar sistemáticamente este fenómeno, con el fin de obtener información oportuna que favorezca llevar a cabo medidas orientadas a controlar las diferentes variables asociadas, favoreciendo así la eficiencia administrativa.

Se concluye que se hace necesario examinar las necesidades y satisfactores del personal, para conocer sus opiniones, puntos de vista y perspectivas sobre este problema, y con ello identificar las percepciones de las enfermeras, sobre las causas del ausentismo injustificado, sobre todo en grupos o turnos donde se incrementa el fenómeno.

**Palabras clave:** Absentismo Laboral, Personal de Enfermería, Ausencia por Enfermedad, Ambiente de Trabajo.

## **Administrating the Human Factor: Nursing Absenteeism in Family Medicine Unit**

### **Abstract**

The absence of nurses at their work is an impacting problem that confronts many health units, such a problem impedes bringing to attention with clarity and efficiency in a family medical unit, the fundamental purpose for inquiring this theme, exploring the factors that influence absence, showing four explicative models that allow us to understand this phenomenon in their context, in such a manner that the administrator of the nurse's department has their basis. To dimension the situation, the predominate circumstances of the theme in study are explored through the analysis of the staff showing the level of absence that prevails in the unit, in relation with the obtained data, this reflects as the principal cause

of unpredictable absence, the adverse labor environment, relating itself with family problems and illness. Marking clear the importance of the analysis is evident, periodic and systematic of the behavior of the absence to have opportunistic information that favorite's the instrumentation of methods oriented to control the different associated variables favoring the efficiency of administration.

We see that to continue asking about the necessities and satisfaction of personnel to know the opinions, points of view and perspective of the problem in order to identify the perceptions of the nurses, about the causes of in justified absence, over the entire group and work shifts where this phenomenon has increased.

**Key words:** Absenteeism, Nursing Staff, Sick Leave, Working Environment.

## **Gerenciando o Fator Humano: Absentéismo de Enfermagem na Unidade de Medicina Familiar**

### **Resumo:**

O absentéismo da equipe de enfermagem é um problema enfrentado por muitas unidades de saúde, pois evita fornecer cuidados de qualidade e eficientes em unidades de medicina familiar. O objetivo deste estudo é fazer um diagnóstico sobre os fatores que causam o absentéismo, mostrar quatro modelos que permitem compreender esse fenômeno em seu contexto e basear as ações daqueles que administram o departamento de enfermagem.

Para avaliar o assunto em estudo, analisou-se o pessoal, que indicou o nível de absentéismo que prevaleceu na unidade; os resultados obtidos refletem o ambiente de trabalho adverso como a principal causa não previsível, relacionando-os aos problemas e doenças familiares, evidenciando a importância de analisar sistematicamente esse fenômeno, a fim de obter informações oportunas que favoreçam a realização de medidas destinadas a controlar a variáveis associadas diferentes, favorecendo assim a eficiência administrativa.

Conclui-se que é necessário examinar as necessidades e satisfações da equipe, conhecer suas opiniões, pontos de vista e perspectivas sobre esse problema, e com isso identificar as percepções dos enfermeiros sobre as causas do absentéismo injustificado, especialmente em grupos ou horários de trabalho onde o fenômeno aumenta.

**Palavras Chaves:** Absentéismo, Recursos Humanos de Enfermagem, Licença Médica, Ambiente de Trabalho.

### **Introducción**

En la unidad de medicina familiar se presenta el fenómeno de ausentismo en el personal de enfermería, lo cual afecta a las actividades de las unidades de salud, convirtiéndose en un problema que enfrentan hoy un gran número de estas instituciones, esencialmente aquellas áreas que administran un determinado grupo de trabajadores, como las jefaturas de departamentos de enfermería, ya que dicho fenómeno repercute e unidades sean pequeñas, medianas o grandes. Lo anterior fue fundamental para desarrollar esta

temática, al explorar los factores que influyen en el ausentismo laboral del personal de enfermería.

Dentro de la estructura administrativa estas jefaturas son responsables de la planeación, dirección, control y evaluación del personal de enfermería, derivada de la misión y visión institucional, promoviendo el desarrollo del personal, su capacitación y sus proyectos de investigación, para proporcionar a la población usuaria atención con calidad y calidez en los procesos salud-enfermedad, tendientes a disminuir los daños que pongan en riesgo la salud de los pacientes, a través de los servicios que conforman los tres niveles de atención.

Para contextualizar la temática, se teoriza la terminología, definiendo al ausentismo laboral como aquella conducta de incumplimiento, por parte del empleado, de sus obligaciones laborales, que se caracteriza por el abandono o la ausencia de su puesto de trabajo por causas justificadas o no. El absentismo laboral se clasifica en dos tipos: un absentismo regulado y un absentismo no regulado (Tous-Pallarès, 2014). El absentismo regulado se caracteriza porque las ausencias son previsibles, tienen causas objetivas y han sido informadas previamente o en el preciso momento en que se producen permisos legales retribuidos, enfermedades comunes con baja de incapacidad laboral transitoria, accidentes de trabajo con baja laboral o permisos no retribuidos para asuntos personales.

Esta circunstancia es un indicio que revela no solo problemas del empleado, sino también de la organización, ya que el planeamiento del servicio está en función de la disponibilidad del capital humano, factor que genera desconcierto e incomodidad del personal, por no ser previsible debido a numerosos factores, pues diversos estudios acerca del ausentismo laboral han concluido que las principales causas de ausentismo son las enfermedades respiratorias, licor, drogas, vida nocturna.

Aunado a este enfoque, existen otros componentes que contribuyen a un patrón de ausentismo laboral, están los demográficos: edad, sexo, nivel ocupacional, remuneración, sentido de realización, satisfacción con el empleo en general, falta de motivación de tal manera que las condiciones de trabajo muchas veces conllevan a jornadas largas, exhaustivas y estresantes, rutinas repetitivas, monótonas y distancia a recorrer entre el hogar y el trabajo, pudiendo ser también la causa de abstencionismo (Muritiba & Carapiá, 2012). En cuanto a las características organizacionales: El tamaño de las instituciones; las grandes unidades de trabajo presentan mayores niveles de ausentismo, por causas relacionadas con el empleo, donde destacan los niveles de autonomía, responsabilidad, compromisos personales y algunas veces la supervisión precaria de la jefatura y de políticas inadecuadas de la organización. No menos importante es que las incapacidades prolongadas o frecuentes, constituyen un problema mundial por los costos que generan a la seguridad social.

## **Metodología**

En la Unidad de Medicina Familiar estudiada se atiende un número significativo de habitantes del área urbana de una ciudad; en ella se ofrece, a través del Departamento de Enfermería, se brinda atención primaria a la salud, siendo las intervenciones de esta área esenciales para el desarrollo de las funciones de la unidad, sobre todo en la atención de

pacientes y desarrollo de los programas, una de las funciones de este personal es instrumentar los programas establecidos para los usuarios; tarea destacada para lograr el nivel de cobertura diaria, ya que ofrece atención de primer contacto en la atención primaria, tanto al paciente como a su familia y a la comunidad, con el propósito de perfeccionar los servicios de salud y el alcance de las metas institucionales.

De donde cada administrador de los servicios de salud organiza y emplea los recursos económicos, ambientales y al elemento humano, mediante las potencialidades de sus trabajadores en función de elevar localización y eficiencia en la atención y búsqueda constante de la excelencia (Segura, 2012). Sin embargo, un latente el problema enfrentado por la dirigente de enfermería, fue un elevado índice de ausentismo laboral, fenómeno que causó gran impacto en el personal de enfermería. Respecto a este estudio de este caso, en primer lugar, se realizó un diagnóstico, del cual se obtuvieron datos muy significativos tanto para la unidad de salud, como para el departamento de enfermería, al surgir las necesidades que permitieron visualizar las coberturas de atención de enfermería, para establecer metas, programas y jerarquizar los principales factores identificados durante el proceso.

**Situación del caso** - Al analizar la plantilla del personal de enfermería en la unidad de salud ésta no se encontraba cubierta en el 100% de lo calculado, ya que, del total de las plazas, solo estaba ocupado 84%; en la jornada laboral diaria, con frecuencia se asignan a otros servicios trayendo inconformidad al personal, al repercutir en la calidad de la atención.

**Cuadro 1:** Comparativo de la Plantilla del Personal de Enfermería Autorizadas/Ocupadas/Vacantes

<b>Categoría Enf.</b>	<b>Plaza autorizadas</b>	<b>Plazas Ocupadas</b>	<b>Plaza vacantes</b>
Jefe de Enfermeras	1	1	0
Enfermera Especialista en Salud Pública	2	2	0
Enfermera Especialista en Materno Infantil	5	4	1
Enfermera General	32	29	3
Auxiliar de Enfermera General	15	14	1
Auxiliar de Enfermera en Salud Pública	10	9	1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>59</b>	<b>6</b>

**Fuente:** datos de registro de la UMF.

En el cuadro se identifica un déficit de personal de enfermería en plantilla según la autorizada, de un total de 65 en números absolutos, equivalente a 21% de la plantilla total autorizada para la unidad; la cobertura del ausentismo programado por vacaciones es de 9 enfermeras, en cada uno de los periodos, sólo cubriéndose 22%, de ellas. Asimismo, las ausencias injustificadas, incapacidades por enfermedades generales, por maternidad, licencias con goce de sueldo, no se suplían. El mayor índice de ausentismo se presentaba en el turno vespertino, afectando la atención al usuario, y propiciando repercusiones directas en la atención, así como la insatisfacción de éste.

## Procedimiento

Las jefaturas del departamento de enfermería instrumentan acciones administrativas, cuyo propósito es guiar las actividades del personal de enfermería, además de desarrollar la planeación, organización, dirección y evaluación del personal, como elemento activo del equipo básico de salud, que proporciona a la población derechohabiente atención preventiva integral, mediante cuidados e intervenciones especializados que requieren no solo de conocimiento científico y habilidad técnica, sino de competencia en el funcionamiento del servicio, con el fin de lograr objetivos y metas institucionales, para lograr la satisfacción de las necesidades de salud del trabajador, lo que con tan marcadas deficiencias del capital humano no era posible conseguir.

Es importante valorar la función de enfermería, la que debido a su naturaleza como disciplina científica, proporciona a las personas y/o grupos, asistencia directa en relación con su propio cuidado, en función a sus necesidades, pues los cuidados de enfermería se constituyen en ayuda al individuo para llevar a cabo acciones preventivas y realizar, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de ésta (Igor, Marianne & Jorma, 2001).

Para llevar a cabo estas acciones es necesario contar con el personal ideal en número y eficiencia, que haga posible una atención de enfermería de calidad, considerando a esta como: atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente brindada de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios (Secretaría de Salud, 2009).

En consecuencia, para lograr parámetros de calidad fue necesario identificar causas, orígenes y aplicación de estrategias de solución. Lo trascendente fue determinar la etiología multifactorial, desarrollándose un análisis del ausentismo, considerando variables individuales y de tipo ocupacional, como tipo de servicio, método de trabajo, carga y clima laboral de la unidad, factores altamente relacionados con la organización, así como con las políticas institucionales.

Lo anterior se desarrolla desde la perspectiva establecida por (Amozorrutia, 2007). Con apoyo de instrumentos de control de personal como expedientes personales conjuntándose con la encuesta *satisfacción del trabajador* que permitió el análisis factorial de los principales componentes, para obtener los factores de mayor impacto. En principio se establece la *satisfacción laboral general*, que contempla: estilo de vida, tipo de trabajo y

clima organizacional como factores determinantes en las poblaciones laboralmente activas (Amozorrutia, 2007). Para tal circunstancia fue de vital importancia reconocer que en el ámbito ocupacional se requería de un proceso evaluativo permanente, que permitiera definir las implicaciones en la reducción de incidencias y elevar el nivel de asistencia de los empleados.

### **El fenómeno del ausentismo**

El ausentismo laboral del personal de enfermería se presenta, al igual que en otros grupos, como un fenómeno multifactorial; existen culturas organizacionales que no lo reconocen como problema, debido a los canales de comunicación entre directivos y empleados, relaciones interpersonales, políticas laborales, que se convierten en detonantes para crear escenarios propicios generadores de desinterés o apatía por el trabajo; por ello, se hace necesario detectar en primer término, el estado que guarda el fenómeno en el ámbito de su *cultura organizacional*.

El segundo elemento a identificar son *sentimientos positivos hacia el trabajo*. En este fenómeno interaccionan factores individuales como: motivaciones, inquietudes, expectativas, valores, necesidades, habilidades y conocimientos, Aun cuando en la organización se hayan diseñado estrategias para motivar a sus trabajadores en el plano psicológico; es pertinente considerar la satisfacción del trabajador como un factor determinante en la calidad de la atención, tomando en cuenta que no es factible lograr que los individuos realicen un trabajo con calidad y eficiencia, si no se encuentran satisfechos en el desempeño del mismo.

Dentro del tercer elemento son, *sentimientos negativos hacia el trabajo*, encontramos los factores laborales, condiciones y medio ambiente de trabajo; medio social en el que opera la organización que se convierten en obstáculos para un mejor desempeño del trabajo, ya que la cobertura de los servicios brindada por personal de sustitución, es solo para las ausencias programadas, generando en el personal inconformidad e incremento en las cargas de trabajo. Este ausentismo se justifica mediante certificados médicos, lo cual no significa que tales ausencias sean exclusivamente por causas de enfermedad.

El elevado índice de ausentismo, además del costo financiero para las instituciones, trae dificultades para el trabajo en equipo debido a la sobrecarga de los presentes y en perjuicio para los usuarios del servicio salud. La ausencia de un trabajador por uno o más días, independientemente del motivo, sea financiero o no, calidad de la atención presenta repercusión inmediata en su reducción en la calidad de la asistencia de enfermería (Ferreira, 2011). Otros factores asociados al incremento del ausentismo, fueron las enfermedades de los hijos, padres o cónyuge, eventos sociales, viajes y problemas de transporte, así como enfermedades profesionales del personal del turno nocturno.

Es importante señalar que un ambiente laboral inadecuado puede convertirse en fuente de estrés e impactar de manera positiva o negativa en la satisfacción y desempeño laboral de los individuos, ya que una persona bajo condiciones de insatisfacción o problemas familiares, disminuye su rendimiento. La Organización Mundial de la Salud, en el primer foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, pidió acciones inmediatas para resolver

la crisis mundial de personal sanitario; sugiere a todos los países que den la máxima prioridad a la formación y contratación de personal sanitario nacional suficiente y que ofrezcan incentivos adecuados y mejores condiciones de trabajo para garantizar su participación (Magne, 2008).

### **Estrategias empleadas**

Para enfrentar el problema que afectó la Unidad de Medicina Familiar, se aplicaron como plataforma de despegue las determinantes provenientes del diagnóstico; se consideró implementar la plantilla de personal ideal, reestructurar los equipos de trabajo para dar oportunidad al personal de obtener otras habilidades, al ofrecer diversas tareas dando libertad de realimentación en los resultados con base en la ejecución del cargo asignado; de igual manera, fue necesario aplicar una estrategia inmediata; cubrir el ausentismo uno a uno, para las faltas injustificadas es decir, no previsibles, debido a que se entorpecía la programación y atención de los usuarios de manera sustancial. Para comprender este fenómeno en su contexto, se han documentado cuatro modelos explicativos con los siguientes enfoques:

#### **Modelo económico de ausentismo laboral**

De acuerdo con este modelo, este comportamiento obedece a la interacción de dos fuerzas: las motivaciones individuales del trabajador para ausentarse y la tolerancia de los empleadores respecto al número de ausencias, de acuerdo con la tecnología de producción que se utilice. Los trabajadores tienen preferencias individuales de ausencia y como ellos son los actores de la oferta en el mercado de trabajo, eligen la cantidad de ausencias que maximizan sus utilidades mediante el cálculo de los beneficios y costos marginales de las oportunidades que enfrentan. Los empleadores pueden tolerar un cierto nivel de ausencia de los trabajadores, ya que al igual que ellos, efectúan el cálculo de los beneficios y costos marginales del ausentismo que perciben, determinando la magnitud de ausencia que minimizan los costos de la empresa y, en consecuencia, maximizando las utilidades (Igor, Marianne & Jorma, 2001).

#### **Modelo psicosocial de ausentismo laboral**

Este modelo señala que las diferentes culturas de ausencia emergen como resultado de la interacción entre individuos, grupos de trabajo y organización. El total del tiempo perdido crea una cultura de ausencia en distintas industrias y ocupaciones. La decisión de ausentarse se toma en el marco de una cultura de ausencia que puede ser: dependiente, moral, fragmentada o conflictiva (Igor, Marianne & Jorma, 2001). La ausencia es una conducta individual dentro de un contexto social y las motivaciones de ausencia operan restringidas o influenciadas por las propias normas de cada una de las culturas.

#### **Modelo médico del ausentismo laboral**

Según este enfoque, los factores que contribuyen a un patrón de ausentismo demográfico: edad, sexo, nivel ocupacional, de satisfacción con el empleo: niveles de remuneración, sentido de realización, características organizacionales: la organizaciones y unidades de trabajo más grandes, mayores niveles de ausentismo, contenidos del empleo:

niveles de autonomía y responsabilidad; y otros, como compromiso y distancia recorrida al trabajo (Gillies, 2010).

### **Ausentismo laboral y retiro organizacional**

Entre aquellos trabajadores que se retiran voluntariamente de las organizaciones, se presenta una mayor tasa de ausentismo que aquellos que permanecen. Es probable que exista una relación positiva entre ausentismo laboral y retiro organizacional. Los trabajadores que abandonan la organización tienden a ser los más jóvenes y de menor posición que los que permanecen en ella; éstos perciben más oportunidades fuera de la organización que dentro de ella. Las repercusiones del ausentismo en el proceso de trabajo tienen una representación importante en los costos para la institución, lo que implica directamente en la calidad de los servicios ofrecidos al paciente (Nilmar, 2011). De ahí que su transcendencia es en su dimensión cualitativa como cuantitativa.

De acuerdo con los modelos presentados, se puede enfatizar que las variables en cada uno de ellos son diferentes, pero resulta lógico pensar que el ausentismo laboral es una interacción de diversos factores y de distintas fuerzas que interactúan entre sí, por ello, es considerado una medida muy cercana al grado de bienestar alcanzado por una persona, tanto en el área laboral como en la personal.

Es primordial indagar sobre las necesidades y satisfactores del personal, a través de sus opiniones, puntos de vista y perspectivas de la problemática, con la finalidad de explorar e identificar las percepciones de las enfermeras sobre las causas de ausentismo injustificado, especialmente en grupos o turnos laborales que muestren incremento de este fenómeno.

No menos importante es considerar el aspecto legal de las ausencias al trabajo, debido que, en el ámbito de las instituciones de salud, independientemente que exista ausentismo del trabajador del siguiente turno, la atención al usuario es permanente las 24 horas del día, y por ley el trabajador debe permanecer en área de trabajo laborando, hasta que se incorpore un reemplazo.

Una propuesta anti ausentismo que abata el problema, es a iniciativa del patrón, implementar y exigir una cultura de pre aviso y justificación. Sin embargo, cuando se presentan causas de ausentismo, dentro de las denominadas por causa de *fuera mayor*, configuradas en la ley como supuestos de suspensión de contrato, con pérdida de salario para el trabajador Franco, T.S (2011). donde el trabajador pone en riesgo su seguridad laboral e ingreso económico. También el establecer vínculos solidarios y participativos en el proceso de gestión, identificándose, aspiraciones cambiando los modelos de atención y gestión, teniendo como foco las necesidades de los trabajadores y la mejorar las condiciones de trabajo y de atención son actitudes que agregan valor a lo humano.

### **Conclusiones**

La principal causa de ausentismo observada, según los datos obtenidos en el estado del arte e instrumento aplicado, fue el ambiente laboral adverso, relacionado con los

problemas familiares y enfermedad; estos factores reflejaron ser los de mayor impacto en la generación del ausentismo no previsible en tal caso.

Las relaciones interpersonales también influyeron en el ausentismo, ya que el exceso de pases de salida del grupo en estudio refleja la importancia de los factores psicosociales como causa y permanencia en el trabajo; cuando las relaciones interpersonales no son satisfactorias y existe un ambiente laboral adverso, se convierten en condicionantes de ausentismo. Asimismo, cuando el trabajo cubre la necesidad de interacción social, se convierte en parte importante respecto a la reducción de productividad de los empleados.

Una de las limitaciones del estudio fue la escasa participación e interés del personal de enfermería para responder la serie de preguntas elaboradas, acerca de por qué su ausencia de su lugar de trabajo, sus respuestas se redujeron “*por motivos personales*”.

Los resultados de este estudio demuestran la importancia de analizar, periódicamente el comportamiento del ausentismo, así como la distribución porcentual en todos los trabajadores, pues proporciona información oportuna acerca del fenómeno, identificando las oportunidades de instrumentar medidas orientadas a controlar las diferentes variables asociadas, favoreciendo así la eficiencia administrativa. Esta temática permite futuros estudios que se podrían retomar como una línea de investigación, para analizar elementos que pudieran quedar pendientes, como los factores de la cultura de evaluación del ausentismo, las estrategias aplicadas de acuerdo con las intervenciones específicas de enfermeras que se ausentan, el aspecto económico del ausentismo, asimismo se podrían considerar las variables grado de satisfacción del empleado del servicio donde trabaja.

Finalmente no perder la perspectiva al considerar que el clima organizacional advierte, que las relaciones entre los trabajadores de toda organización o servicios de salud, es el eje central de su funcionamiento de las instituciones, y el tratamiento genérico de las situaciones detectadas en su contexto por directivos, permite definir el modo y método de tratarlos, en consecuencia la obtención de los resultados, repercutiendo en el comportamiento laboral y la incidencia de la calidad del servicio prestado.

#### Referencia

**Amozorrutia, J. A. (2007).** Satisfacción Laboral en Trabajadores de una Clínica de Salud Pública del Distrito Federal. *Psicología Iberoamericana*, 15, 34-43. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928005>

**Ferreira, E.V., Mesquita, M. J. Dantas, A., Cavalcanti, R. M L., Ferreira, S., Rodrigues, J. Laureanc, F. (2011).** Absentismo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco. *Revrene*, 12, 742-749. Recuperado de:

[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_pdf/a11v12n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a11v12n4.pdf)

**Franco, T. S. (2011).** El Absentismo Laboral en España y Propuestas Anti absentismo desde el punto de Vista Legal. *Lus et Praxis*, 17, 281-288. Recuperado de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-00122011000100014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122011000100014)

**Gillies, D. (2010).** Absentismo. *Gestión en Enfermería*. Barcelona: Masson – Salvat.

**Igor, A. F., Marianne, S. & Jorma, R. (2001).** Servicios De Salud En El Trabajo. En Enciclopedia De Salud Y Seguridad En El Trabajo (1, 16.2-16.4) Instituto Nacional de Seguridad y Trabajo: Jeanne Mager Stellman, PhD. Recuperado de:

<http://www.cucba.udg.mx/sites/default/files/proteccioncivil/normatividad/Enciclopedia%20de%20salud%20y%20seguridad%20en%20el%20trabajo.pdf>

**Magne, B. (2008).** El Foro Mundial pide Acciones Inmediatas para Resolver la Crisis Mundial del Personal Sanitario. de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>

**Muritiba, T.C. & Carapiá, F.N. (2012).** Absenteísmo Entre Trabalhadoras De Enfermagem Em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 20, 84-9. Recuperado de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3999>

**Nilmar, A., Cavalcante, M., Nascimento, P. S., Chaves, M. M Y. & Marilurde, D.AM. (2011).** O Absenteísmo entre Trabalhadores de Enfermagem no Contexto Hospitalar. Enferm. UER, 19, 224-30. Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a09.pdf>

**Secretaría de Salud. (2009).** El Gobierno Federal trabaja para garantizar servicios de salud de calidad. Recuperado de: [http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina\\_con\\_formato\\_version\\_oct/apaweb.html](http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apaweb.html)

**Segura, A.A. (2012).** Clima organizacional: Un modo eficaz para dirigir los servicios de salud. Avances en Enfermería, 30, 107-113. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35442/35816>

**Tous-Pallarès, P. J., Flores, C., R., Soler, P. T., Espinoza, D. m., Mayor, S. C. & Tendero, R. Ll. P. (2014).** El Absentismo laboral en empleados del sector hotelero. Papeles del Psicólogo, 35, 59-65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77830184008.pdf>

Recibido: 03 de Abril 2017

Aprobado: 10 de Mayo 2017

## **Factores de Riesgos Asociados a las Enfermedades Cardiovasculares en Pacientes de 15 A 49 Años con Egreso Hospitalario. CHMDrAAM 2013-2016.**

**Por:**

**Magíster Eyda Escudero**, Profesora del Departamento de Salud de Salud Pública, Facultad Enfermería, Universidad de Panamá Email: [ivett-1825@hotmail.com](mailto:ivett-1825@hotmail.com)

### **Resumen**

Las enfermedades Cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial; tradicionalmente se veía que la población afectada por estas enfermedades eran mayores de 65 años, sin embargo en la actualidad observamos que este problema de salud persiste y peor aún en población cada vez más jóvenes por lo que ha despertado la interrogante, ¿Qué factores de riesgo están asociados al aumento de enfermedades Cardiovasculares entre los pacientes de 25-49 años en el [Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, \(C.H.Dr.A.A.M.\)](#), año 2013 al 2016?.

El trabajo busca determinar cuáles son los factores de riesgo que están asociados al aumento de enfermedades Cardiovasculares en pacientes entre los 15 - 49 años en el C.H.Dr.A.A.M., para lo cual se realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, puesto que se recolectaron los datos de la exposición a los factores de riesgo desde el año 2013 a junio 2016. Los datos se recolectaron de fuentes secundarias utilizando el expediente clínico la hoja de historia clínica médica, los laboratorios de química y nota de admisión de enfermería.

Son considerados casos los pacientes egresados entre las edades de 15 a 49 años que hayan sido hospitalizados en el año 2013 a junio 2016 cuyo diagnóstico fue una enfermedad cardiovascular y los controles son los pacientes entre las edades de 15 a 49 años que hayan sido hospitalizados en el mismo periodo antes mencionado cuyo diagnóstico de egreso sea cualquier diagnóstico de la [Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ª Revisión, \(CIE-10ª\)](#), que no sea enfermedad cardiovascular.

Para el nivel de significancia estadística se utilizó la prueba de chi cuadrado y para el análisis de los factores de riesgo utilizamos el Odds Ratio o prueba de desigualdad relativa para medir la fuerza de asociación y para ello construimos las tablas tetracóricas, también se establecieron los límites de confianza  $LC = OR \pm Z2 / \sqrt{VX2}$ ; los datos fueron procesados con el [Programa de Epiinfo 7](#).

**Palabras clave:** Enfermedades Cardiovasculares, Factores de Riesgo, Pacientes.

## **Risk Factors Associated with Cardiovascular Diseases in Patients from 15 to 49 Years of the CHMDrAAM, Hospital Exit. 2013-2016.**

### **Abstract**

Cardiovascular diseases are one of the main causes of mortality worldwide; It was traditionally seen that the population affected by these diseases were over 65 years, however we now observe that this health problem persists and worse still in the increasingly younger population, which has raised the question, what risk factors Are associated with the increase of cardiovascular diseases among patients aged 25 - 49 years in the Arnulfo Arias Hospital Complex Madrid, from 2013 to 2016.

The aim of this study is to determine the risk factors that are associated with the increase of cardiovascular diseases in patients aged 15-49 in C.H.Dr.A.A.M., for which an analytical case-control study was carried out, since The data of the exposure to the risk factors from the year 2013 to June 2016 were collected. Data were collected from secondary sources using the medical history record, the chemistry laboratories and the nursing admission note.

The cases are the patients graduated between the ages of 15 to 49 years who were hospitalized in the year 2013 to June 2016 whose diagnosis was a cardiovascular disease and the controls are patients between the ages of 15 to 49 years who have been hospitalized in The same period mentioned above whose diagnosis of discharge is any diagnosis of ICD other than cardiovascular disease. For the level of statistical significance was used chi square test and for the analysis of risk factors we used the Odds Ratio or relative inequality test to measure the strength of association and for this we constructed the tetrahedron tables, also established the limits of confidence  $LC = OR \pm Z2 / \sqrt{VX2}$ ; The data were processed using the Epiinfo 7 program.

**Key Word:** Cardiovascular Diseases, Risk Factors, Patients.

## **Fatores de Risco Associados com Doenças Cardiovasculares em Pacientes de 15 A 49 Anos com Saída do Hospital. CHDrAAM. 2013-2016.**

### **Resumo:**

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo. Tradicionalmente, observou-se que a população afetada por essas doenças tinha mais de 65 anos, no entanto, observamos que este problema de saúde persiste e, pior, em uma população cada vez mais jovem, o que levantou a questão, Quais seriam os fatores de risco associados ao aumento das doenças cardiovasculares entre os pacientes de 25 a 49 anos no Complexo Hospitalar Dr. Arnulfo Arias Madrid, de 2013 a 2016?.

O trabalho busca determinar quais são os fatores de risco associados ao aumento das doenças cardiovasculares em pacientes entre 15 e 49 anos de idade no CHDr.AAM, para o qual foi realizado um estudo analítico de casos e controles, já que os dados foram coletados da exposição a fatores de risco de 2013 a junho de 2016. Os dados foram coletados de fontes secundárias usando a folha de registro médico do arquivo clínico, os laboratórios de química e a nota de admissão de enfermagem.

Os casos são considerados de pacientes com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que foram hospitalizados no ano de 2013 a junho de 2016 cujo diagnóstico foi uma doença cardiovascular e os controles são pacientes entre 15 e 49 anos que foram hospitalizados no mesmo período mencionado acima cujo diagnóstico de alta é qualquer diagnóstico da CIE que não é doença cardiovascular. Para o nível de significância estatística, utilizou-se o teste do chi-quadrado e, para a análise dos fatores de risco, utilizamos o Razão de Odds ou o teste de desigualdade relativa para medir a força da associação e, para isso, construímos as tabelas tetracóricas, os limites também foram estabelecidos de confiança  $LC = OR \pm Z2 / \sqrt{VX2}$ ; os dados foram processados com o programa Epiinfo 7.

**Palavras Chaves:** Doenças Cardiovasculares, Factores de Risco, Pacientes.

## Introducción

La globalización ha venido tomando protagonismo, produciendo cambios progresivos y volviendo a la sociedad de tipo consumista, con malos hábitos alimenticios (comida rápida), sedentarismo, producto de las extensas jornadas laborales; trayendo consigo el aumento de las morbi-mortalidad por causas de enfermedades tipo crónicas como los tumores, enfermedades del corazón, diabetes, entre otras.

Día a día observamos el ingreso de pacientes al servicio de urgencia de adulto del CHMDrAAM Con problemas de tipo cardíaco, observando salas de cardiologías sin capacidad para atender tanta demanda, lo más preocupante es ver como grupos etáreos más jóvenes están presentando estas enfermedades del corazón; por lo que creemos pertinente conocer esos factores asociados a esta enfermedad en edades tempranas.

El tema de las enfermedades cardíacas es considerado por los organismos internacionales y nacionales como un problema de salud pública por ser la principal causa de muerte en todo el mundo y por qué cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. (OMS, 2015). En Panamá prueba de ello lo podemos evidenciar en los datos estadísticos del INEC que nos muestran las enfermedades isquémicas del corazón como la tercera causa de muerte en el año 2014, (INEC, 2014).

Podemos decir que la prevalencia e incidencia de casos de enfermedades del corazón, demuestran la falla que ha tenido el sistema de salud en la prevención de la morbimortalidad de este tipo de enfermedad.

Las existencias de casos de pacientes jóvenes con enfermedades del corazón afectan grandemente el desarrollo de un país, no solo por los gastos que se generan en el sector salud,

sino por el hecho de darse en edades que son económicamente activas; en diversos estudios se asocia Hipertensión arterial, Perfil de lípidos anormal, Tabaquismo, Sedentarismo, Obesidad entre otras causas, los cuales son factores de riesgo 100% prevenibles.

A nivel Internacional se han realizado algunos estudios que buscan determinar factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares; entre los que podemos mencionar:

En España en el año 2005 se realizó un estudio denominado: [Riesgo de presentación de eventos cardiovasculares según la agrupación de los factores de riesgo modificables en la población mayor de 15 años de un Centro de Salud de Barcelona](#), cuyo objetivo era estudiar la asociación entre las enfermedades cardiovasculares y diversos factores de riesgo cardiovascular modificables en relación a su agrupación, estudio transversal en un centro de salud urbano, que incluyó a 2.248 personas de 15 o más años, seleccionadas por muestreo aleatorio simple del archivo de historias clínicas.

Se calculó en forma de odds ratio (OR) el riesgo de tener alguna enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica de extremidades inferiores) en relación al *clustering* de los factores de riesgo tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y diabetes mellitus, ajustado por edad, sexo y factores de riesgo, entre los resultados obtenidos las personas estudiadas tenían 224 enfermedades cardiovasculares.

En el tabaquismo la OR como factor de riesgo aislado fue de 1,5 (IC95%: 1,0-2,2) y de 1,6 (IC95%: 0,9-2,5) con el *clustering* con los otros 4 factores de riesgo; con la hipertensión arterial de 2,1 (IC95%: 1,5-2,9) y de 1,7 (IC95%: 1,1-2,6), respectivamente; con la hipercolesterolemia de 1,7 (IC95%: 1,2-2,4) y de 1,6 (IC95%: 1,1-2,4), respectivamente; con la diabetes de 2,5 (IC95%: 1,7-3,5) y 2,0 (IC95%: 1,3-3,0), respectivamente y con la hipertrigliceridemia de 1,8 (IC95%: 1,2-2,8) y 1,3 (IC95%: 0,8-2,1), respectivamente. Las OR se comportaron de manera similar al estratificar por cada enfermedad cardiovascular, aunque las OR más elevadas (entre 2,4 y 3,1) correspondieron al *clustering* de diabetes mellitus y tabaquismo. (Díez et al., 2005).

En Colombia se realizó otro estudio referente a los Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuyo objetivo era establecer la prevalencia de reconocidos factores de riesgo biológico y comportamental para enfermedad cardiovascular (ECV). En este estudio se encuestando a 96 trabajadores los cuales eran relativamente jóvenes de **(25 a 55 años)** donde se obtuvo información sobre características sociodemográficas, consumo de tabaco y alcohol, actividad física, hábitos alimentarios, y antecedentes personales y familiares para ECV.

Además, a cada trabajador se le realizó medición estandarizada de glicemia, lípidos séricos, tensión arterial e índice de masa corporal. Se obtuvieron los siguientes resultados La prevalencia de factores de riesgo de tipo comportamental fue: tabaquismo 12,5 %, consumo de bebidas alcohólicas 58,3 %, inactividad física en el tiempo libre 56,3 %, y dieta aterogénica 82,3 %. La prevalencia para factores de riesgo de tipo biológico fue: hipertensión

arterial (HTA) 11,5 %, sobrepeso 49,8 %, diabetes 1 %, dislipidemia 61,5 %, y antecedentes familiares de ECV 58,3 %. Adicionalmente, se encontró que el riesgo de HTA fue significativamente mayor en hombres, en individuos >40 años, en personas con un IMC >25, y en fumadores. En cuanto a la dislipidemia, el riesgo fue mayor en hombres y en individuos >40 años.

Por su parte, el riesgo de sobrepeso y obesidad se asoció significativamente con el tabaquismo y el consumo de alcohol (Realpe, d. et Al, 2007).

En este estudio también se realiza asociación entre algunas variables como género, edad, escolaridad, tabaquismo e índice de masa corporal y algunos factores de riesgos asociados como HTA, dislipidemia, sobrepeso y obesidad; en la asociación entre la variable edad menor de 40 años nos dio una  $p=0,043$  con IC 95%.

En Cartagena se realiza un estudio denominado Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven, cuyo objetivo era estimar la frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria **joven** en Cartagena, Bolívar; por medio de un estudio de corte transversal para establecer la magnitud de sobrepeso, obesidad, dislipidemia, inactividad física y consumo de tabaco en 301 estudiantes de una Universidad de la Ciudad de Cartagena. El muestreo fue aleatorio simple sin reemplazo.

El Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), formato corto; se realizó la determinación de Colesterol total, Triglicéridos, Colesterol HDL y Colesterol LDL. Para determinar las asociaciones entre los factores de riesgo cardiovascular y el género se usó las pruebas F2 y T. Los resultados fueron: el 34,2 % de los estudiantes encuestados presentaron alteración del Índice de Masa corporal. El 64,1 % registraron inactividad física y 23,9 % de los estudiantes encuestados fuma. El lípido que presentó mayor prevalencia de niveles alterados fue el triglicérido (24,6 %). Se encontraron diferencias estadísticamente significantes en los análisis por género, niveles de actividad física, consumo de tabaco y niveles del colesterol HDL y de triglicéridos ( $p<0,05$ ). (Jacqueline Hernández-Escolar, 2010).

En Colombia se realizó un estudio descriptivo de diagnóstico situacional de los factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en un grupo de estudiantes del programa de medicina de la Universidad del Magdalena, que fueron escogidos al azar de los matriculados en el año 2004; como resultado se encontró que el 24% de los sujetos investigados presentó niveles de colesterol total y LDL por encima de los parámetros seguros. Los factores de riesgo asociados con estos altos niveles fueron, los antecedentes familiares con un 83% y el sobrepeso con un 50%. Este estudio se constituye en la base para la formulación de un proyecto que pretende determinar la relación entre los factores de riesgo cardiovascular modificable y no modificable, en la población estudiantil adolescente del Distrito de Santa Marta, (Meza, D. L. 2005).

En Argentina realizaron un estudio de Prevalencia de factores de riesgo y riesgo cardiovascular global en la población de Tres Lomas con el Objetivo de obtener información

sobre los factores de riesgo cardiovascular en la población de Tres Lomas (Buenos Aires), calcular el riesgo cardiovascular global (RCG) y comparar estos resultados con los descriptos para toda la Argentina. Se entrevistaron al azar 522 adultos de Tres Lomas. Se utilizó el cuestionario para vigilancia epidemiológica de la OPS y se realizaron mediciones antropométricas.

En 100 individuos se determinaron lípidos y glicemia para estimar el RCG, definido como probabilidad de desarrollar un evento no fatal o muerte coronaria en los próximos 10 años. Por último, estas prevalencias se compararon con las estimadas a nivel nacional. Resultados Hubo menor prevalencia de diabetes (7,7% versus 11,9%;  $p < 0,0001$ ), tabaquismo (27,7% versus 33,4%;  $p < 0,0054$ ) y depresión (14,4% versus 22,8%;  $p < 0,0001$ ), aunque más sobrepeso y obesidad que el promedio país (58,4% versus 49,1%;  $p < 0,0001$ ). Aunque la medición de la tensión arterial fue más frecuente que el promedio (82,2% versus 68,4%;  $p < 0,0001$ ), las determinaciones de glucemia (50,2% versus 69,3%;  $p < 0,0001$ ) y de colesterol (60,3% versus 72,8%;  $p < 0,0001$ ) fueron menos frecuentes que las esperadas. Conclusiones En Tres Lomas se observó una prevalencia menor de diabetes, tabaquismo y depresión y más sobrepeso y obesidad que el promedio país. El control de la tensión arterial fue más frecuente que el promedio, aunque las determinaciones de glucemia y colesterol fueron más bajas que las esperadas. Por lo menos un quinto de la población presentaría un RCG moderado a alto de sufrir un evento coronario o muerte en los próximos 10 años, (Redruello, M. F. et al., 2008).

En Venezuela se realizó un estudio de los Factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo de miocardio en pacientes fumadores con el objetivo de evaluar el efecto de factores de riesgo en la ocurrencia del infarto agudo de miocardio en pacientes fumadores, en una población venezolana, el tipo de estudio utilizado fue el de casos y controles, la muestra se seleccionó de forma aleatoria y estuvo integrada por 70 casos y 70 controles. Se estudiaron factores sociodemográficos y premórbidos y hábitos tóxicos. El análisis estadístico se basó en una estrategia univariada con la determinación del *odd ratio* para cada uno de los factores de riesgo hipotéticamente influyente y sus intervalos de confianza para el 95 %, finalmente, un estudio multivariado para determinar el valor independiente de cada uno de los factores de riesgos.

Según el análisis univariada, todos los factores constituyeron riesgo para la aparición de la enfermedad. En el análisis multivariado, se encontró que el hipercolesterolemia elevó en 4,2 veces el riesgo de ocurrencia del infarto del miocardio (OR 4,20; IC 1,18-14,97) en la población de fumadores, seguido del tiempo de evolución del hábito de fumar (OR 3,60; IC 1, 468,91) y del consumo de cigarrillos (OR 2,32; IC 1,02- 4,95). Podemos decir que el hipercolesterolemia tiene un efecto mayor sobre la posible ocurrencia de tener un infarto del miocardio que el del resto de los factores de riesgo estudiados en pacientes fumadores, de ahí que es el factor de mayor peso e importancia, (González Pompa, J. A; González Pérez, J. M. (2013).

A nivel nacional se realizó un estudio de corte transversal llamado Prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular en la población adulta de 18 años

y más. Provincias de Panamá y Colón. 2010; tipo de muestreo estratificado de 3590 personas se obtuvo una muestra de 3505, con esta investigación se genera datos para estimar la prevalencia de diabetes mellitus por valores de glicemia sanguínea y hemoglobina glicosilada; prevalencia de colesterolemia, trigliceridemia, prevalencia de LDL directo en sangre, HTA y obesidad, (Mc Donald, A. et. al. 2010).

La Sociedad Panameña de Cardiología nos dice: “en Panamá aún nos falta por reconocer a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de muerte. Si observan las estadísticas de los últimos 40 años, solo en la década del 70 aparecen las enfermedades cardiovasculares (enfermedades isquémicas del corazón) como la principal causa de muerte; pero es que en las últimas dos décadas se han separado las causas de muerte cardiovascular, tabulando por separado las enfermedades cerebrovasculares, el infarto agudo del miocardio, las enfermedades de la aorta y otras enfermedades isquémicas del corazón, entre otras. Es como si separásemos las causas de muertes por tumores malignos en: Linfomas, leucemias, neoplasias pulmonares etc.; teniendo éstas etiopatogenias distintas, o si clasificáramos por separado las muertes por accidente, suicidios y muertes violentas”, (González Castillo, B. 2011).

En los diversos estudios de investigación encontramos múltiples factores de riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, esta investigación se enfocará en los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo.

En la extensa revisión literaria no pudimos encontrar un estudio realizado a pacientes hospitalizados con diagnósticos de enfermedades cardiovasculares que reunieran los mismos criterios que los de nuestra investigación, sin embargo, pensamos que los estudios de los factores de riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares realizados en poblaciones jóvenes nos servirían como base para nuestra discusión.

## Metodología

El área de estudio es el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Unidad Ejecutora de 3er Nivel de Atención y de máxima complejidad de la Caja de Seguro Social a nivel Nacional.

Se realizó un estudio analítico de casos y controles retrospectivo no pareado, puesto que se recolectaron los casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares y controles de pacientes con otros tipos de diagnósticos que estén entre las edades de 15 y 49 años sin o con exposición a los factores de riesgo (tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y dislipidemia) desde el año 2013 al 2016. Los datos de los casos y los controles se tomaron del expediente clínico (formulario de la nota de admisión de enfermería, historia clínica y exámenes de laboratorio- química).

La población Según Reges del C.H.Dr.A.A.M. es de **224 casos** con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares.

El tipo de muestra es probabilística, ya que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos, para los **casos** y los **controles** la técnica utilizada es por medio de la selección sistemática de los elementos muestrales  $k = N/n$ .

El Tamaño de la muestra.

- ✓ Razón de controles: 1casos: 1 controles
- ✓  $p = 0.5$
- ✓  $q = 0.5$
- ✓  $E = 0.05$
- ✓  $Z = 1.96$
- ✓ Nivel de confianza 95%
- ✓ Tamaño de la muestra de casos = 141
- ✓ Tamaño estimado de la muestra de controles = 141
- ✓ Formula

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(224) * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (224 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{215.1296}{1.5179} = \mathbf{141}$$

**Criterios de selección de los casos:** Todos los pacientes hombre o mujer entre las edades de 15 a 49 años que hayan sido hospitalizados en el año 2013 a junio 2016 cuyo diagnóstico de egreso haya sido una enfermedad cardiovascular y se encuentre en Reges del C.H.Dr.A.A.M.

**Criterios de Selección de controles:** Todos los pacientes hombre o mujer entre las edades de 15 a 49 años que hayan sido hospitalizados en el año 2013 a junio 2016 cuyo diagnóstico de egreso sea cualquiera que no sea enfermedad cardiovascular.

Con respecto a los Métodos y modelos de análisis de los datos para ver el nivel de significancia estadística se usó la prueba de chi- cuadrado y en el análisis de los factores de riesgo utilizamos el OR o prueba de desigualdad relativa para medir la fuerza de asociación y para ello construiremos las tablas tetracóricas.

En todas las comparaciones será considerado estadísticamente significativo un valor  $p$  menor a 0.05.

Para este estudio se establecerán los límites de confianza  $LC = OR^{1 + \overline{Z^2}} / VX^2$

Para el procesamiento y análisis de los datos se harán con el programa Epiinfo 7.

**Resultados:  
Tablas Tetracóricas**

Hipertensión Arterial	Enfermedad Cardiovascular (EVC)		Total
	Con ECV	Sin ECV	
Con HTA	92	41	133
Sin HTA	49	100	149
Total	141	141	282

IC= 95%

Chi- cuadrado (Person)	OR	Límites de Confianza	Valor p
37,0128	4,5794	2,7713 - 7,5673	0,0000000005

Dislipidemia	Enfermedad Cardiovascular		Total
	Con ECV	Sin ECV	
Con dislipidemia	74	67	141
Sin dislipidemia	67	74	141
Total	141	141	282

IC= 95%

Chi- cuadrado (Person)	OR	Límites de Confianza	Valor p
0,6950	1,2199	0,7644 - 1,9468	0,2039113265

Diabetes mellitus	Enfermedad Cardiovascular		Total
	Con ECV	Sin ECV	
Con Diabetes M.	27	15	42
Sin Diabetes M.	114	126	240
Total	141	141	282

IC=95%

Chi- cuadrado (Person)	OR	Límites de Confianza	Valor p
4,0286	1,9895	1,0078 - 3,9275	0,0234094318

Tabaquismo	Enfermedad Cardiovascular		Total
	Con ECV	Sin ECV	
Con Tabaquismo	26	5	31
Sin Tabaquismo	115	136	251
Total	141	141	282

IC=95%

Chi- cuadrado (Person)	OR	Límites de Confianza	Valor p
15,9828	6,1496	2,2878 - 16,5301	0,0000235862

## Discusión

En nuestro trabajo referente Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades Cardiovasculares en Paciente de 15 a 49 Años con Egreso Hospitalario. CHDRAAM durante los años 2013 – 2016 encontramos para la variable H.T.A. un chi-cuadrado de 37,0128, un OR de 4,5794 (2,7713-7,5673) y con un valor  $p=0,0000000005$ , índice de confianza de 95%, lo que nos indica que nuestro estudio para esta variable tiene significancia estadísticas y que si es un factor de riesgo asociado a estas enfermedades; estos resultados concuerdan con el estudio realizado en España referente a los riesgos de presentación de eventos cardiovasculares en la población mayor de 15 años de un centro de Salud en donde el factor de H.T.A. obtuvo una fuerza de asociación OR de 2.1 (IC 95%: 1,5-2,9).

En un estudio realizado en Colombia referente a los Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en personas de 25 a 55 años de edad en donde el OR para el factor de riesgo de H.T.A. fue de 6,4, sin embargo, los límites de confianza inferiores invalidan los resultados de ese estudio (IC 95%: 0,77 – 54,26) con un valor de  $p=0,087$ .

Por otro lado tenemos a la variable dislipidemia la cual en nuestro estudio de investigación presento un chi-cuadrado de 0,6950 un OR= 1,2199 (0,7644 - 1,9468) y valor de  $p=0,203911$ ; lo que nos indica que los datos obtenidos para esta variable en nuestra investigación se deben al azar; mientras que en el estudio realizado en España se calculó para la variable hipercolesterolemia un OR de 1,7 (IC 95%: 1,2 – 2,4); y en otro estudio realizado en Colombia la variable dislipidemia presento un OR de 2,7 (IC 95%: 1,04 – 7,33 ) valor de  $p=0,043$ .

En Venezuela en un estudio referente a los factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo de miocardio en pacientes fumadores se encontró que el hipercolesterolemia en la población de fumadores elevó 4,2 veces el riesgo de ocurrencia del infarto del miocardio (OR 4,20; IC 1,18-14,97); sin embargo, en nuestro estudio los resultados se debieron al azar.

Con respecto al factor de riesgo Diabetes Mellitus nuestra investigación arrojó que en la población de 15 a 49 años existe una significancia estadísticas con un chi- cuadrado de 4,0286 y una fuerza de asociación entre el factor de riesgo Diabetes y las enfermedades cardiovasculares con un OR 1,9895 (1,0078 - 3,9275) IC=95% ; valor de p 0,0234094318, estos resultados los podemos contrastar con el estudio referente a los riesgos de presentación de eventos cardiovasculares realizado en España en la población mayor de 15 años en donde para la diabetes mellitus se obtuvo un OR de 2,5 ( IC 95%: 1,7- 3,5); también en un estudio realizado en Argentina referente a la Prevalencia de factores de riesgo y riesgo cardiovascular global en la población de Tres Lomas (Buenos Aires) se obtuvo una p 0,0001.

El último factor de riesgo estudiado es el del tabaquismo el cual nos dio una significancia estadística con un **Chi- cuadrado (Person)** = 15,9828 y una fuerza de asociación con OR = 6,1496 (2,2878 - 16,5301) IC = 95% y un valor de p = 0,0000235862 estos resultados los podemos contrastar con los estudios referentes a los riesgos de presentación de eventos cardiovasculares; en España en la población mayor de 15 años en donde el tabaquismo obtuvo un OR de 1,5 (1,0-2,2) IC 95%; por otra parte en Colombia se realizó un estudio de asociación entre algunas variables entre estas el tabaquismo arrojando un resultado OR de 4,0 (0,85-18,52) p = 0,079; mientras que en Cartagena Colombia en el estudio denominados Factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven el valor de p para el tabaquismo fue de 0,0003 y en un estudio en Argentina el valor de p = 0,0054 y en Venezuela en la investigación de los factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo de miocardio se obtuvo un OR de 2,32 (1,02-4,95) IC 95%.

Estos resultados nos indican un alto grado de asociación para este factor de riesgo; en donde el paciente que tiene el mal hábito de fumar tiene 6,14 veces mayor probabilidad de desarrollar enfermedades del corazón a diferencia de aquel paciente que no tiene este mal hábito.

## Conclusiones

La hipertensión arterial como factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular ha sido estudiada por mucho tiempo, con resultados positivos en su asociación; en este estudio pudimos comprobar dicha asociación en edades de 15 a 49 años con un OR de 4.5 lo que nos llena de preocupación. La hipertensión arterial en edades jóvenes está asociada al desarrollo de una enfermedad cardiovascular.

Para la variable dislipidemia obtuvimos un chi-cuadrado de 0,6950 indicándonos que los datos en nuestro estudio se deben al azar. Recientemente ha salido un artículo en donde el gobierno de EU acepto que el colesterol no es un nutriente de preocupación y que

finalmente se elimina oficialmente de la Lista Naughty ver: (Whoriskey, P. February 10, 2015) lo cual concuerdan con los hallazgos en esta investigación.

La Diabetes mellitus vista como factor de riesgo en este estudio obtuvo un OR de 1.98 lo que nos indica que es probable 1.98 que el paciente con este factor de riesgo desarrolle enfermedades cardiovasculares que aquel paciente que no presenta diabetes mellitus.

El paciente que fuma es adicto y no mide las consecuencias del mismo, las personas que fuman tiene 6.14 veces mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares que aquellas personas q no fuman.

Todos los factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares presentados en este estudio (hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo) son factores prevenibles y lamentablemente son factores de riesgo que la población está desarrollando desde edades cada vez más tempranas.

### **Recomendaciones**

Elaboración un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares con inicio en educación primaria y secundaria. Enfocándose a la detección temprana de los factores de riesgo como HTA, diabetes mellitus y prevención del tabaquismo.

Creación de programas de capacitación continua para todos los profesionales de la salud con respecto a la prevención, tratamiento y control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (diabetes mellitus, tabaquismo e hipertensión), con el objetivo de obtener profesionales con competencia para la capacitación del individuo, familia y comunidad.

Realización de convenios con los medios de comunicación social para la inclusión de temas como la prevención de factores de riesgos de las E.C.V. (diabetes, HTA y tabaquismo).

Apoyo de las diversas organizaciones para la realizar campañas enfocadas en el autocuidado y de la importancia de la medicina de prevención de los factores de riesgos de las Enfermedades cardiovasculares.

### **Referencias**

**Amaya Afanador, A. (2008).** Simulación clínica: ¿pretende la educación médica basada en la simulación remplazar la formación tradicional en medicina y otras ciencias de la salud en cuanto a la experiencia actual con los pacientes? *Universitas Médica*. 49 (3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016421008>

**Baena Diez, J. M. y Val García, J. L. et. al. (2005).** Riesgo de Presentación de Eventos Cardiovasculares Según la Agrupación de los Factores de Riesgo Modificables en la Población Mayor de 15 De Años de un Centro de Salud de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública* vol.79 no.3 Madrid may./jun. 2005. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300005)

**CDC Centers for Disease Control and Prevention.** Programa Epiinfo 7. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>

- Mc Donald, A., et. al. (2010).** El Proceso de Investigación. Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular en la Población Adulta mayor de 18 años y más. Provincia de Panamá y Colón. Ministerio de Salud, Panamá, Recuperado de: <https://cspcoble.files.wordpress.com/2011/11/prevalencia-de-factores-de-riesgos-asociados-a-enfermedad-cardiovascular.pdf>
- Enciclopedia Medline Plus. (13 de 5 de 2014).** Enciclopedia Médica. Obtenido de Qué es la enfermedad Cardiovascular. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>
- Fernández de Bobadilla, J. y et. al. (2013).** Carga Económica y Social de la Enfermedad Coronaria. Revista Española de Cardiología Suplementos, 42-47. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/carga-economica-social-enfermedad-coronaria/articulo/90200694/>
- González Castillo, B. (2011).** Factores de Riesgo Tradicionales de Enfermedad Cardiovascular. Sociedad Panameña de Cardiología. Recuperado de: <http://cardiologiadepanama.org/articulos/factores-de-riesgo-tradicionales-de-enfermedad-cardiovascular/>
- González Pompa, J. A; González Pérez, J. M. (2013).** Factores de Riesgo para la Ocurrencia de Infarto Agudo del Miocardio en Pacientes Fumadores. *Rev. Cubana de Salud Pública* vol.39 no.4 Ciudad de La Habana. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400006)
- Hernández Escolar, J.; et. al. (2010).** Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven. *Revista de Salud Pública*, 852-864. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33333>
- INEC. (2014).** Conceptos y Definiciones. Contraloría de la República de Panamá. Recuperado de: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P4361CONCEPTOS.pdf>
- Meza, D. L. (2005).** Factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en un grupo de estudiantes del programa de medicina de la Universidad del Magdalena. *Revista de la Facultad de Ciencias de La Salud*, Volumen 2. N°1. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/280>
- OMS. (1994).** Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio De Sanidad y Consumo Centro De Publicaciones. España. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- OMS. (enero de 2015).** Centro de Prensa. Obtenido de Enfermedades No Transmisibles: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- OMS. (enero de 2015).** Diabetes. Centro de Prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OMS. (enero de 2015).** Enfermedades Cardiovasculares. Centro de Prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- OMS. (septiembre de 2015).** Preguntas y Respuestas sobre la Hipertensión. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- OMS. (2016).** Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado de: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/)
- Redruello, M. F. et al., (2008).** Prevalencia de Factores de Riesgo y Riesgo Cardiovascular Global en la Población de Tres Lomas. *Revista Argentina de Cardiología*, Versión On-line ISSN 1850-3748. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1850-37482008000600007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-37482008000600007)
- Whoriskey, P. (10 de February de 2015).** The U.S. Government is Poised to Withdraw Long standing Warnings About Cholesterol. *The Washington Post*. Recuperado de: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/02/10/feds-poised-to-withdraw-longstanding-warnings-about-dietary-cholesterol/>
- Valverde Zelibeth, A. R. (2014).** Indicadores Básicos de País. Dirección Nacional de Planificación. Recuperado de: [http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/ind.\\_basicos\\_pma\\_2014.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/ind._basicos_pma_2014.pdf)

Recibido: 31 de Julio 2017

Aprobado: 11 de Octubre 2017

## Elementos Predisponentes, a La Violencia Doméstica

**Por:**

**Candidata Doctoral Irma Escudero Vaca.** Profesora Titular de Salud Mental, Departamento de Salud Mental, Candidata Doctoral en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. E mail: [irmajev@yahoo.com](mailto:irmajev@yahoo.com)

**Dra. Lydia Gordón de Isaacs.** Departamento de Salud de Adultos. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Email: [isaacs@cwpanama.net](mailto:isaacs@cwpanama.net)

### Resumen

Hace un tiempo atrás, la violencia doméstica era considerada como una conducta normal y aceptada, para muchas familias de diferentes culturas. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo y gracias a muchas investigaciones, fueron identificados los prejuicios y daños físicos y emocionales que causa la violencia doméstica a las víctimas y a los miembros de la familia.

El hogar es el lugar donde se debe cuidar y proteger a sus miembros, pero en ocasiones es el lugar más violento y donde ocurren situaciones de violencia extrema, hasta llegar a la muerte. Son muchos los factores que en diferentes investigaciones se han encontrado relacionados a la violencia doméstica, Perluz, (2017); Fiestas, Rojas, Gushiken, Gozzer, (2012); Vaiz Bonifaz y Nakano, (2004); Alencar-Rodríguez y Cantera, (2013). En este artículo queremos abordar el consumo del alcohol, la infidelidad y la baja autoestima de las víctimas como factores que predisponen para que se presente la violencia doméstica. Este artículo surge de las entrevistas efectuadas a las tres primeras participantes en el estudio, que se realiza actualmente sobre el tema de violencia doméstica.

**Palabras claves:** Violencia doméstica, Alcoholismo, Infidelidad, Autoestima, Mujeres, Cultura.

## Predisposing Elements, to Domestic Violence

### Abstract

Some time ago domestic violence was considered as a normal conduct and accepted by many families of different cultures. However, many research has identified the prejudices and physical and emotional damage cause by domestic violence to the victims and to the members of the family. The home is one of the scenarios that more frequently presents Domestic Violence. In spite of the fact that the home that is the place where you must care for and protect your family members, in occasions is the most important place that is violated and where situations of extreme violence, occurs sometimes ending in death.

There are many factors that in different investigations have found related to domestic violence, Perluz, (2017); Fiestas, Rojas, Gushiken, Gozzer, (2012); Vaiz Bonifaz y Nakano, (2004); Alencar-Rodríguez y Cantera, (2013).

In this article we will deal with the consumption of alcohol, the infidelity and low self-esteem of the victims as factors that predispose to domestic violence. This article

emerges from interviews that were carried out the first three participants in the study that is conducted at this moment related to domestic violence.

**Key words:** Domestic Violence, Alcoholism, Infidelity, Self-esteem, Women, Culture.

## **Elementos Predisponentes À Violência Doméstica**

### **Resumo:**

Algum tempo atrás, a violência doméstica foi considerada um comportamento normal e aceito para muitas famílias de diferentes culturas. No entanto, com a passagem do tempo, e graças a muitas investigações, os danos físicos e emocionais e os danos causados pela violência doméstica às vítimas e aos membros da família foram identificados.

O lar é o lugar onde o cuidado deve ser tomado e seus membros protegidos, mas as vezes é o lugar mais violento e ocorrem situações de extrema violência, até a morte. Existem muitos fatores que em diferentes investigações têm sido relacionados à violência doméstica (Perluz, 2017, Fiestas, Rojas, Gushiken, Gozzer, 2012, Vaiz Bonifaz e Nakano, 2004, Alencar-Rodríguez e Cantera, 2013).

Neste artigo queremos abordar o consumo de álcool, infidelidade e baixa auto-estima das vítimas como fatores predisponentes para a violência doméstica. Este artigo decorre das entrevistas realizadas com os três primeiros participantes no estudo que atualmente é realizado sobre o tema da violência doméstica.

**Palavras Chaves:** Violência Doméstica, Alcoolismo, Infidelidade, Mulheres, Cultura.

### **Introducción**

La información recabada en este artículo surge de la investigación doctoral que se realiza en la actualidad y que tiene como objetivo central, conocer las creencias y prácticas de salud de las mujeres hispano-indígenas víctimas de violencia doméstica de la ciudad de Santiago de Veraguas, capital de la provincia de Veraguas, la más grande de las diez provincias de Panamá.

La Provincia de Veraguas, su ciudad es semi-urbana, situada a orillas de la carretera panamericana, con una población aproximada de 222,641 habitantes (Dirección de Estadística y Censo, 2010).

La provincia de Veraguas limita con la Comarca Ngäbe Buglé, una de las cinco comarcas indígenas del país. La población veragüense está compuesta en su gran mayoría por mestizos (hispano indígena). Este dato del contexto donde se realizó la investigación es importante ya que el componente cultural influye en las expresiones de las personas.

La violencia doméstica es un fenómeno que ocurre en todos los países y nuestro país no escapa de ello. Se han hecho muchos estudios, que generalmente han integrado

información de los dos actores, víctima y agresor. En este documento, abordamos este problema desde la perspectiva de las mujeres hispano-indígenas víctimas de violencia doméstica. En esta información pudimos identificar tres factores comunes a todas, referenciados por su relación con la violencia doméstica: la baja autoestima de la víctima, la infidelidad del agresor y el consumo de alcohol.

Este estudio responde al paradigma cualitativo; el método utilizado es la etnoenfermería, método para investigar el cuidado de enfermería, según Leininger (1991) citado por Gordón de Isaacs (2015):

“La etnoenfermería fue el primer método de investigación propuesto para la disciplina de Enfermería, el mismo se centra en las personas. Este método busca estudiar las percepciones que tienen las personas acerca de las características del cuidado humano, desde sus creencias y valores culturales”. (p.28).

La utilización de la etnoenfermería sirve para desarrollar conocimiento propio para la disciplina de enfermería al descubrir las prácticas de cuidado que realizan las mujeres hispano-indígenas víctimas de violencia doméstica. Para la recolección productiva de los datos se utilizó la entrevista a profundidad, observaciones, notas de campo y las reflexiones acerca de la información recabada. Se estableció contacto con las participantes clave entrevistadas, en un Centro de Salud en la ciudad de Santiago de Veraguas, con el apoyo de la trabajadora social del centro, que atiende a mujeres víctimas de violencia doméstica. Se firmaron los consentimientos informados para realizar las entrevistas y se trabajó en condiciones de privacidad.

### **Víctimas de violencia doméstica**

La familia desde mucho tiempo atrás, se consideró un espacio privado; nadie podía opinar ni intervenir en su dinámica. acerca de los tratos dados a los hijos y a las mujeres. Esto nos lo confirma Lorente y Lorente, (1998), citado por [Patró Hernández y Limaña Gras \(2005\)](#), cuando nos dice que: “Las creencias y mitos culturales asociados al sistema patriarcal han legitimado desde tiempos remotos el poder y la dominación del marido hacia la mujer y los hijos, despojando a estos de todo derecho legal, económico o social” (p.11). La esposa y los hijos fueron víctimas de golpizas, insultos, ya que eran una propiedad del marido, él podía hacer lo que quisiera para mantener el control sobre ellos.

Así que cuando hablamos de las víctimas nos referimos a las mujeres, así como nos lo señala [Blitchtein Wernicke y Reyes Solar. \(2012\)](#) cuando dicen que:

“Estudios como los realizados por Hindi en diez países (6) y por García-Moreno y su equipo en 2006, en quince sitios ubicados en diez países, dos de ellos en Perú, coinciden en la identificación de una elevada prevalencia de violencia física o sexual de pareja. Las víctimas más

frecuentes de violencia doméstica son los grupos más vulnerables, mujeres, niños, niñas y ancianos. Muchas investigaciones señalan que las mujeres son el grupo más victimizado hacia la mujer” (p. 35).

Las mujeres son identificadas como los grupos más vulnerables para sufrir de violencia doméstica en el mundo según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), el cual dice que: “En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%” (p.1). Además, en algún momento de la vida de la mujer se le presenta un incidente de violencia doméstica, apunta también la OMS (2013):

“Una de cada 3 mujeres sufre violencia física o sexual infligida por la pareja en algún momento de su vida. Estudios realizados en diferentes países demuestran que el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida se sitúa entre el 15% y el 71%” (p.2).

La mujer sigue estando en un nivel de subordinación al hombre; son esquemas que comparten hombres y mujeres y que resultan de procesos de socialización y de aprendizaje, según los cuales las mujeres son propiedad de esposos, maridos, novios o padres. Esto hace que los hombres se sientan dueños de ellas, de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos y que consideren que las mujeres están para satisfacer las necesidades de los hombres. La violencia es una conducta que a pesar de los años se les sigue enseñando y modelando a los niños y niñas como nos señala [Rodríguez, H. \(2008\)](#) cuando afirma que a violencia es una manifestación cultural aprendida, y que en el seno familiar se sustentan poderes que la legitiman, desde entender al otro u otra como propiedad y no como persona con libertad de decisión.

Por otro lado, tanto las mujeres como los hombres enseñan y modelan a sus hijos e hijas comportamientos de subordinación de las mujeres a los hombres y esto ocurre aun cuando las propias mujeres se ocupen mayoritariamente de la crianza de los niños. Es que se trata de una especie de mandato social, de un ciclo que se repite en muchas sociedades permitiendo que estas normas se arraiguen más en el comportamiento social aceptado por la sociedad.

Es el arraigo cultural que tiene la conducta violenta, lo que hace que se siga aceptando dicho comportamiento como normal y que la violencia de género se perpetúe pese a los grandes avances tecnológicos y sociales de hoy.

### **El Estudio**

Para conocer las creencias y las prácticas culturales de salud de las mujeres víctimas de violencia doméstica se utilizó la entrevista en profundidad, para recoger la perspectiva de las mujeres acerca de las prácticas culturales de salud que ellas utilizan para cuidar su salud física y mental y así evitar los daños, que la violencia vivida, trae consigo.

Este artículo se refiere a las tres primeras entrevistas a mujeres víctimas de violencia doméstica, que viven en la ciudad de Santiago. Los criterios para escoger a las participantes del estudio fueron: que hubieran vivido alguna situación de violencia doméstica, que residieran en la ciudad de Santiago, de la provincia de Veraguas, de la República de Panamá, y que consintiera de manera informada en hablar de la situación de violencia doméstica vivida.

Las edades de las participantes estaban entre 28 y 35 años; dos estaban casadas por lo civil y una unida; dos poseen estudios universitarios no completados y otra formación secundaria completa. Las tres mujeres generaban ingresos económicos al hogar, ya que trabajaban; no dependían de sus conyugues para el sustento.

Dos de las informantes se desempeñaban como docentes y una era vendedora a domicilio. En cuanto al cuadro de violencia vivida, las tres habían sufrido violencia física, una con empujones y violencia verbal y psicológica; la segunda con golpes físicos, violencia verbal y psicológica; y la tercera había sido agredida con arma blanca en el abdomen, además de violencia verbal y psicológica. Las tres mujeres habían tenido varios episodios de violencia doméstica y se habían separado y vuelto a reconciliar con el agresor, en varias ocasiones.

El método de etnoenfermería señala que es necesario realizar el análisis preliminar después de cada entrevista para lograr la saturación, es decir para saber cuándo hemos completado la colección de datos. Al concluir la tercera entrevista seguían saliendo datos nuevos, por lo que siguió hasta alcanzar siete (7) entrevistas. Este estudio, se refiere a los datos preliminares que arrojaron las tres primeras entrevistas.

Las tres participantes del estudio identificaron el consumo de alcohol del agresor como un factor detonante para la violencia doméstica. Una de las participantes manifestó que su pareja se tornaba mucho más violento con el consumo de alcohol. Por otro lado, una participante manifestó que ella salía con sus amigas y que consumía alcohol en forma ocasional, para liberarse del estrés.

En el momento de la entrevista las tres mujeres estaban separadas de sus cónyuges. Las tres refieren tener conocimiento de la infidelidad de los mismos, además de manifestar que los celos y la infidelidad eran uno de los motivos por los cuales discutían y se presentaba la violencia.

Otro elemento importante es la baja autoestima por parte de las víctimas. Una de las participantes sentía que su vida giraba alrededor de su pareja; ella era menos; él era un hombre estudiado y ella no había terminado su carrera. Las otras dos participantes manifestaron que sus parejas las hacían sentirse menos, que no eran atractivas, ni sabían hacer bien las cosas.

En resumen, tres factores son comunes a las experiencias de violencia doméstica vivida por nuestras informantes clave: la baja auto estima por parte de la víctima, la infidelidad masculina y el consumo de alcohol por parte del agresor.

### **Consumo de Alcohol por Parte del Agresor**

El consumo de alcohol y drogas es uno de los factores predisponentes de la violencia doméstica, tal como han identificado muchas investigaciones sobre el tema, de manera que entre más se consume alcohol por parte del agresor más riesgo hay de sufrir de violencia. Así lo señalan Blitchtein Reyes (2012): “las mujeres con parejas que toman alcohol hasta la embriaguez frecuentemente, tienen siete veces más riesgo de sufrir violencia física por su pareja, que las que no lo tienen” (p.40). Incluso las mismas víctimas identifican el alcohol como un detonante para la violencia (Bott, Guedes, Goodwin y Adams, 2012). Estos autores afirman que: “las mujeres señalan muchas situaciones diferentes que ‘desencadenan’ violencia de parte del compañero íntimo, pero en casi todos los entornos el consumo de alcohol por parte de este desempeña un papel importante” (p.18).

Así lo pusieron de manifiesto las participantes cuando dijeron:

*“él siempre toma demasiado y esto siempre... altera a las personas obviamente de la parte... como le puedo explicar la parte lúcida a la parte que no es lúcida. Se torna agresivo, él ya estaba tomando bastante...Forcejamos, mucho, “el me apretó tanto el cuello que yo sentía que se me escapaba la vida” C1*

*“Él llegaba tomado de la calle, tarde en la noche, discutíamos por cualquier cosa y comenzaba la violencia, el alcohol lo ponía más agresivo, uno pierde ese sentido de ver la vida bonita, de luchar, de echar para adelante, de que existe un futuro”. C2*

*“El salía con otras mujeres, así comenzó la violencia de mi esposo hacia mí, me gritaba, me insultaba, me pegaba cuando venía a la casa borracho, así que puse una denuncia”. C3*

Aunque las tres participantes manifiestan que, en las situaciones de violencia vivida, el agresor estaba bajo la influencia del alcohol, teniendo más probabilidades de sufrir violencia doméstica, cabe señalar que no se puede justificar la violencia por el consumo del alcohol.

El consumo de alcohol genera muchos problemas físicos y mentales para el consumidor y para su familia. El alcoholismo está asociado a comportamientos violentos, hay muchos estudios que identifican el alcoholismo como un factor de riesgo para la violencia doméstica, así nos lo indica Herrera Paredes y Arena Ventura (2010) cuando nos dice que:

*“...el alcoholismo registra un gran porcentaje de situaciones en que las mujeres son agredidas por sus compañeros conyugales, que están bajo el efecto del alcohol. De esta forma, se verifica una mayor vulnerabilidad femenina frente a la violencia familiar y también que la presencia del alcohol en el hogar se relaciona de manera importante con la agresión familiar, principalmente contra las mujeres, siendo una variable de riesgo” (p. 560),*

## **Infidelidad y Su Relación con la Violencia Doméstica**

Cuando hablamos de la infidelidad casi siempre nos referimos a las relaciones maritales o de noviazgo, a pesar de que el término se puede aplicar a la falta a los valores y principios éticos personales. En esta ocasión estamos tratando específicamente de la infidelidad conyugal, situación que involucra muchos aspectos, emociones y sentimientos que pueden estimular comportamientos violentos. Se define infidelidad conyugal según [Hernández y Pérez \(2007\)](#) como: “una construcción sociocultural resultado de la instauración del patriarcado al derogar el derecho materno, y por tanto comporta en sí mismo, significados claramente diferenciados para hombres y mujeres” (p.3).

Por otro lado, según Buss et al (1999) citados por [Canto Ortiz, García Leiva, Gómez Jacinto \(2009\)](#) hay diferencias emocionales según el sexo, frente a la infidelidad: “los hombres se sienten más preocupados que las mujeres por una hipotética infidelidad sexual de sus parejas ... las mujeres se sienten peor que los hombres ante una hipotética infidelidad emocional” (p.40). Esto explica, en parte, que muchas de las situaciones de violencia doméstica se presenten por una supuesta infidelidad de la mujer; la preocupación de los hombres, sus inseguridades, se reflejan en comportamientos violentos que la mayoría de las veces desencadenan en un hecho de violencia doméstica.

Un aspecto que no podemos perder de vista es el que nos plantean [Agoff, Rajsbaum, Herrera \(2006\)](#) acerca de los intereses que están detrás de una unión familiar y que la infidelidad desequilibra:

“... la infidelidad no debe situarse necesariamente en el ámbito de los sentimientos de ambos cónyuges, sino en el de los intereses que la unión conyugal representa para cada uno: se trata de que ella no transgreda una norma que lo colocaría a él en una situación de poca hombría y de dignidad manchada. En el caso de la mujer, la amenaza de que él le sea infiel conlleva el riesgo de perder eventualmente la manutención para ella y sus hijos y/o el estatus social que le confiere tener una pareja estable y unida (p.311).

La infidelidad es un comportamiento que se agrava mucho más, ya que dificulta la convivencia y la búsqueda de soluciones pacíficas a los problemas del diario vivir que enfrentan las mujeres: según cuando nos dice que:

“La mayor parte de las mujeres conviven con el problema de la infidelidad masculina y de la violencia doméstica, que resulta agravado por las circunstancias que dificultan la sobrevivencia. La mayoría de las mujeres se somete y adopta un comportamiento pasivo, o expresa sus quejas generando nuevas discusiones y agresiones en la pareja, lo cual no contribuye a modificar el proceder del hombre, ni a preservar la integridad física y síquica de la mujer. Esto revela la dominación masculina ejercida en las relaciones entre ambos sexos, y caracteriza las asimetrías de las relaciones de género presentes en el

matrimonio, reflejando las condiciones de sumisión a las que están expuestas estas mujeres” [Cizino Da Trindade, De Almeida, Alves Rosendo, \(2008\): p. 1\).](#)

Los relatos de las participantes de nuestro estudio, identifican a la infidelidad asociada al maltrato por parte de su pareja, quien supuestamente la maltrata impulsado por cuestiones que van más allá de él:

*“... me encuentro con un mensaje que él le había mandado a una mujer, y confirmaba lo que yo presentía que él andaba con otra mujer y como el acababa de llegar de un Congreso... yo me disgustó y yo estrello el celular en el suelo... luego él me agarra se lanza contra mí, trata de estrangularme”***C1**

*“ Él era indispensable en mi vida” yo le perdono las infidelidades, tanto que hay un hijo por fuera del matrimonio, yo obvie eso, cuando me di cuenta de eso, el amor de pareja se iba perdiendo y cuando él quiso retomar eso, cuando vio que yo no quería nada con él, yo a él lo respete tanto, yo nunca me metí con ningún otro hombre”***C2**

*“El comienza una relación con la hermana de una comadre mía, la mujer fue a mi casa, a decirme que tenía una relación de un año con mi esposo. Yo le reclame y él me “zarandeo” del brazo, me insulta, niega la relación”***C3**

### **Baja Autoestima de la Víctima de Violencia Doméstica**

La autoestima es la forma en que cada persona se valora a sí misma, como se siente consigo misma, con respecto a sus actuaciones, sus habilidades, sus potencialidades y como se siente valorada por las demás personas. Las mujeres partimos de una valoración inferior porque nuestra sociedad valora más al hombre que a la mujer, lo que incide en la autoestima. Se aprende en los hogares con roles tradicionales donde observan malos tratos a los miembros de género femenino.

Todos estos elementos condicionan nuestra autoestima. Por ello, cuando convivimos con un hombre agresor, nuestra autoestima baja, incluso hasta llegar a perder la propia identidad (me comporto como me indican, no sé qué hacer, ¿qué quiere que haga?). La autoimagen y el auto concepto forman parte de la autoestima, la confianza es importante para sentirnos bien, como nos dice [Carneiro Vianna, Teodoro Bomfim y Chicone \(2006\):](#)

*“La satisfacción de necesidades de autoestima lleva al individuo a sentir confianza en sí mismo (en su valor, fuerza, capacidad y adecuación), que es más útil y necesario al mundo. La falta de satisfacción produce en el individuo un sentimiento de inferioridad, flaqueza e impotencia” (p.2).*

Una baja autoestima afecta la sensación de seguridad, una necesidad básica de toda persona que incluye el sentirse bien con ella misma y con su entorno, pues como indican: Carneiro Vianna, et al (2006):

“Las necesidades básicas están entrecruzadas y el bienestar depende de la seguridad: cuanto más seguros nos sentimos en el ambiente en que estamos circunscritos, nuestra autoestima estará siendo alimentada por la confianza y respeto, y consecuentemente se mantendrá elevada” (p.2).

En sus relatos las mujeres entrevistadas, asocian la baja autoestima con el maltrato por parte de la pareja, quien supuestamente las maltrataban porque ellas no hacían bien las cosas:

*“...porque siempre yo me consideraba como inferior... Y en esta situación yo le creía lo él me decía por esto he vivido todo esto... él, era mi vida, pero me hacía sentir que, sin él, yo no podía vivir, no podía sobrevivir, y eso a lo que yo me aferraba a pensar” E1*

*“Mi esposo no quería que estudiara porque él no quería que yo tuviera aspiraciones, así que me salí de la universidad, porque él se frustraba y discutíamos mucho, no quería que él se molestara no quería más problemas”. E2*

*“No me sentía bien como mujer, me sentía que no servía. Cuando yo le preguntaba, se tornaba violento, “tú no eres nadie para preguntarme nada”, me empuja, me insultaba, me denigraba como mujer. Me sentía que no servía para nada, por eso me golpea, no soy una mujer”. E3*

Se observa en el discurso de las víctimas que la falta de autoconfianza las vuelve dependientes y simultáneamente endiosan a la persona de la cual dependen. Esta situación hace que ellas no puedan identificar que el irrespeto e incluso las agresiones recibidas de esa persona admirada y necesitada, son formas de agresión que bajo ningún concepto ellas se merecen.

### **Consideraciones Finales**

Mucha gente piensa que el problema de la violencia doméstica en el mundo no tiene solución; que está arraigado en las normas y conductas sociales y que no se puede cambiar. Pero cada persona es parte de la solución, en la medida en que rechazemos la violencia y favorezcamos los ambientes de paz y armonía, con medios no violentos para resolver dificultades.

Desde el enfoque cultural, la violencia doméstica se acepta como algo normal, actitud que constituye una conducta aprendida, pues la han visto en sus hogares, han crecido con esos comportamientos. La mujer maltratada se encuentra atrapada entre el agresor que abusa de ella y ese mismo agresor que suple sus necesidades y las de sus hijos.

Son muchos los factores asociados a la violencia doméstica. De acuerdo con nuestro estudio, los hallazgos indican la baja autoestima de las víctimas, como consecuencia de los años de maltrato vivido, desde la infancia hasta el periodo adulto. Otro factor es el consumo de alcohol por parte del agresor, que al consumir alcohol, es un medio, para justificar su comportamiento violento escudando su cobardía con el consumo de alcohol, su impotencia para resolver problemas del diario vivir y como excusa para rehuir sus responsabilidades de hombre cabeza de hogar, posición que él como hombre solicitó y juro cumplir su palabra, ante una mujer que el escogió para ser la madre de sus hijos, lo que implica inconsistencia en su papel de hombre cabeza de familia con la responsabilidad adquirida de ser el proveedor de las necesidades de su familias, preservar la igualdad de derechos de todos los miembros de su familia y ser el guardián de la paz en el hogar.

Por último, la infidelidad del agresor o los celos por parte de ambos miembros de la pareja, resultan ser detonantes de la violencia en el hogar, que en ocasiones termina con la muerte de un miembro de la pareja. La violencia doméstica es un problema de todos y por ello todos los sectores de la sociedad deben participar en la planificación de programas de prevención de este problema, el sector educación, salud, administración de la justicia, medios de comunicación y servicios sociales.

#### Referencias

**Agoff, C. Rajsbaum, A. Herrera, C. (2006).** Perspectivas de las Mujeres Maltratadas Sobre la Violencia de Pareja en México. *Revista de Salud pública*. México. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000800011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800011)

**Alencar- Rodríguez, R. Cantera, L. (2013).** Del Laberinto Hasta el Camino Hacia la Recuperación de la Violencia. *Revista Redalyc. Interamerican Journal of Psychology*, vol. 47, num. 1, pp. 61-69. Sociedad Interamericana de Psicología. Austin, Organismo Internacional. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28426980008>

**Blitchtein Winicki, Reyes Solar. (2012).** Factores Asociados a Violencia Física Reciente de Pareja Hacia la Mujer en Perú, 2004-2007. *Revista Perú Med Exp Salud Pública*. Pag.35-43. Recuperado de: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n1.a06.pdf>

**Bott, S. Guede, A. Goodwin, M. Adams, J. (2012).** Violencia Contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, D.C. OPS. Recuperado de: <https://goo.gl/sBPwnJ>

**Canto Ortiz, J. García Leiva, P. Gómez Jacinto, J. (2009).** Celos y Emociones: Factores de la Relación de Pareja en la Reacción ante la Infidelidad. *Revista Redalyc Org. Athenea Digital*, Universidad Autónoma de Barcelona España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53712929003>

**Carneiro Vianna, L. Teodoro Bomfim, G. Chicone, G. (2006).** Autoestima de las Mujeres que Sufrieron Violencias. Artículo Original. *Revista Latino-am Enfermagem*. Septiembre-octubre. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es\\_v14n5a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a09.pdf)

**Cizino Da Trindade, R. De Almeida, A. Alves Rosendo, C. (2008).** Infidelidad Masculina y Violencia Domestica: La Experiencia de un Grupo de Mujeres. *Revista Ciencia y Enfermería XV*. Pag. 36-46. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art06.pdf>

**Fiestas, F. Rojas, R. Gushiken, A. Gozzer, E. (2012).** ¿Quién es la Víctima y Quién el Agresor en la Violencia Física entre Parejas? Estudio Epidemiológico en Siete Ciudades del Perú. *Revista Peruana Medica*

*Experimental y Salud Pública*. vol.29 no.1 Lima. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100007&script=sci_arttext)

**Gobierno Nacional de Panamá. (2013).** *Informe Panamá. Primera Reunión de la Conferencia Regional. Sobre Población y Desarrollo de América Latina*. Montevideo, Uruguay del 12 al 15 de agosto Recuperado de: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/50639/CRPD\\_Panama.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/50639/CRPD_Panama.pdf)

**Gordón de Isaacs, L. (2015).** *Cuidado Cultural: Investigación y Práctica*. Panamá. Imprenta Universitaria. Universidad de Panamá.

**Herrera Paredes, J.M. y Arena Ventura, C.A. (2010).** Consumo de Alcohol y Violencia Doméstica Contra las Mujeres: un Estudio con Estudiantes Universitarias de México. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. May-Jun; 18(Spec):557-64 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939011>

**Hernández García, Y. Pérez Gallo, V. (2007).** Un Análisis Feminista de la Infidelidad Conyugal. *Revista Redalyc Org*. pp. 113-119, Universidad Complutense de Madrid España. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/181/18153299008.pdf>

**Ortega-Ceballos, P. Mudgal, J. Flores, Y. Rivera-Rivera, L. Díaz-Montiel, J. Salmerón, J. (2007).** Determinantes de Violencia de Pareja en Trabajadoras IMSS Morelos. *Salud Pública de México*. 2007;49(5):357-366. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000500006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500006)

**Patró Hernández, R. Limaña Gras, R. (2005).** Víctimas de Violencia Familiar: Consecuencias Psicológicas en Hijos de Mujeres Maltratadas. Universidad de Murcia. *Revistas Anales de Psicología*. Vol. 21, n° 1 (junio), 11-17. España. Recuperado de:  
<https://search.proquest.com/openview/dd4a90e809c87feda7323612098540ba/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360>

**Perluz, S. (2017).** La Violencia Familiar (conyugal/pareja) en las Ciudades de Cartagena y Barranquilla en el Caribe Colombiano. *Pensamiento Americano Vol. 10 - No. 18 • Enero-Junio • Corporación Universitaria Americana • Barranquilla, Colombia • ISSN: 2027-2448 • pp. 161-178*, Recuperado de:  
<http://www.coruniamericana.edu.co/publicaciones/ojs/index.php/pensamientoamericano/article/view/391>

**Rodríguez, Hortensia N. (2008).** Violencia de Género en Cartagena de Indias: Crónicas e Imágenes de un Amor que se Revela. Tratos Inhumanos y Crueles. *Revista Palabras*. Recuperado de:  
<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/palobra/article/view/208/0>

**Vaiz Bonifaz, R. y Nakano, A. (2004).** La Violencia Intrafamiliar, el Uso de Drogas en la Pareja, desde la Perspectiva de la Mujer Maltratada. *Revista Latino Americana de Enfermagem Vol.12:433-438* Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea20.pdf>

Recibido: 12 de Agosto 2017  
Aprobado: 14 de Octubre 2017

## Mujer Indígena y Cuidados Durante el Embarazo y Puerperio

Por:

**Magister Marta A. Acosta C.** Candidata Doctoral. Programa de Doctorado en Enfermería con Énfasis Salud Internacional. Profesora Agregada de Administración en los Servicios de Salud en el Centro Regional Universitario de Veraguas, (CRUV). Universidad de Panamá. E mail: [macosta9@hotmail.com](mailto:macosta9@hotmail.com)

**Diamantina Cleghorn Spencer.** MPH; PhD; Estudios Post Doctoral en Salud Pública Global.

Profesora Titular de Salud Pública. Departamento de Salud Pública. Facultad de Enfermería de Enfermería. Universidad de Panamá. E mail: [diacleghorn@hotmail.com](mailto:diacleghorn@hotmail.com)

### Resumen

En los albores de este siglo XXI, con un indiscutible escenario de grandes avances de la ciencia y la tecnología, se presenta la realidad con la que la población de pueblos originarios resiste, con urgentes modificaciones y efectos resilientes para dar sentido a la vida que le corresponde aceptar, sin sucumbir a su incierto destino.

Los pueblos originarios de nuestra América, al igual que en Panamá, con los escasos recursos que logra conseguir para su supervivencia, los Ngäbe-Buglé y otros pueblos indígenas, efectúan ingentes esfuerzos para la supervivencia. De manera que ser pobre, ser indígena y mujer, en un área rural, representa un gran reto para desafiar a la vida y el universo.

**Objetivo.** Presentar resultados en relación con investigaciones efectuadas en torno a la temática de la mujer indígena y su salud durante el embarazo y el puerperio.

**Metodología.** Revisión de artículos científicos, de investigaciones realizadas en América, en relación con la mujer indígena y los cuidados durante el embarazo y el puerperio, en las principales bases de datos disponibles en ciencias de la salud y de enfermería.

**Resultados.** Las mujeres acceden a los servicios de salud con las características de doble desventajas: ser mujer y ser indígena. El significado que le asigna la mujer a su cuidado durante el embarazo y el puerperio es diverso y está influido por el componente cultural, con prácticas y creencias.

**Conclusiones.** La salud de la mujer indígena debe considerarse como prioridad en la prestación de los servicios de salud. El Objetivo 5 de Desarrollo Sostenible enfoca que se debe “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”.

**Palabras clave:** Salud de la Mujer, Servicios de Salud, Embarazo, Periodo Posparto.

## **Indigenous Woman and Care During Pregnancy and Postpartum**

### **Abstract**

At the dawn of this 21st century, with an undeniable scenario of great advances in science and technology, we present the reality with which the population of indigenous peoples resists, with urgent modifications and resilient effects to give meaning to the life that corresponds to accept, without succumbing to its uncertain destiny.

The original peoples of our America, as in Panama, with the scarce resources that the Ngäbe-Buglé and other indigenous peoples manage to obtain for their survival, make enormous efforts for their survival. So being poor, being indigenous and woman, in a rural area, represents a great challenge to challenge life and the universe.

**Objective.** Present results in relation to research conducted on the topic of indigenous women and their health during pregnancy and the puerperium.

**Methodology.** Review of scientific articles, research conducted in America, in relation to indigenous women and care during pregnancy and puerperium, in the main databases available in health sciences and nursing.

**Results.** Women have access to health services with the characteristics of double disadvantages: being a woman and being indigenous. The meaning that the woman assigns to her care during pregnancy and the puerperium is diverse and is influenced by the cultural component, with practices and beliefs.

**Conclusions.** The health of indigenous women should be considered as a priority in the provision of health services. The Sustainable Development Goal focuses on "Achieving gender equality and empowering all women and girls."

**Key words:** Women's Health, Health Services, Pregnancy, Postpartum Period.

## **Mulher Indígena e Cuidados Durante a Gravidez e Puerperio**

### **Resumo:**

No início deste século 21, com um cenário inegável de grandes avanços em ciência e tecnologia, apresentamos a realidade com a qual a população de povos indígenas resiste, com modificações urgentes e efeitos resilientes para dar sentido à vida que corresponde aceitar, sem sucumbir ao seu destino incerto.

Os povos nativos de nossa América, como no Panamá os Ngäbe-Buglé e outros povos indígenas, com os escassos recursos que conseguem obter fazem enormes esforços para sua sobrevivência. Portanto, ser pobre, ser indígena e mulher, em uma área rural, representa um grande desafio para desafiar a vida e o universo.

**Objetivo:** Apresentar resultados em relação à pesquisa realizada sobre o tema das mulheres indígenas e sua saúde durante a gravidez e o puerpério.

**Metodologia:** Revisão de artigos científicos, de pesquisas realizadas na América, em relação às mulheres indígenas e cuidados durante a gravidez e puerpério, nas principais bases de dados disponíveis em ciências da saúde e enfermagem.

**Resultados:** As mulheres têm acesso a serviços de saúde com características de dupla desvantagem: ser mulher e ser indígena. O significado que a mulher atribui a seus cuidados durante a gravidez e o puerpério é diversificado e é influenciado pelo componente cultural, com práticas e crenças.

**Conclusões:** A saúde das mulheres indígenas deve ser considerada como uma prioridade na prestação de serviços de saúde. O Objetivo 5 do Desenvolvimento Sustentável enfoca "alcançar a igualdade de gênero e capacitar todas as mulheres e meninas".

**Palavras Chaves:** Saúde da Mulher, Serviços de Saúde, Gravidez, Período Pós- Parto.

## **Introducción**

En esta nueva era de la información y comunicación, en la cual parece que todas las necesidades básicas han sido resueltas para la humanidad.

Sin embargo, hoy en día se encuentra pendiente el reto de la solución a problemas básicos en nuestra humanidad, en el grupo de los pueblos originarios de nuestra América, al igual que en Panamá, con los escasos recursos que logra conseguir, para su supervivencia, éstos efectúan ingentes esfuerzos para la supervivencia.

De manera que, ser pobre, ser indígena y mujer, viviendo en un área rural, representa un gran reto para el desafío a la vida y al Universo. De acuerdo a las ideas anteriores, la situación de la mujer indígena se enuncia en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, los cuales fueron aprobados por 193 Estados Miembros que la suscribieron en la Agenda 2030, en septiembre de 2015, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

De manera que el Objetivo 5, se enfoca en “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”. Recuperado de:

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

Desde la perspectiva del estudio titulado Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino, realizado por [Vásquez Laba, V. P. et. al. \(2015\)](#), las mujeres acceden a los servicios de salud con las características de doble desventajas: ser mujer y ser indígena.

Por su parte, [Noreña Herrera, C.; et. al. \(2015\)](#), en su estudio Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes, refiere que las mujeres indígenas tienen “...menores probabilidades de un número adecuado de controles prenatales (OR=0,61) ...”

En cuanto a la atención institucional del parto: indígenas (OR=0,33). En relación a los controles posparto. Indígenas (0,80). Por lo tanto, existen inequidades en la utilización de los servicios de salud reproductiva en las mujeres de grupos étnicos de Colombia.

De igual manera, [Leyva Flores, R.; et. al \(2013\)](#), se refieren en su estudio a la Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012, manifestando que el 60% del total de la población indígena de México, se ubica en el nivel socioeconómico más bajo.

En cuanto a la atención hospitalaria del parto en indígenas aumentó de 63.8 a 76.4% en población, y continúa la diferencia con no indígenas de 93.9%.

Por lo tanto, no se observan cambios en la atención de salud (de 7.1 a 6.4%), a pesar de que el Seguro Popular amplió su cobertura de 14 a 61.9% en población indígena en comparación con la no indígena (de 10 a 35.7%).

Por otro lado, [Prieto Bocanegra, B.; Ruiz Cárdenas, C. H. \(2013\)](#), en su estudio sobre Significado durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias religiosas, señala que el significado que le asigna la mujer a su cuidado durante el puerperio es diverso y está influido por el componente cultural, debido a que las prácticas y creencias surgen a partir de esta dimensión; al igual que los factores socioculturales determinan este cuidado en relación a los valores, creencias y estilos de vida; asimismo los factores sociales y de parentesco. En una menor proporción influyen en el cuidado los factores religiosos, políticos y económicos. De igual manera, la lactancia requiere del apoyo de la familia y del profesional de enfermería, por las diversas dificultades que se presentan en los primeros días de lactancia.

[Barrionuevo Rosas, L.; et. al. \(2013\)](#), señala en su estudio ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolau en Perú?, que el 62,7% de las mujeres sexualmente activas se habían realizado algún PAP en los últimos 5 años.

Al igual que, las mujeres que tenían la participación más baja eran las analfabetas o con educación primaria, de nivel socioeconómico bajo, con antecedente de lengua indígena y que vivían en las zonas rurales (siendo esta brecha mayor cuando además no tenían seguro de salud, llegando a ser hasta la tercera parte en relación con los grupos sociales más favorecidos.

Por lo tanto, las mujeres sin seguro suponen una barrera para el acceso a cribado de cáncer de cérvix en Perú.

Otro aspecto a considerar en los grupos de pueblos originarios, de acuerdo con [Cabada Ramos, E., et. al. \(2015\)](#), en su estudio referente a la Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena, se refiere a que la depresión

posparto debe ser considerada con base en variables biopsicosociales y su identificación tempranamente.

De igual forma no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos: rural, urbana e indígena. Los resultados identificaron que presentan depresión posparto, en este estudio, un 16% correspondió a población urbana, un 26% a la población rural y 27% a la población indígena.

Se debe considerar la participación de la familia en el bienestar de la gestante y sus cuidados propios, alimentación y actividades, ofrecidos por la familia, que inciden en la protección de la vida de la gestante y del bebé, como lo enuncia, [Oviedo. M. P.; et. al. \(2013\)](#), en su estudio titulado Comunidades Emberá y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación.

Otro aspecto a considerar, corresponde a la mediación de las diferencias culturales entre los sistemas médicos y tradicionales, por lo que es necesario la comprensión de la preservación de los cuidados culturales de la familia Nasa y el reconocimiento de la medicina facultativa; lo cual es demostrado en el estudio sobre Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009, efectuado por [Muñoz Bravo, S. F.; et. al. \(2012\)](#).

**Metodología:** Se realiza búsquedas en las principales bases de datos disponibles en Ciencias de la Salud y de Enfermería, al igual que The Cochrane Library, Medline, Lilacs y CUIDEN, Latindex, Scielo, Redalyc, Dialnet, EBSCO, NCBI, Fistera, PubMed.

Se utilizó los descriptores de: mujer indígena, salud indígena, pueblos originarios y salud, salud de la mujer, salud sexual y reproductiva, cuidados, embarazo y puerperio. Se localizó fuentes bibliográficas, de los cuales en una primera selección se escogió los documentos de estudios tanto de tipo cualitativo, como cuantitativo, o con diseños mixtos, apoyados en revisiones bibliográficas de las fuentes descritas.

## **Resultados.**

Es necesario incidir en los cambios comportamentales con intervenciones educativas en los pueblos originarios hacia las prácticas culturales de la salud, incluyendo los saberes de la medicina facultativa. Saber integrar los dos saberes, tanto de los pueblos originarios, como de los facultativos de las ciencias de la salud.

Las mujeres que acceden a los servicios de salud, cuentan con doble dificultad y desventaja, establecido en dos factores adversos, ser mujer y ser indígena, debido a los prejuicios étnicos raciales, que han sido motivadas por las creencias religiosas de las mujeres.

De aquí que, en las épocas cruciales de la salud reproductiva como el embarazo, no mantienen un adecuado número de controles prenatales, con riesgo de su salud durante el embarazo, y la de su bebé en gestación.

De igual manera, el acceso a los servicios de salud, está influido por la tenencia o no de seguro de salud, y aun manteniendo un Seguro Popular, el cual debiera ser garantía de acceso a los servicios de salud, no asegura la atención. Por lo tanto, las mujeres que presentan mayores dificultades, las que son analfabetas o con educación primaria, nivel socioeconómico bajo, antecedente de lengua indígena y que viven en zonas rurales; siendo éstas las que no acuden a sus controles de toma de citología cervical (cribado de cáncer de cérvix).

De la misma manera, las mujeres indígenas son las que no son cubiertas por atención hospitalaria del parto en su totalidad. A pesar de esta situación, las mujeres reclaman su espacio y solicitan que sus derechos sean escuchados, atendidos y resueltos. La mayoría de los sistemas de salud de hoy en día, no reconocen la importancia de las parteras y no se toman en consideración los aspectos socioculturales de cada comunidad y país. De manera que las mujeres indígenas, en circunstancias actuales y de acuerdo a las situaciones de vida, manifiestan resistencia por ser atendidas por médicos.

Más bien, algunas etnias prefieren realizar prácticas de cuidados según sus creencias culturales, y es practicada por las mujeres. Prefieren realizar prácticas de cuidados que incidan en la salud durante el puerperio y cuidado del hijo, a través del secreto de la medicina tradicional.

Debido a las dificultades que las mujeres indígenas presentan y confrontan para acceder a los servicios de salud oportunamente, en algunos estudios se refleja la necesidad de atención a la salud, en que se deben considerar las diferencias culturales y étnicas.

Es meritorio mencionar que la mayoría de los sistemas de salud de hoy en día, no reconocen la importancia de las parteras y no se toman en consideración los aspectos socioculturales de cada comunidad y país.

En general, debe considerarse la salud de la mujer, como la primera prioridad a nivel mundial, por ser la dadora de vida, por lo que es preciso mencionar los aspectos presentados en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, aprobados en la Agenda 2030, en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que involucra a la mujer indígena en el Objetivo 5.

### **Conclusiones.**

La salud de la mujer, debe representar la preeminencia de reconocimiento a nivel mundial, por ser la facilitadora de toda vida humana, por lo que es preciso enfatizar en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, aprobados en la Agenda 2030, en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, con la representación de 193 Estados Miembros que la firmaron con el compromiso de cumplimiento cabal.

Entre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos el Objetivo 5 se refiere la Igualdad de Género, es meritorio mencionar aspectos relacionados a la mujer indígena, a pesar de que no se efectúa énfasis específicamente en las etnias originarias.

Lograr “...la igualdad entre los géneros...” y “...empoderar a las mujeres y las niñas...”

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** Entre las metas, se destacan las que a continuación se describen:

- Poner fin todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.  
Sin embargo, **Tubin, V. (2015)**, manifiesta que “la denigración de las mujeres es parte del sistema patriarcal y racial, con prácticas particulares, que opera con impunidad, legitimidad...” de manera que son formas de violencia que...” “...atentan contra la dignidad de mayas, garífunas y xinkas”, a las que, continúa refiriendo...” “se les niega el derecho a ser parte de su territorio, cosmovisión y visión política...”.
- Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Emprender reformas que otorguen a las mujeres el derecho a los recursos económicos en condiciones de igualdad, así como el acceso a la propiedad y al control de las tierras y otros bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

De acuerdo a estas Metas, señaladas en el Objetivo 5 de Desarrollo Sostenible, es preciso, dirigir estrategias que induzcan a la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva de nuestras mujeres, principalmente, las que pertenecen a las diversas etnias culturales de Panamá, Centroamérica y el Mundo.

#### Referencias:

**Barrionuevo Rosas, L., Palencia, L. y Borrell, C. (2013).** ¿Cómo Afecta el Tipo de Seguro de Salud a la Realización del Papanicolau en Perú? Rev. Panamá Salud Pública 34(6), 393-400. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a04.pdf>

**Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, J., y Quintino, F. (2013).** Inequidad Persistente en Salud y Acceso a los Servicios para los Pueblos Indígenas de México, 2006-2012. Salud Pública Mex. 55(2), 23-28. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a8.pdf>

**Noreña, C., Leyva, R., Palacio, L. y Duarte, M. (2015).** Inequidad en la Utilización de Servicios de Salud Reproductiva en Colombia en Mujeres Indígenas y Afrodescendientes. Cad. Saúde Pública, 31(12). Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&nrm=iso&tlang=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&nrm=iso&tlang=en)

**Organización de las Naciones Unidas (2016).** Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 5. Recuperado de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

**Prieto, B. y Ruiz, H. (2013).** Significados Durante el Puerperio: A Partir de Prácticas y Creencias Culturales. Chía, 13(1), 7-16. Recuperado de: [http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763/pdf\\_1](http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763/pdf_1)

**Cabada Ramos, E., et. al. (2015).** Prevalencia de los Síntomas de Depresión Posparto en Población Urbana, Rural e Indígena. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, (20)1, 18-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345916004>

**Oviedo C, M. P., et. al. (2013).** Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: Prácticas de Cuidado Durante el Proceso de Gestación. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 32(2), 17-25. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a03.pdf>

**Muñoz, S., Castro, E., Castro, Z., Chávez, N. y Ortega, D. (2012).** Interculturalidad y Percepciones en Salud Materno Perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud, 44. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**Tubin, V. (2015).** Ser Mujer y Ser Maya. Recuperado de: <https://www.plazapublica.com.gt/content/ser-mujer-y-ser-maya>

**Vásquez, V., Rugna, C. y Perazzolo, R. (2014).** Creencias Religiosas y Prácticas Médicas Frente al Cuerpo de las Mujeres Indígenas del Norte Argentino. Revista Sociedad y Religión, 25(43), 47-69. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v25n43/v25n43a03.pdf>

Recibido: 06 de Septiembre 2017

Aprobado: 22 de Noviembre 2017

## **Perspectiva Integral del Abordaje al Fenómeno Sobrepeso y Obesidad en Adolescentes**

**Por:**

**Magali M. Díaz Aguirre.** Candidata Doctoral del Programa de Doctorado en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Profesora del Departamento de Salud Pública, Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá. Email: [magatin1959@gmail.com](mailto:magatin1959@gmail.com)

**Tutora, Dra. Lydia Gordón de Isaacs.** Departamento de Salud de Adultos. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Email: [isaacs@cwpanama.net](mailto:isaacs@cwpanama.net)

### **Resumen**

El sobrepeso y la obesidad, son la epidemia del siglo, su tendencia es aumentar sobre todo en países en vías de desarrollo, y pone en peligro los avances en materia de salud del mundo, los que es una cortapisa para el alcance los Objetivos de Desarrollo Sostenible, propuestos por las Naciones Unidas.

Presentamos el estado del arte del tema, enlazando con el mismo los aspectos culturales de los entornos comunitarios, escolares y familiares. Presentamos el perfil epidemiológico mundial, de América y de nuestro país. Se analiza la expresión más utilizada para definir el origen de la obesidad el “*entorno obeso génico*” que refuerzan nuestro argumento, de la necesidad de abordar el tema con nuevas perspectivas, de manera holística, siempre considerando que esa política o esa acción debe ser culturalmente congruente, tal como lo señala la teoría de la Dra. Madeleine Leininger: Enfermería transcultural.

Teoría que a nuestro juicio puede dar las bases filosóficas y conceptuales, que ayuden en un abordaje más efectivo de esta epidemia, que está diezmando a la población del mundo, sobre todo a nuestros niños y adolescentes, ya que la obesidad y el sobrepeso, está estrechamente relacionadas con una gama de enfermedades que son acosa de enfermedades y muerte.

**Palabras Claves:** Sobrepeso, Obesidad, Enfermedad, Enfermería Transcultural, Escolares, Familia.

## **Integral Perspective of the Approach to Overweight and Obesity in Teenagers**

### **Summary**

Overweight and obesity are the epidemic of the century, their tendency is to increase especially in developing countries, and it jeopardizes the advances in the health of the world, which is a breakthrough to reach the Development Goals Sustainable Development, proposed by the United Nations.

We present the state of the art of the subject, linking with it the cultural aspects of the community, school and family environments. We present the epidemiological profile of the Americas and of our country.

We analyze the most used expression to define the origin of obesity the "obesogenic environment" that reinforce our argument, from the need to approach the subject with new perspectives, in a holistic way, always considering that this policy or that action must be culturally congruent, as the theory of Dr. Madeleine Leininger points out: Cross-cultural nursing.

Theory that in our opinion can give the philosophical and conceptual bases, which help in a more effective approach to this epidemic, which is decimating the world's population, especially our children and adolescents, since obesity and overweight, is closely related to a range of diseases that are accused of illness and death.

**Keywords:** Overweight, Obesity, Disease, Transcultural Nursing, School Children, Family.

## **Fenómeno Sobrepeso y Obesidade en Adolescentes**

### **Resumo:**

O excesso de peso e a obesidade são a epidemia do século, a sua tendência é aumentar especialmente nos países em desenvolvimento e põe em perigo os avanços na saúde no mundo, o que é um obstáculo para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, proposto pelas Nações Unidas.

Apresentamos o estado da arte do tema, vinculando os aspectos culturais da comunidade, da escola e dos ambientes familiares. Apresentamos o perfil epidemiológico global da América e do nosso país. A expressão mais comumente utilizada é analisada para definir a origem da obesidade, o "ambiente obesogênico", que reforça nosso argumento sobre a necessidade de abordar a questão com novas perspectivas, de forma holística, considerando sempre que essa política ou ação deve ser culturalmente congruente, como afirmado na teoria da Dra. Madeleine Leininger: Enfermagem Transcultural.

Esta teoria, em nossa opinião, pode dar as bases filosóficas e conceituais que ajudem em uma abordagem mais efetiva desta epidemia, que está a dizimar a população do mundo, especialmente nossos filhos e adolescentes, já que obesidade e excesso de peso, está intimamente relacionado com uma série de doenças que causam doenças e morte.

**Palavras Chaves:** Sobrepeso, Obesidade, Enfermagem, Transcultural Enfermagem, Escolares, Família.

### **Introducción:**

La Obesidad es una condición de salud, que puede limitar la actividad y la participación del individuo, ya sea por barreras actitudinales, arquitectónicas o culturales, es así, como para la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, (CIF, 2002), el obeso tiene una discapacidad. Este binomio: Discapacidad/obesidad, cada vez es más frecuente, y a edades más tempranas, lo que disminuye la calidad y cantidad de vida de la población.

Las últimas décadas del siglo pasado han visto emerger este fenómeno creciente dentro de las sociedades desarrolladas, (Esteve Blanch, J; 2017) y en países en vías de desarrollo, una elevada incidencia y prevalencia del sobrepeso y obesidad.

La obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales, ambientales y culturales incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales políticos y económicos, (Rivera Dammarco, J. et al, 2012), considerada por los organismos rectores de la Salud pública del mundo (OMS, 2011) y por los gobiernos de países y locales, (MINSA, 2011), como uno de los problemas de salud pública más importantes, no solo por su alta prevalencia en todos los grupos etáreos (MINSA, 2012), sino por las repercusiones que este padecimiento tiene ya que está asociada causalmente con la pérdida de la Salud; es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, problemas osteomusculares y cardiovasculares (especialmente cardiopatías isquémicas y los infartos cerebrales) entre otras, (Rivera Dommarco, et al. 2012).

Dicho fenómeno, se ha acentuado en los últimos años hasta constituir lo que, en algunos han denominado un grave problema de salud global, al menos para una parte significativa de la población mundial, (Esteve Blanch, J; 2017).

Es evidente que no es un fenómeno de causa lineal, es decir, “una causa un efecto”, es multicausal por tanto su abordaje, debe ser multisectorial, y no solo bajo un paradigma médico rehabilitatorio o pato céntrico o biólogo, sino desde un enfoque holístico, puesto que aspectos como: la cultura, políticas de estado, economía, la globalización, fenómenos migratorios, el uso de la tecnología, entre muchos otros tienen relación directa con este fenómeno.

### **Antecedentes del Fenómeno Obesidad**

Históricamente, el aumento de peso y conservación de la gordura corporal se consideraban símbolos de salud y prosperidad, sin embargo, hoy día estos mismos conceptos se convirtieron en amenazas para la salud (Damasceto, et al, 2006).

El sobrepeso y obesidad es clasificada como una Enfermedad No Transmisible (ENT), por la Clasificación Internacional de Enfermedades, (OPS/OMS; 1992).

Las ENT son patologías de larga duración, asociadas a estilos de vida no saludables, cuya evolución es generalmente lenta. Dichas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Peña, Bacallao, 2001). Este conglomerado de enfermedades se caracteriza por tener como denominador común los mismos factores de riesgo, tales como tabaquismo, inadecuada alimentación y actividad física insuficiente (Chiesa, T. y Gaspio, C. 2013).

Se ha estimado que en el año 2012 el 68% de las muertes se debieron a ENT, las cuales se convirtieron así en la principal causa de morbi-mortalidad mundial. Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial. En nuestro continente aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ENT, (Carrera, Cuello y Niro; 2017).

Estimaciones mundiales recientes de la OMS reflejan que en el 2014 el 39% de los adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% de la población adulta mundial eran obesos (OMS, 2011). Según la OMS (2016), la obesidad “es una enfermedad que origina la mortandad de 2,8 millones de personas al año”, que se asocia con un conjunto de variables tales como los malos hábitos alimenticios y al sedentarismo o la poca actividad física de las personas; (Carranza, J; 2017).

De esta forma, el sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los factores principales de riesgo de muerte en el mundo, y cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia de ello. En consonancia con la urbanización y las nuevas formas de trabajo, se ha producido un descenso en la actividad física y un sorprendente cambio en los sistemas alimentarios de los países de ingresos tanto bajos, medianos como altos; desplazando los patrones alimentarios basados en comidas y platos preparados a partir de alimentos sin procesar o mínimamente procesados, por otros que se basan cada vez más en alimentos ultra procesados (AUP) (OMS/OPS, 2015).

Estudios realizados en Cataluña, España, señalan que esta tendencia al alza se manifiesta sobre todo en chicos, y en menor medida, en chicas, (Serra Majem, L; 2017).

Existen evidencias, en estudios realizados en Colombia, de que los hombres realizan una mayor cantidad de actividad física y de manera más frecuente que las mujeres y que esta, (la actividad física), disminuye de manera preocupante con el aumento de la edad (12-14), (Hernández, F, 2016); por lo que la promoción de la actividad física desde las edades tempranas es considerada una estrategia vital para la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, sobre todo en los y las niños y niñas, ya que se convertirá en un factor protector para las cardiopatías isquémicas, la diabetes mellitus, trastornos cerebro vasculares, la obesidad y el cáncer.

Esta tendencia, afecta o afectará a una población que ciertas estimaciones la sitúan en el 30% para el año 2030, bajo la categoría global de sobrepeso, y que actualmente representa ya el 13% de la población adulta mundial (OMS, 2016). A corto plazo, dicha población obesa, significativamente importante, no puede solo explicarse por una mala gestión alimentaria personal o familiar, cuando su prevención y sus tratamientos están apoyados por una creciente atención médica y una masiva información nutricional; (Esteve Blanch, J. 2017).

### **Comportamiento Global:**

La obesidad constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, (Villamil Ramírez, H. 2011).

Datos de la Organización Mundial de la salud, (OMS, 2011) señalan que: desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. La OMS, afirmó desde el año 2011, de manera categórica “es una enfermedad que se puede prevenir”. Se ha documentado que para el 2010, existían aproximadamente 1600 millones de adultos con sobrepeso y al menos 300 millones de adultos con obesidad, dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesas, por lo cual, la OMS la ha catalogado como una “epidemia mundial”, (WHO. 2010, Gordón Larsen y cols. 2004).

Para el año 2014, la Organización Mundial de la Salud, declaró, que más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso de los cuales más de 600 millones eran obesos, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. En este mismo año, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. (OMS, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud, la Obesidad es una epidemia global, constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. La misma fuente señala que se calcula que cada año mueren aproximadamente 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso, (OMS, 2011). Aun cuando anteriormente se consideraba a la obesidad como un problema limitado a los países desarrollados, en la actualidad también presenta una alta prevalencia en los países en vías de desarrollo.

Por otro lado, la Obesidad es causa de estigma social, y en ciertas sociedades, se asocia a menor ingreso laboral, sobre todo si son mujeres. Los costos elevados directos e indirectos de la obesidad y sus comorbilidades, son elevados; en México, por ejemplo, se calculó para el año 2012, en 42,000 millones de pesos, aproximadamente 3,000 millones de dólares; es decir 13% del gasto total en salud; así como los efectos de éstas que aumentan la demanda de servicios de salud, imponen la necesidad urgente de actuar con la mayor evidencia científica disponible para su prevención y control, (Rivera Dommarco, J. et al. 2012).

### **Algunos Datos De La Region:**

En Latinoamérica “la preponderancia del sobrepeso y la obesidad en los adultos ascendió del 41% al 61% entre 1980 y el 2013 según el estudio y el aumento en niños y adolescentes fue de más del doble: del 13 al 29%” (Infobae, 2014).

Según la OPS/OMS, a pesar de las limitaciones de diversa índole, tales como la falta de estudios longitudinales, dificultades de muestreo y problemas metodológicos en la recolección de datos antropométricos, no cabe duda que, según los datos de diversos países, la obesidad va en franco ascenso, con predominio en las zonas urbanas y es más frecuente en la población femenina, adulta y pobre. (Velazco, A, et al. 2012).

Gómez Molina, (2017), indica que en Colombia según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010) “la prevalencia de sobrepeso u obesidad ha aumentado un 25.9% en el último quinquenio” este también informa que uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad; esta relación aumenta a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre (9,4% en madres sin educación frente a 26,8% en madres con educación superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana 19.2% que en la rural

13,4%. Los Departamentos con mayores prevalencias de sobrepeso u obesidad con 31,1% San Andrés, 22,4% y Guaviare 21,7%.

El Informe Anual de Obesidad en México, donde se señala el estigma social de los obesos, indica que, en el caso de los adolescentes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó más de tres veces de 11.1% a 35.8%. (Rivera Dommarco, et al. 2012). Sin duda en este grupo de población es un importante problema de Salud Pública. Aun cuando anteriormente se consideraba a la obesidad como un problema limitado a los países desarrollados, en la actualidad también presenta una alta prevalencia en los países en vías de desarrollo como México.

En México, por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, (Rivera Dommarco, et al. 2012) se demostró que la prevalencia de obesidad en adultos hombres era de 69.4% y en mujeres de 73% y en los adolescentes de 12 a 19 años era de 35.8%. Se puede afirmar que el perfil epidemiológico de México ha cambiado, (Calderón Naranjo, A. 2017), ya que la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con la nutrición son ahora los principales problemas salud (OPS, 2015).

La tendencia, pareciera ir en aumento. Estudios hechos en América Latina nos señalan que en los países de la región se está dando un franco aumento de la obesidad, con un aumento inusitado, en países como México. En los últimos 50 años se señala sin lugar a dudas el papel central que tienen los factores del entorno como causa de este fenómeno y el carácter epidémico de la obesidad, (Rivera Dommarco, et al. 2012).

En Chile y Latinoamérica los trastornos de alimentación han sido parte de su historia, (Rojas Conejera, y Gutiérrez, P.; 2016). Así como en la década del 60 la desnutrición en la población era un problema real, en la actualidad la obesidad y el sobrepeso afectan a gran parte de la población adulta, niños/niñas y jóvenes. Existe evidencia en Chile, de que el estilo de vida y la mala alimentación estarían siendo uno de los factores más influyentes en la aparición de sobrepeso y obesidad.

### **Algunos Datos de Nuestro Terruño:**

En Panamá, según la escuela las Encuestas de Niveles de Vida (ENV), el incremento de la prevalencia de sobrepeso se ha acelerado (MINSAs, 2012, INCAP, 2014; Sasson, Lee; 2014). El sobrepeso en los menores de 5 años se duplicó al comparar las ENV: en 1997 fue de 4.6 y en el 2003 de 9.3%. Según la Encuesta de Niveles de Vida, del 2003, (INEC, 2011), en niños de 5 a 9 años había un 11.2% en riesgo de sobrepeso y en sobrepeso un 8.8%, lo que significa que 1 de cada 5 niños está por encima del peso normal con el consecuente riesgo de desarrollar una enfermedad crónica no transmisible relacionada con la nutrición. Este mismo estudio encontró un sobrepeso de 6.9% en adolescentes de 10 a 17 años.

La ENV del 2008, nos indica que la situación parece agravarse, en la población adulta donde el 20.4% es obesa y el 36.4% tiene sobrepeso, siendo más agudo el problema en las mujeres con el 23.8% mientras que en los hombres es de 16.9% (Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC, 2012). La misma encuesta señala, que en el grupo etáreo de 10 a

17 años el 18% tiene sobrepeso y el 7% Obesidad, es decir en los adolescentes el 25% tiene problemas de Sobrepeso y Obesidad, (INEC, 2012), esto pone de manifiesto, que un cuartil de la población tiene este problema.

En la provincia de Herrera, por ejemplo, según el informe de ENV, (INEC, 2008), el 15% de la población de la provincia de Herrera este sobrepeso o con obesidad, y en una unidad administrativa más simple como lo es el corregimiento de Monagrillo, datos del Centro de Salud, del Programa de Salud Escolar, indican que el 17% de sus adolescentes, según el IMC, también son sobrepeso u obesos. Este perfil sin duda pone de manifiesto que este es un problema de salud pública, en el mundo, y en nuestro país.

### **Definición De Sobrepeso y Obesidad:**

Definición de sobrepeso u obesidad, puede resultar fácil, desde un enfoque meramente positivista y biologista.

La Organización Mundial de la Salud la define como: La obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad y el sobrepeso es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. (OMS, 2011).

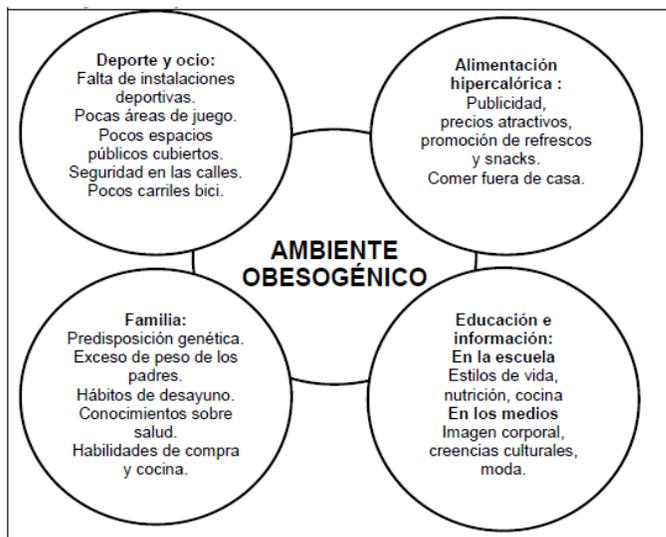
Para este organismo, (OMS, 2016), se clasifica como Sobrepeso e las edades de 5 a 19 años, si el IMC para la edad, es más de 1 desviación por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil y Obesidad, para este mismo rango de edad, (5 - 19 años) si el IMC es más de 2 Desviaciones por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Para la OMS, (2016) y la [Consejería de Salud Pública de Andalucía, \(2017\)](#) muchos niños crecen actualmente en un entorno *obesogénico* que favorece el aumento de peso y la obesidad. Para ambas organizaciones el sobrepeso y obesidad en adolescentes y niños se debe al desequilibrio energético producto de los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla, (OMS, 2016).

Las respuestas conductuales y biológicas de un niño ante un entorno *obesogénico* pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento, lo que empuja a un número cada vez mayor de niños hacia la obesidad si siguen una dieta malsana y realizan poca actividad física. De igual forma lo expone la [Consejería de Salud Pública de Andalucía, \(2017\)](#), quienes coinciden en que el origen de la obesidad a nivel individual es el resultado de un balance energético positivo.

Cuando se enfoca el problema en términos de salud pública, es evidente que hay muchos más factores en juego, de tal modo que, hoy en día, la expresión más utilizada para definir el origen de la obesidad es la de "*entorno obesogénico*" ([Sanz de Galdeano, A; 2005](#)).

Esta figura muestra como elementos del ambiente son acusas de la obesidad en la infancia y la adolescencia. Enlaza las causas, que resultan en problemas psicosociales (distorsión de la propia imagen, baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones anormales de conducta), aumento de factores de riesgo cardiovascular, trastornos endocrinos, trastornos gastrointestinales y hepáticos, aumento en la susceptibilidad a infecciones, apnea del sueño y complicaciones ortopédicas. (Consejería de Salud Pública de Andalucía; 2017).



El mismo organismo indica que al ser una patología relativamente reciente no existen evidencias epidemiológicas sólidas en cuanto a los efectos

a largo plazo y la persistencia de la obesidad infantil en la vida adulta. Sin embargo, la obesidad infantil se ha asociado con un mayor riesgo de obesidad en el adulto y un aumento en la morbilidad y mortalidad a largo plazo por persistencia de los trastornos metabólicos asociados, el aumento del riesgo cardiovascular y para algunos tipos de cáncer, (Consejería de Salud Pública de Andalucía; 2017).

Para Esteve Blanch, J.; (2017) la obesidad en cualquiera de sus estadios se configura como un síntoma formado por asociación de diversos factores que influyen en una persona y que, paulatinamente, van construyendo una estructura corporal problemática, poco saludable, y cuya gestión subjetiva, para la persona que experimenta esa situación, puede entrañar una estigmatización auto experimentada.

### Adolescencia Sobrepeso y Obesidad

La adolescencia es una etapa caracterizada por tener muchos cambios biológicos, psicológicos, sexuales y sociales, donde coexisten un elevado ritmo de crecimiento y fenómenos madurativos importantes que afectan el tamaño, forma y composición del organismo, (Del Carpio, C. y Delgado, J; 2017). Es una etapa donde se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan descubrir quiénes son y hacia dónde se dirige su vida, evalúan sus atributos; esto conforma su autoestima y auto-concepto, haciéndolos vulnerables a conductas de riesgo que pueden amenazar su salud. (Del Carpio, C. y Delgado, J; 2017). Una de las morbilidades más frecuentes, están los ligados a la alimentación y enfermedades mentales. El sobrepeso y Obesidad, cobra mucha importancia en el grupo de adolescente. Se debe a la ingestión de exceso de grasa corporal en adolescentes e ingestión de calorías en exceso de acuerdo a la necesidad del requerimiento individual y al escaso gasto diario de las mismas calorías. (Dueñas, 2012).

El sobrepeso en los adolescentes los hace propensos a una salud más deficiente y limita las actividades de la vida diaria tales como: funciones para trabajos domésticos,

dinamismos extenuantes o de atención personal; (Rocafuerte, A. 2017); también poseen un riesgo elevado de padecer enfermedades crónicas degenerativas y aumenta su riesgo de convertirse en adultos obesos y propensos a sufrir diversidad de daños físicos sociales y psicológicos.

Para la UNICEF (2011), dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Es el período comprendido entre los 10 y 19 años, y si consideramos el período de la juventud, entre los 10 y los 24 años. La adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños, llegando hasta los 14 y 15 años respectivamente. La adolescencia media y tardía se extiende hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

Entre algunas de sus características están: el crecimiento físico y desarrollo psicológico, es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica, por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Tiene lugar una serie de transformaciones fisiológicas y morfológicas que constituyen uno de los acontecimientos más importantes de este periodo del desarrollo; en sí es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

Para la OMS, (2016), La obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. Afirmando que en los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se consideran prioridades básicas, (ONU, 2016). Señala el mismo organismo que la Obesidad amerita especial preocupación pues es un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles, pues puede abolir muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en todo el mundo. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, (OMS, 2016). La obesidad, como ENT, puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que puede alcanzar y a la calidad de vida. El Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil, (OMS, 2016), señala que los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, indica además que los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares.

La obesidad, que está asociada a la pérdida de la salud, (Rivera Dommarco, et al. 2012), puede ser causa de discapacidad, bajo los nuevos constructos propuestos para conceptualizarla es por ello que su abordaje para organismos como la OPS/OMS, ONU, UNICEF, Banco Mundial, entre otras, es prioritario.

Para países como India y China, tuvo un aumento del 1%, lo que se traduce en 20 millones de casos nuevos, para el 2005. (Damasceto, et al, 2006). En tan solo cuatro décadas el perfil epidemiológico de niños y adolescentes de muchos países del mundo ha cambiado, hoy está siendo dominado por la obesidad, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con la nutrición; (Rivera Dommarco, 2012).

### **Entorno Cultural Adolescencia Sobrepeso y Obesidad**

El panorama de esta enfermedad crónica, obliga a buscar nuevas formas de abordaje, ya que los métodos utilizados no parecieran bajar la prevalencia de la misma. Es necesario estudiar el problema de manera holística, con un enfoque mixto, es decir demostrando cuantitativamente los factores de riesgos que se asocian a la obesidad, para caracterizarlos, pero también hay que abordarlo considerando al ser humano y su entorno en toda su complejidad, reconociendo que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, valores, creencias, sus estilos de vida y visión del mundo que lo rodea, (Vanegas, B. 2010).

Para Esteve Blanch, (2017), la obesidad no debe ser conceptualizada solo con determinantes, como causa suficiente, de sobrepeso y obesidad, que solo explican la causalidad de una reducida parte de los casos. Siguiendo esta línea de pensamiento, nuestro enfoque pone especial atención a la causalidad socio-cultural de la obesidad, como lo llama Esteve Blanch, a la elaboración de imaginarios compartidos y a la gestión personal, sin excluir un eventual componente adictivo o dependiente, de una realidad física que no se corresponde con lo recomendable, si se atiende a factores de riesgo asociados a la salud individual.

Es necesario tener en cuenta que existen distintos factores físicos, sociales y culturales que pueden influir en el inicio y desarrollo de los cambios físicos en la adolescencia: un nivel económico alto, un estilo de vida saludable, bienestar psicosomático, entre otros, parecen promover un adelantamiento de la adolescencia inicial, (Villarreal, Sánchez, 2010).

Para la antropóloga Zafra Aparici, el tema nutrición o alimentación incorpora una perspectiva política, sociocultural y participativa que nos acerca a una comprensión innovadora del fenómeno. La alimentación como herramienta de análisis y diagnóstico de realidades socio alimentarias, pero también como instrumento de intervención educativo-sanitaria en la resolución de conflictos y en el fomento de sociedades más saludables en términos globales: nutricionales y también de igualdad y cohesión social; (Zafra Aparici, E. 2017).

Esta reflexión, lleva a un cambio de paradigma en el abordaje de este problema, el cual, hasta ahora, se ha basado fundamentalmente en el paradigma cuantitativo, a través de estudios de correlación y clínicos, (Barquera, S. y González Block, M. 2012), considerando en la mayoría de las veces solo parámetros muy rígidos, como lo son las medidas antropométricas y variables epidemiológicas de tiempo, persona y lugar.

Al incorporar los aspectos culturales, centrada en los sujetos, que adopten la perspectiva del interior tomando el fenómeno Obesidad de manera integral, (De la Cuesta, C. 2006), reconociendo que no hay una realidad única y objetiva sino una construcción o constructos de las mentes humanas, (Vanegas, B. 2010), es decir la verdad son múltiples constructos de la realidad. Sin dudas los hallazgos darán explicaciones reales, bajo la perspectiva de los propios adolescentes dentro de su entorno cultural, cónsonos con su real entorno.

La mayoría de las personas obesas, no perciben esta condición de salud, como enfermedad. Hay diversidad de percepciones del fenómeno que se visualiza a través de diversos ámbitos de la vida cotidiana. Percepción ésta que puede estar asociada a su cultura. Para algunos grupos, el estar con unos kilos de más es sinónimo de belleza o de salud. Esta percepción de su estado de salud, los lleva a no hacerse conscientes que deben auto cuidarse.

Siguiendo la línea de pensamiento de la OMS, sobre los “*entorno obesogénico*” (Sanz de Galdeano, A; 2005), cobra mucha pertinencia estudiar este fenómeno, con fundamento en una teoría de la disciplina de Enfermería como lo es la de la Dra. Madeleine Leininger: Cuidado Cultural: Diversidad y Universalidad; ya que da insumos para conocer el significado cultural, valores, creencias y modos de vida de los adolescentes con sobrepeso y obesidad en el entorno cultural de sus hogares. La teoría de la Dra. Leininger, para el estudio de este problema de salud pública mundial; da un conocimiento nuevo en relación a la dimensión cultural del fenómeno de la obesidad puesto que ayuda a construir una perspectiva diferente. Se descubre y documentar el mundo del adolescente y se utilizan sus puntos de vista culturales étnicos (Casada García, P. 2010). Esto se traduce en la aplicación de sus conocimientos y sus prácticas como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales propios de las personas que necesitan el Cuidado, (Morris, E. 2012).

### **Entornos Culturales de Sobrepeso y Obesidad**

Por la importancia, que a nuestro parecer tienen los entornos culturales, para el fenómeno del Sobrepeso y Adolescencia. Explicaremos algunos entornos con una perspectiva cultural, es decir, la manera como interaccionan en y con el medio comunitario, familiar y escolar.

**Comunitario:** En cada sociedad, la cultura de la comunidad, actúa estableciendo normas determinadas. Según la antropóloga Zafra Aparici, (2017) en lo que refiere al comportamiento alimentario, la cultura establece normas relativas a la composición y a la estructura de las ingestas, a las técnicas culinarias, a los horarios de las comidas, a los comensales, a los lugares de cada comida, a la selección de los alimentos y a la manera de mezclarlos y manipularlos, al tratamiento de conservación, a las formas de servir y de comer, a la distribución de las comidas, a la idoneidad o no de los alimentos (los que son más o menos saludables, buenos o malos según para qué aspectos).

Afirma la misma autora, que del mismo modo, la cultura marca los modales que socialmente se entienden como correctos para comer: si se tiene que comenzar con un tipo u otro de ingesta, los calendarios alimentarios según las ocasiones festivas, así como los

modelos alimentarios según género, edad o clase social, (Contreras J, Gracia M.; 2010), por tanto si en el área de residencia, hay muchas festividades, como es el caso de nuestra región de Azuero, (Pinzón, M. 2010), la ingesta o patrón alimentario estar influida por esta variable. Importante apuntar que el género es fundamental para comprender y explicar tanto las diferentes concepciones y prácticas aprehendidas en relación con la alimentación, el cuerpo y la salud, como la diferente y desigual incidencia de determinadas problemáticas alimentarias como los trastornos alimentarios– en hombres y mujeres.

Diversos estudios, han comprobamos que el significado que va adquiriendo el comer y el no comer para los niños y niñas son distintos y desigual en tanto que también lo es su contexto socializador, (Zafra, E, 2017). En este sentido, las mujeres se socializan más en un modelo en el que la comida es utilizada como herramienta de control corporal y de expresión de malestares, mientras que los hombres suelen expresarse y controlar su cuerpo a través del ejercicio físico porque también suelen socializar más en la práctica deportiva y en las actividades de control del medio (Zafra, E. 2017).

En algunos entornos culturales comunitarios se proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factores pre-disponentes, (Del Carpio, C. y Delgado J. 2017).

Existe estrecha relación entre el comportamiento alimentario y la cultura del lugar donde vivimos. Según qué comemos y cómo lo comemos, se nos puede identificar individual o colectivamente, según seamos hombres o mujeres (género), nacidos en un lugar u otro (etnia), pertenecientes a una clase social o a otra, (Zafra, E. 2017). Por lo que queda evidente que la forma de alimentación, está establecida por la cultura.

### **Entorno Escolar**

En el adolescente el entorno escolar tiene gran influencia. En el entorno escolar, a pesar de que todos vivan sumergidos en la misma cultura, no todos se afectan de la misma manera ni en la misma magnitud. Algunos adolescentes demuestran que no se ven afectados ni por la presión cultural, ni por las burlas que pueden haber sufrido, ni por tener un defecto desfigurador, sabemos que son personas que tienen una sólida autoestima. Por otro lado la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos, (Jáuregui Lobera, I. et al; 2009).

La influencia de los pares en los colegios, que tienen una manera de alimentarse y cuidar su propio cuerpo, puede a veces representar una presión para la o el adolescente que busca ser aceptado por su grupo de amigos (lo que tiene que hacer o a quién se tiene que parecer para ser aceptado). Es innegable el dominio de las personas que padecen de algunos trastornos de conductas alimentarios y desean transmitirlo. Hay páginas web y grupos de Chat que promueven alimentación insana y consejos para bajar de peso y engañar a la familia

y al personal de salud acerca de las conductas inadecuadas; (Del Carpio, C. y Delgado, J.;2013).

Los adolescentes, muchas veces suelen cambiar sus patrones alimentarios, al cursar la escolaridad. Esta aseveración fue demostrada por Alicia Cartujo Redondo, (Cartujo, A. 2017), al estudiar un grupo de universitarios. Indica que el patrón alimentario y el estilo de vida en la población universitaria suele cambiar cuando comienza sus estudios. Indica que su alimentación se caracteriza por la irregularidad en las comidas, el consumo elevado de comida rápida, bebidas alcohólicas y azucaradas, baja ingesta de frutas y verduras, seguimiento de dietas nutricionalmente inadecuadas, con baja densidad nutricional y, en algunos casos, trastornos de la conducta alimentaria, junto con una disminución en la práctica de actividad física. Situación que es similar en los adolescentes, sobre todo aquellos que están culminando el segundo ciclo de educación secundaria. Esta tendencia, se aleja de lo saludable y equilibrado, lo que aumenta el riesgo de un incremento de peso y de padecer patologías crónicas de alta prevalencia con base nutricional en la edad adulta (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, etc.), (Cartujo, A. 2017).

### **Entorno Familiar**

La familia es una institución social, puesto que constituye una autentica estructura cultural de normas y valores, organizados de forma fija por la sociedad, para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas; procreación, sexo, adaptación, intimidad o seguridad afectiva, educación e incluso, producción y consumo básico de bienes económicos, como institución social, (Rocafuerte, A.; 2017), es un sistema de fuerzas y de valores no siempre en armonía con otras instituciones, nacidas en el seno de la misma sociedad. Es así como la alimentación, dada en el seno familiar, puede ser una herramienta de transformación social, en términos de salud, pero también de diálogo, respeto y convivencia de personas, grupos y comunidades, (Zafra, E. 2017). Para la misma autora, la alimentación es más que nutrición con ella nos comunicamos, expresamos y relacionamos. La familia es la responsable de aspectos tan diversos en relación a la alimentación, tales como: que alimentos se consideran buenos o malos para la salud, que alimentos y cómo comerlos para alcanzar la salud y la estética corporal y como comer para aprender a relacionarnos con los demás en los diferentes contextos de la vida.

En fin, la familia es el medio donde los sucesores adquieren sus primeros hábitos y las direcciones de comportamiento durante toda la vida.

Los tipos de relaciones familiares tienen gran influencia sobre las descendencias en cualquiera de las etapas que se encuentren, desde la niñez, adolescencia o adultez; (Rocafuerte, A.; 2017). Este dominio, es una mezcla de las dos sub culturas que trae cada progenitor, que dependió a su vez de los distintos estilos con los que ellos fueron criados y su personalidad. Esta forma de crianza, que emerge de las nuevas familias que se conforman, se obtiene de manera empírica y por la experiencia. Otros factores, que influyen son, según la misma autora, (Rocafuerte, A.; 2017), el ambiente o contexto, el nivel socio económico, sexo, edad, y lugar de origen de los progenitores. Otras variables o elementos como edad del menor, estado de salud, conductas y comportamientos pasados, hábitos que también están

correlacionadas en la manera en como la madre y el padre forman a sus hijos e hijas. Independientemente del estilo que tenga cada familia o uno de los progenitores, lo medular es su conocimiento, poder hacer intervenciones que realmente den resultados.

### **Un Abordaje Diferente**

Lo expresado, pone de manifiesto la gran utilidad de la Teoría de Leininger, la cual enfatiza la importancia de que los profesionales de Enfermería y de las ciencias de la Salud, estén preparados y comprometidos en la adquisición de conocimientos con un método práctico de actuación a través de la investigación aplicada utilizando una base teórica y práctica entre varias culturas. Leininger deja claro que la Enfermería Transcultural es un área formal de estudio y práctica de Enfermería enfocada sobre el Cuidado cultural comparativo y holístico, centrado en los patrones de salud y enfermedad de individuos o grupos, con respecto a similitudes y diferencias dentro de los valores culturales, creencias y prácticas con el objeto de impartir un cuidado de enfermería culturalmente congruente, sensitivo y competente a personas de diferentes culturas, (Leininger, M. 1991 y Casada García, 2010).

Con la utilización del *Modelo del Sol Naciente*, podrá ayudar al establecimiento del abordaje del problema. Esto Leininger lo señala como los modos de acción, que pueden ser: preservación y mantenimiento de los Cuidados culturales, Adaptación/negociación de los Cuidados Culturales o Reorientación/estructuración de los Cuidados Culturales, (Leininger, M. 1991).

### **Reflexiones Finales:**

No cabe duda que el Sobrepeso y la Obesidad son un problema de Salud pública y que puede traer un franco retroceso en los índices de salud alcanzados hasta la fecha, y por ende una cortapisa en el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles propuestos por las Naciones Unidas.

También es indiscutible, que los Estados están haciendo ingentes esfuerzos para cambiar este perfil epidemiológico, sin embargo, la tendencia es al aumento. Por ello este fenómeno, y su tendencia, nos llevan a un análisis más integral y un abordaje mucho más amplio e integral del problema.

El aspecto cultural, a nuestro parecer, es un elemento crucial para conocer el fenómeno, desde la perspectiva, del que lo padece, este conocimiento, dejará clara la telaraña de factores no solo biológicos, sino sociales, políticos, económicos, culturales, epidemiológicos, entre muchos otros que tienen relación directa o indirecta con el mismo, es decir pondrá de manifiesto el Ambiente *obesogénico* que lo favorece. Este conocimiento, quizás dará insumos para políticas de Estado, más efectivas, que involucren a los mismos actores, su comunidad y sobre todo a la familia, dentro de un marco de acciones “*culturalmente congruentes*”.

Bajo esta premisa, la adopción de una teoría de Enfermería como lo es Teoría de Enfermería Transcultural, de la Dra. Madeleine Leininger, que tiene su modelo y

metodología bien definida, puede ser un elemento importante para un abordaje más *emic* del problema.

La tendencia es clara, lejos de bajar la prevalencia, su tendencia a aumentar, sobre todo en países pobres es alta, por ello urge “*abandonar viejos caminos y utilizar nuevas veredas*”.

## Referencias

**American Psychological Association. (2010).** Publication Manual APA. (6ta.ed.) Washington, DC: APA Org. Recuperado de: <http://www.apastyle.org/manual/>

**Barquera Cervera, S. y González Block, M. (2012).** El Uso Efectivo de la Investigación para el Control de la Epidemia de Sobrepeso y Obesidad. Obesidad en México. Universidad Autónoma de México.

**Calderón Naranjo, A. (2017).** Hábitos de Alimentación de la Población Mexicana: Marco de Reflexión. (Ensayo). Universidad Santo Tomás. Bogotá D.C. Recuperado de: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4525/Calder%C3%B3nAngie2017.pdf?sequence=1>

**Carranza Proaño, J.; (2017).** Diseño de un Modelo Ontológico de Gestión del Conocimiento que Permita Desarrollar Herramientas Tecnológicas para el Control la Obesidad Aplicada en la Universidad Agraria del Ecuador. (Tesis de Grado). Universidad Agraria, Ecuador. Recuperado de: <http://cia.uagraria.edu.ec/archivos/CARRANZA%20PROA%C3%91O%20JOSEPH%20ANTONIO.pdf>

**Carrera, M., Cuello, M. Niro, M. (2017).** Alimentos Ultra procesados: Relación con el sobrepeso, la obesidad y el Riesgo Cardiovascular por score Framingham. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/17894>

**Consejería de Salud de Andalucía. (2017).** Vigilancia Epidemiológica de la Obesidad Infantil en Andalucía. Actualización de Indicadores Encuesta Andaluza de Salud, junio 2017. Monografía. 22(3). Recuperado de: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2753>

**Contreras J, Gracia M. (2010).** Alimentación y Cultura en España: Una Aproximación desde la Antropología Social. Barcelona: Ariel. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a03v20n2.pdf>

**Cartujo Redondo, A. (2017).** Percepción de Salud en Función del Estilo de Vida en Estudiantes Universitarios. (Tesis de Grado). Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24969>

**Casada García, P., Ramírez Morales, A., Sánchez Reyes, A. y Campos Covarrubias, G. (2010).** Antropoenfermería, Salud, Migración y Multiculturalidad en América Latina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ed. Miguel Porrúa. México D.F. Recuperado de: <http://www.maporrúa.com/p-4419-antropoenfermera-salud-migracin-y-multiculturalidad-en-amrica-latina.aspx>

**Contraloría General de la República. (2012).** *Panamá en Cifras. Años 2007- 2011*. Panamá: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Rep. De Panamá. Recuperado de: [https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria.aspx?ID\\_CATEGORIA=17&ID\\_SUBCATEGORIA=45&ID\\_IDIOMA=1](https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria.aspx?ID_CATEGORIA=17&ID_SUBCATEGORIA=45&ID_IDIOMA=1)

**Chiesa, T. y Caspio, C.; (2013).** Factores de Riesgos y Determinantes de la Salud. *Revista de Salud Pública*. Vol. XVII (4), 53-68. Recuperado de: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13\\_5\\_09\\_art%206.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_art%206.pdf)

**Damasceno, M., Silva, L., Almeida, V., Ataíde, M., Silva, A., (2006).** Obesidad y Exceso de Peso: Identificación de Casos entre los Trabajadores del Área de Salud. *Revista Enfermería Integral*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/gcruzper/obesidad-y-sobrepeso-en-trabajadores-de-la-salud>

**De la Cuesta, C. (2006).** Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Revista Metas de Enfermería* (9). Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17045/3/Pre-print%20Metas.pdf>

**Del Carpio Arenas, et. al. (2013).** Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal Relacionados con Riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria. Adolescentes Del Nivel Secundario De La I.E.40058 Ignacio Álvarez Thomas-Arequipa. (Tesis de pre grado). Universidad Nacional de San Agustín. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2288>

**Dueñas, N. (2012).** El Comportamiento en las Etapas del Desarrollo Humano. México: Ediciones Cueva.

**Esteve Blanch, Jaume (2017).** Obesidad e Información Al Consumidor: Quizá una Paradoja solo Aparente. Artículo de Investigación. XIV Congreso de Antropología. FAAEE, Valencia, 2017. Recuperado de: <https://www.academica.org/jaume.esteve.blanch/9>

**Fondo de Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF. (2011).** La Adolescencia: Una Época de Oportunidades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Recuperado de: [https://www.unicef.org/devpro/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_SP\\_02092011.pdf](https://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf)

**Gómez Molina, L. (2017).** Imaginarios Sociales de Estudiantes de Ciclo V Acerca de la Educación Física, la Actividad Física y la Corporalidad, en la Institución Educativa Distrital Pablo Neruda de la Localidad de Fontibón en La Ciudad De Bogotá. Universidad Santo Tomás de Aquino. Facultad de Cultura Física Deporte y Recreación Bogotá D.C., Colombia (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4039/GomezLida2017.pdf>

**Gordon-Larsen P, Adair LS, Nelson MC, Popkin BM. (2004).** Five Year Obesity Incidence in the Transition Period Between Adolescence and Adulthood: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *The American journal of Clinical Nutrition* 80: 569-75. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15321794>

**Hernández, F. E. (2016).** Efectos de un Programa de Actividad Física Multitarea Sobre el Consumo Máximo de Oxígeno, el Índice de Masa Corporal, el Porcentaje de Grasa y las Variables de Condición Física en Escolares Bogotanos. (Tesis de Grado). Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/4149>

**Infobae. (2014).** Latinoamérica: el 61% de Adultos tiene Sobrepeso u Obesidad. Infobae América 28 de mayo de 2014. Recuperado de: <https://www.infobae.com/2014/05/29/1568431-latinoamerica-el-61-adultos-tiene-sobrepeso-u-obesidad/>

**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2010).** Encuesta Nacional de la Situación nutricional en Colombia 2010. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

**Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (2014).** Notable Aumento de La Obesidad en Panamá en las Últimas 3 Décadas", Revela Estudio. INCAP. Boletín Informativo. Recuperado de: <http://www.incap.org.gt/index.php/es/noticias/949-notable-aumento-de-la-obesidad-en-panama-en-las-ultimas-3-decadas-revela-estudio>

**Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2011).** Encuesta de Niveles de Vida 2003. Recuperado de: <http://www.incap.org.gt/index.php/es/noticias/949-notable-aumento-de-la-obesidad-en-panama-en-las-ultimas-3-decadas-revela-estudio>

**Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2008).** Encuesta Nacional de Niveles de Vida. Contraloría General de la República. Recuperado de: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Aplicaciones/ENV2008/intro.html>

**Jáuregui Lobera, et. al. (2009).** Conducta Alimentaria e Imagen Corporal en una Muestra de Adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 568-573. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000500008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000500008)

**Leininger, M. (1991).** Overview of Leininger's Ethnonursing Research Method and Process. Omaha, NE 68144 USA. Recuperado de: <http://www.madeleine-leininger.com/cc/researchmethod.pdf>

**Ministerio de Salud. (2011).** La Obesidad en Niños y Adultos. República de Panamá. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pa/>

**Ministerio de Salud. (2008).** Situación Alimentaria y Nutricional de la Población Panameña Basada en la Tercera Encuesta de Niveles de Vida 2008. República de Panamá. Departamento de Salud Nutricional. Recuperado de: [http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-externas/doc\\_view/304-situacion-alimentaria-y-nutricional-de-la-poblacion-panamena-basada-en-la-tercera-encuesta-de-niveles-de-vida-2008](http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-externas/doc_view/304-situacion-alimentaria-y-nutricional-de-la-poblacion-panamena-basada-en-la-tercera-encuesta-de-niveles-de-vida-2008)

**OMS/OPS. (2015).** Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de Salud Pública. OMS/OPS. México. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3\\_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

**OMS/OPS. (2011).** Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2da. Ed. Revisada. Unidad 3: Medición de las Condiciones de Salud y Enfermedad en la Población. OPS/OMS. Washington DC. Recuperado de: <https://goo.gl/Yg2MYy>

**Organización Mundial de la Salud. (2016).** Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil. OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>

**OMS/OPS. (2016).** Obesidad y sobrepeso. OMS/OPS. Noviembre 2016. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

**OMS/OPS. (2015).** Consumo de Alimentos y Bebidas Ultra procesados en América Latina: Tendencias, Impacto en Obesidad e Implicaciones de Política Pública. OMS/OPS. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270%20&gid=27545&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270%20&gid=27545&lang=es)

**OMS/OPS. (2011).** Obesidad y Sobrepeso. Nota Descriptiva 311. OMS/OPS. Recuperada de: <http://www1.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=10203>

**Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial. (2011).** Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta: OMS. Recuperado de: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)

**Organización de Naciones Unidas. (2016).** Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

- OMS/OPS. (1992).** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE.10. Ginebra, OMS, 1992. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>
- OMS/OPS. (2001).** Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud (CIF). Versión Abreviada. OMS/OPS. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf)
- Pinzón Rodríguez, M. (2010).** Apodos y Chistes en Monagrillo. Recuperado de: <http://www.sociologiadeazuero.net/2010/01/algo-mas-que-apodos-y-chistes>
- Rivera Dommarco, J. A., et. al. (2012).** Obesidad en México. Recomendaciones para una Política de Estado. Universidad Autónoma de México. México D.F. Síntesis Ejecutiva del Libro. recuperado de: <http://www.oda-alc.org/documentos/1365120227.pdf>
- Rojas Conejera, A y Gutiérrez López, P. (2016).** Propuesta Didáctica con uso de Cuestiones Sociocientíficas para la Enseñanza y Aprendizaje de Biomoléculas, que Promueva el Desarrollo de la Alfabetización Científica. (Ponencia). Universidad Católica de Valparaíso. Chile. Recuperado de: <https://goo.gl/iF32bS>
- Rocafuerte Ruíz, A. (2017).** “Estilos Parentales y su Relación con las Conductas Alimentarias de Riesgo de Adolescentes. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26135/1/ROCAFUERTE%252c%20ANA.%20TESIS%20pdf.pdf>
- Sanz de Galdeano, Anna (2005).** The Obesity Epidemic in Europe, IZA Discussion Papers 1814. Recuperado de: <https://www.econstor.eu/handle/10419/33275>
- Serra Majem, L. (2014).** Obesidad Infantil: ¿Hemos Tocado Fondo? ¿Podemos Echar las Campanas al Vuelo? *Revista Medicina Clínica* 143 (11) 489-491. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775314001316-S300>
- Sasson M. et. al. (2014).** Prevalence and Associated Factors of Obesity among Panamanian Adults. 1982–2010. PLOS ONE. Recuperado de: <http://www.plosone.org/article/abstract?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0091689&representation=PDF>
- Vanegas, B. (2010).** La Investigación Cualitativa: Un Importante Abordaje del Conocimiento para Enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería* (6)128-142. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036726>
- Velazco, A., Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. y Murayama, C. (2012).** Obesidad en México. Recomendaciones Para una Política de Estado. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
- Villamil Ramírez, H. (2011).** Estudio de Genes Candidatos Funcionales en el Desarrollo de Obesidad en Población Infantil, Adulta e Indígena Mexicana. (Tesis de Maestría). Instituto Politécnico Nacional. México DF. Recuperado de: <http://tesis.ipn.mx/jspui/bitstream/123456789/9732/1/269.pdf>
- Villarreal M., Sánchez J., Musitu G. (2010).** Como Mejorar tus Habilidades Sociales. México, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-habilid-soc.pdf>

**World Health Organization. Obesidad. (Referido en 2010).** Recuperado de:  
<http://www.who.int/publications/es/>

**Zafra Aparici, E. (2017).** Educación Alimentaria: Salud y Cohesión Social. Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. 13 (2)295-306. Recuperado de:  
<https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n2/295-306/>

**Zafra Aparici, E. (2008).** Zafra E. Aprender a Comer: Procesos de Socialización y Trastornos del Comportamiento Alimentario. [Tesis doctoral]. Barcelona: Departament d' Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i d'Àfrica, Universidad de Barcelona; 2008). Recuperado de:  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35225/2/EZAFRA\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35225/2/EZAFRA_TESIS.pdf)

Recibido: 23 de Agosto 2017  
Aprobado: 22 de Noviembre 2017

## **Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Versión Española de Cano, Rodríguez, García (2007), En el contexto de Panamá**

**Por:**

**Dra. Yolanda González W.** Doctora en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Profesora Titular. Departamento de Salud de Adultos, Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

E-mail: [yolamari22@ahoo.com](mailto:yolamari22@ahoo.com)

**Magister Estelina Ortega de Gómez.** Profesora Especial IV. Escuela de Estadística de la Facultad de Ciencias Naturales Exactas y Tecnología. Universidad de Panamá.

E-mail: [estelinao@hotmail.com](mailto:estelinao@hotmail.com)

**Magister Rosa Castillo De Lemos.** Profesora especial IV, Departamento de Salud de Adultos, Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá.

E-mail: [rcastillo294@gmail.com](mailto:rcastillo294@gmail.com)

**Martha Whetsell PhD.** Profesora Asociada de Enfermería. Lehman Collage, Bronx, New York.

Profesor Asociado Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería. CUNY.

E-mail: [marweth@hotmail.com](mailto:marweth@hotmail.com)

**Diamantina C. Cleghorn Spencer.** MPH; PhD; Estudios Post Doctoral en Salud Pública Global.

Profesora Titular de Salud Pública del Departamento de Salud Pública. Facultad de Enfermería de Enfermería. Universidad de Panamá. E-mail: [diacleghorn@hotmail.com](mailto:diacleghorn@hotmail.com)

### **Resumen**

Las estrategias de afrontamiento son aquellos comportamientos y habilidades cognitivas utilizadas por las personas para afrontar o lidiar con demandas del ambiente interno y externo que son percibidos como estresantes. Las establecen las personas según su contexto situacional, y el objetivo es determinar la validez y confiabilidad del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Inventory CSI), versión española de [Cano García, F. J.; Rodríguez Franco, L.; García Martínez, J. \(1989\)](#), en el entorno de Panamá.

El inventario aborda la conceptualización de afrontamiento según [Lazarus, Richard S.](#) desde la perspectiva de enfermería [Roy, Sor Callista](#).

Este estudio psicométrico, descriptivo, transaccional que indaga aspectos teóricos y de medición con un muestreo por conveniencia a una muestra aleatoria de 200 estudiantes de Licenciatura en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Panamá durante exámenes finales del II semestre del 2015. El inventario conformado por 40 ítems y una autoevaluación de la eficacia. Las validaciones se realizaron considerando 5 estudiantes por ítem, totalizando la muestra de 200 estudiantes seleccionados., Se realiza el análisis con el coeficiente Alfa de Cronbach (mide consistencia interna) y Análisis Factorial Exploratorio (mide validez de constructo).

Los resultados muestran un Alfa de Cronbach de 0,930. El análisis factorial arroja tres dimensiones: afrontamiento individual, busca ayuda en otros, y reprime y oculta sus sentimientos. La medida de adecuación de la muestra [Kaiser-Meyer-Olkin \(KMO\)](#) fue superior a 0.90. La prueba de esfericidad de Barlett resulta significativa (p-valor <0.001; contrasta la hipótesis nula: no existe relaciones entre variables).

La investigación concluye que la validación y confiabilidad de la escala es excelente para el caso de Panamá. Por tanto, es considerado como un aporte metodológico importante favoreciendo estudios posteriores sobre la comprensión del afrontamiento que permitirá descubrir más sobre su significado.

**Palabras clave:** Estudiantes de Enfermería, Exámenes Universitarios, Estrés Fisiológico.

## **Validation of Coping Strategy Inventory Scale, Spanish Version By Cano, Rodríguez, Garcia (2007), for Panama Context.**

### **Abstract**

Coping strategies are those behaviors and cognitive abilities used by people to cope or deal with demands of the internal and external environment that are perceived as stressful. They are established by people according to their situational context, and the objective is to determine the validity and reliability of the Coping Strategies Inventory (CSI) a Spanish version of Cano Garcia, F.J.; Rodriguez Franco, L.; Garcia Martinez, J. (1989) in Panama's surroundings.

The inventory addresses the conceptualization of coping according to Lazarus Richard S. from the Callista Roy's nursing perspective.

This psychometric, descriptive and transactional study investigates theoretical and measurable aspects with a sampling by convenience to a random sample of 200 students of Bachelor of Science in Nursing at the University of Panama during final exams of the second semester of 2015. The inventory consists of 40 items, and a self-assessment of effectiveness. Validations were made considering 5 students per item, totaling the selected sample of 200. The analysis is performed with the Cronbach's Alpha coefficient (measuring internal consistency) and Exploratory Factor Analysis (measuring construct validity).

The results show a Cronbach's Alpha of 0,930. The factor analysis presents three dimensions: individual coping, seeks help in others, and represses and hides feelings. The Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) was above 0,90. The Barlett sphericity test is significant (p-value <0,001; contrasting the null hypothesis: there are no relationships between variables).

The research concludes indicating that the validation and reliability of the scale is excellent for the case of Panama. It is considered as an important methodological contribution favoring further studies about the understanding of coping allowing to discover more about its meaning.

**Key words:** Nursing Students, Universities and Colleges Examinations, Stress Physiological.

## **Validação Da Escala Inventário De Estratégias De Afrontamento, Versão Em Espanhol De Cano, Rodríguez E García, No Contexto De Panamá**

**Introdução:** as estratégias de afrontamento são aqueles comportamentos e habilidades cognitivas utilizadas pelas pessoas para afrontar o lidar com demandas do ambiente interno e externo que são percebidos como stress antes. São estabelecidas pelas pessoas segundo o contexto situacional. Se pretende determinar a validade e confiabilidade do Inventário de Estratégias de Afrontamento (CSI, pelas siglas em inglês), versão em espanhol de Cano, Rodrigues e García (1989), no entorno de Panamá. O inventário aproxima a conceptualização de afrontamento segundo Richard Lazarus. Desde Enfermagem Sor Callista Roy.

É um estudo metodológico psicométrico que indaga aspectos teóricos e de medição; a amostragem é por conveniência, a amostra aleatória de 200 estudantes de Bacharelado em Ciências de Enfermagem da Universidade de Panamá durante provas semestrais do II semestre do ano 2015. O inventário conformado por 40 enunciados, e um adicional, mede auto avaliação da eficácia. A validação se realiza com mínimo de 5 estudantes por enunciado. Se realiza análise com o coeficiente Alfa de Cronbach (mede consistência interna) e Análise Factorial Exploratório (mede validade do constructo).

**Resultados:** o Alfa de Cronbach foi de 0,930. A análise factorial de três dimensões: afrontamento individual, procura ajuda em outros e reprime e oculta os sentimentos. A medida de adequação da amostra KMO foi superior a 0,90. O teste de esfericidade de Barlett resulta significativo ( $p$ -valor  $<0,001$ ; contrasta a hipótese nula: não existe relação entre variáveis).

**Conclusões:** a validade e confiabilidade da escala são excelentes para Panamá, considerando-se um aporte importante que favorece estudos sobre a compreensão do afrontamento que permitirá descobrir e conhecer o seu significado.

**Palavras clave:** Estudantes de Enfermagem, Exames Universitários, Estresse Fisiológico.

### **Introducción**

#### ***Aspecto teórico-conceptual***

En nuestro quehacer diario en el ámbito profesional y en el académico hemos podido advertir que diversas personas pueden estar expuestas a un mismo acontecimiento y presentar comportamientos o estrategias y respuestas diversas, siendo las respuestas independiente de las estrategias utilizadas y dependiendo ambas del contexto situacional específico del momento en el cual ocurra el acontecimiento pudiendo ser positiva o adaptativa para algunas personas e inefectiva para otras, el fenómeno que induce esa diversidad de respuesta es el estrés, posee perspectiva psicológica y fisiológica; siendo el mayor exponente de la perspectiva psicológica Richard Stanley Lazarus con su modelo estrés y afrontamiento, mostrando un abordaje transaccional y Hans Selye el máximo exponente del enfoque

fisiológico, es oportuno recordar que en 1956 él introduce el término de estrés al campo de la salud.

La exposición constante a situaciones estresantes activa el afrontamiento como proceso y como mecanismo de adaptación. El estrés y el afrontamiento se convierten en foco de estudios científico a partir de los años setenta en la disciplina de psicología (Galán y Perona, 2001), en Enfermería los primeros estudios seminales acerca del afrontamiento lo realiza Johnson, J. en la década de los 70, otras que han realizado estudios contribuyendo al fortalecimiento del constructo afrontamiento son Roy, Callista con su Modelo de Adaptación (1970) y la teoría de rango medio: Proceso de Afrontamiento y Adaptación, basándose en las conceptualizaciones teóricas de Lazarus y Nyamathi, Adeline en 1989 (González Y, 2008).

El fenómeno de interés del presente artículo son las estrategias de afrontamiento se incursionará en su evaluación a través de instrumentos de medición, siendo el objetivo del presente artículo socializar los resultados de la validación de la escala Inventario de estrategias de afrontamiento (CIS), versión española de Cano, Rodríguez y García (2007), en el contexto de Panamá.

### ***El afrontamiento***

Se vislumbra al afrontamiento como un proceso, un constructo complejo y dinámico, estabilizador que promueve el ajuste de la persona frente a contextos situacionales evaluadas como estresantes. El afrontamiento se define como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986; González Y, 2008; Morán, Landeros, González, 2009; Castaño y Del Barco, 2010; Macías, Orozco, Amaris y Zambrano, 2013; Rubio, Dumitrache, Córdón y Rubio-Herrera, 2016).

Esta definición de afrontamiento involucra: una perspectiva cognitiva-sociocultural en donde ocurren constantes evaluaciones y re-evaluaciones cognitivas producto de la interacción persona- entorno y la implementación de estrategias o comportamientos ante diversos contextos situacionales de bienestar y enfermedad; el proceso implica cambios en pensamientos, sentimientos y actos en la medida en que ocurre la interacción; y además limita el afrontamiento a situaciones de estrés psicológico, excluyendo pensamientos y conductas automáticas. La enfermera(o) en su rol profesional y académico experimenta y maneja a diario su afrontamiento y el de otros.

Para poder sobrevivir el ser humano debe distinguir entre una situación favorable y otra que implica peligro, es por ello que existen formas básicas de valoración de la evaluación cognitiva como proceso mental continuo, que determina las consecuencias que provoca en la persona una situación u acontecimiento específico. La evaluación cognitiva parte de que generalmente las personas quieren y desean saber todo lo que ocurre a su alrededor y como eso afecta su bienestar, siempre desde una perspectiva optimista; la interacción de los factores personales como el compromiso, los deseos, las creencias y las creencias en el control personal y las existenciales interaccionan entre sí y con el entorno determinando las

evaluaciones cognitivas (Lazarus, Folkman; 1986). La evaluación cognitiva es evaluativa porque considera las repercusiones y consecuencias de los sucesos; posee dos fases: -la evaluación primaria, -la evaluación secundaria; el orden de aparición de ambas en el proceso de evaluación no es importante, lo de primera y segunda no se relaciona con el orden de aparición.

La evaluación primaria se refiere a la valoración en la que se visualizan las consecuencias que tiene la situación para la persona (Bernal, Lemos, Medina, Opina y Torres, 2009). Existen tres clases: -irrelevante ocurre cuando la interacción entre la persona y el entorno no conlleva implicaciones, necesidad, valor o compromiso para la persona o las mismas no son de su interés. -benigno-positiva, ocurre cuando la interacción con la persona y el entorno, son valoradas por este como positivas, es decir preservan su dominio y bienestar, generan emociones como felicidad, alegría, amor, tranquilidad. -evaluaciones estresantes, aquí se incluyen las que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. El daño o pérdida implica suceso con pérdida de compromisos importantes, son perjudiciales.

La amenaza son evaluaciones de pérdidas y daños que se pronostican que pueden ocurrir en un futuro, hay movimientos de estrategias de afrontamiento, provoca emociones negativas como ansiedad, miedo, mal humor; la amenaza disminuye al cambiar el significado de la situación. El desafío ocurre cuando existe valoración que indica las fuerzas que va a necesitar la persona para vencer en el afrontamiento, es importante en el proceso de adaptación, involucra movimiento de estrategias de afrontamiento, provoca emociones como impaciencia, regocijo, excitación.

La evaluación secundaria es aquella que ocurre cuando la persona estima los recursos de la cual dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación específica, (Bernal, Lemos, Medina, Opina y Torres, 2009); esta depende de la evaluación estresante. Con respecto a la re-evaluación cognitiva, es una nueva evaluación de la situación y que es capaz de modificar la evaluación previa provocando el cambio ya sea aumentando o disminuyendo el estrés.

El estudio psicoanalítico del yo, considera al afrontamiento estructuralmente como un rasgo y como un estilo. Al hablar de rasgos se consideran las propiedades con las cuales cuenta la persona para ejecutar en diversas situaciones, al respecto Lazarus y Folkman (1986) señalan que entre ellos encontramos: la represión-sensibilización, el mal humor, el buen humor, afrontamiento de evitación o control-brusquedad; los estilos son las amplias, variadas y generalizadas formas de tipos específicos de personas, ejemplo el amigable, el poderoso, el irritable, el cooperador, el soñador, etc.

El afrontamiento posee dos componentes el estilo y las estrategias ambos aspectos interdependientes y a la vez complementarios. Según su función el afrontamiento puede ser clasificado desde:- La perspectiva teórica del proceso del yo; - En el marco de la toma de decisiones; el estudio de estas perspectivas han sido liderizadas por múltiples autores, psicólogos entre ellos White (1974) desde el marco psicológico, Mechanic (1974) perspectiva socio-psicológica, Moos (1977), Cohen y Lazarus (1979) desde la perspectiva salud-enfermedad; Pearlin y Schooler (1978) desde el control situacional; Dill et al (1980) desde el bienestar. Lazarus y Folkman (1980) refieren que en base a las observaciones

realizadas por George (1974), Kahn et al (1964), Mechanic (1962), Murphy (1974), Murphy y Moriarty (1976); Lieberman y Mullan (1981), se proponen dos principales funciones del afrontamiento clasificándolos en: afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción, (Lazarus y Folkman 1986).

El afrontamiento dirigido al problema, se utilizan actividades manipuladas orientadas a modificar, alterar, o tolerar el problema, ocurren cuando la evaluación cognitiva de la persona le indica que la situación es susceptible a cambios, aquí la persona define y busca la soluciones, alternativas, (Lazarus y Folkman, 1986; Macías, Madariaga y Amaris, 2013; Pascual, Conejero, Etxebarria, 2017). Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, ocurren cuando existe evaluación de que no se puede hacer nada para modificar la situación de daño, amenaza o desafío e implica procesos que ayudan para regular o modificar la expresión exterior de cualquier emoción y la experiencia subjetiva provocada por el problema, favoreciendo actitudes y pensamientos pasivos asociados al distrés emocional por lo que estas personas no están protegidos por el estrés causado por la enfermedad, estas estrategias son: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos, (Macías, Madariaga y Amaris, 2013; Pascual, Conejero, Etxebarria, 2017).

### ***Estilos de afrontamiento***

Los estilos de afrontamiento son aquellas predilecciones que tienen las personas para enfrentar diversos acontecimientos y van a determinar el uso particular de algunas estrategias de afrontamiento, al igual de ello depende su estabilidad en el contexto situacional y su temporalidad, la clasificación propuesta por Caver et al; 1989 son: activo/pasivo-evitativo; adaptativo/des adaptativo; cognitivo/afectivo/conductual y (Rubio et al; 2016). Carr (2007), realiza una revisión de los instrumentos de estrategias de afrontamiento, encontrando lo que denominó estilos de afrontamiento, siendo estas: estilos de afrontamiento centrado en las emociones, estilos de afrontamiento centrado en la solución de problemas y estilos de afrontamiento basados en la evitación o replanteamiento.

### ***Estrategias de afrontamiento***

Existen diversas conceptualizaciones de las estrategias de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) citado por Martínez, Piquera e inglés (2012), lo define como los esfuerzos o acciones cognitivos y conductuales (comportamientos) que realiza la persona para manejar las demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como estresantes (exceden los esfuerzos de la persona). (Bernal, Lemos, Medina, Opina y Torres, 2009).

Las estrategias de afrontamiento son aquellos comportamientos y habilidades cognitivas utilizadas por las personas para lidiar con las demandas del ambiente interno (emocional), que son percibidos como estresantes (Lazarus y Folkman 1989; González, Y; 2008; Rubio, Dumitrache, Córdón-Pozo; Rubio- Herrera, 2016). Desde la perspectiva de Enfermería las estrategias de afrontamiento son patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones críticas mediante comportamientos enfocados en alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia (Roy, 2004). Al respecto González, Y. (2008), señala que estas estrategias o

comportamientos responden al ambiente cambiante en situaciones de la vida diaria y los periodos críticos.

Carr (2007), Pag. 271) basado en revisiones de Zeinder y Endler (1996), señala la identificación de tres clases de estrategias de afrontamiento: -Las estrategias centradas en el problema: estas se utilizan en condiciones de estrés controlable; -Las estrategias centradas en las emociones: se utilizan cuando la persona percibe situaciones de estrés incontrolable; -Las estrategias basadas en la evitación: ocurre cuando la persona asume retrasar o suspender el afrontamiento activo con el fin de ordenar y recopilar recursos psicosociales, para afrontar en forma activa (Macías et al. 2013).

Lazarus y Folkman (1986) con su perspectiva cognitivo sociocultural; Blanco, A (1995); Muela, Torres y Peláez,( 2002) proponen las estrategias de afrontamiento individual (con influencia social, aquí a persona define su propia orientación para manejar los acontecimientos), al reconocer que emerge de la interacción recíproca (persona-contexto) y de la rutina que exige la toma de decisiones, aquí Blanco retoma postulados del interaccionismo simbólico, que parte de que en la medida la persona pertenece a un contexto socio-cultural es participante activo de una realidad, generando o creando representaciones mentales significativas direccionados a la adaptabilidad de una estrategia y su eficacia considerando el contexto (Macías et al. 2013). Lazarus y Folkman (1986), introducen la Reevaluación como una estrategia o forma de afrontamiento cognitivo, y corresponde a los cambios introducidos en la evaluación inicial que busca cambiar el significado de la situación sin cambiarla objetivamente.

A continuación, algunos instrumentos Para evaluar las estrategias de afrontamiento, en la tabla 1 se concentran algunos.

**Tabla 1. Instrumentos de Estrategias de Afrontamiento utilizados 1989 - 2016**

AÑO	AUTORES	INSTRUMENTO
1980	Richard Stanley Lazarus y Susan Folkman	Ways of Coping Checklist (WCC)
1985	Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker	Ways of coping checklist
1989	Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigel	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
1990	Endler y Parker	Escala Multimodal Coping Inventory (MCI)
1992	Rodríguez, Terol, López y Pastor	Cuestionario de formas de acontecimientos estresantes.
1992	Pelechano	Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales
1993	Charont Sandí	Escala de Estrategias de Afrontamiento-Revisado (EEC-R)
1994	Chan D.W.	Cuestionario Formas de afrontamiento: en estudiantes y profesores de escuela secundaria. Versión China.
1994	Amikhan	Indicador de estrategias de Afrontamiento
1997	Crespo y Cruzado	La Adaptación del inventario multidimensional de Afrontamiento
1997	Jiménez, Martín; Fernández-Abascal	Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.
1999	Solelo y Maupome. Ibáñez y Olmedo (2003)	Escala de Modos de afrontamiento (EMA)
2002	Canesa	Escala de Afrontamiento para adolescentes.
2004	López y Marvan	Escala de Afrontamiento frente a Riesgos Extremos.

2006	Lodoño, Nora; Henao, Gloria; Puerta, Isabel; Posada, Sara; Arango, Diana; Aguirre, Daniel.	Propiedades psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping modificada (EEC-M) en una muestra Colombiana.
2007	Cano, Rodríguez y García	Adaptación española de Inventario de Estrategias de Afrontamiento. (Versión de 40 enunciados)
2007	Addison et al.	Inventario de Estrategias de Afrontamiento. (versión corta de dieciséis enunciados)
2008	Ryrode, K, R; Petterson S y Otoole, S.	Escala de formas de Afrontamiento: medición en educación y psicología.
2009	Londoño. Nora; Pérez, Manuel , Murillo María.	Validación de la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.
2014	Rodríguez, Francisco; Estrada- Pineda, Cristina; Rodríguez, Luis; Bringas- Molledas, Calorina	Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México.
2016	Dumitrate; Rubio; Gordón Pozo y Rubio- Herrera	Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores.

Fuente: González, Y (2017). Producto de la revisión o análisis conceptual de: Londoño, Nora et al. (2006); Londoño, Pérez y Murillo (2009); Nova, Carlos et al (2010); Cano, Rodríguez; García. (2007); Rubio, Laura et al (2016).

### ***Evaluación metodológica***

Richard Stantey Lazarus y Susan Folkman, crean la Escala Modos de Afrontamiento (Ways of Coping- Checklist, (WCC), 1980), desde entonces otros investigadores han elaborado escalas, cuestionarios e inventarios para la valoración de las estrategias de afrontamiento derivándolos de la escala original con cierto grado de variación. Los instrumentos que evalúan las estrategias de afrontamiento presentan características similares: -Parten de una situación estresante específica, -Evalúan estrategias efectivas y no efectivas a la vez, -No cuestionan lo que piensa o hace la persona normalmente, -Se ciñen a una situación específica, -Todos parten de considerar al afrontamiento como un constructo multidimensional, -Consideran la coexistencia entre el afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción.

Carr (2007), realiza una revisión de los instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento encontrando que poseen: -Propiedades psicométricas buenas y moderadas, -Poseen subescalas que evalúan estrategias centradas en la emoción, en el problema y basados en la evitación; él denomina esta propiedad estilos de afrontamiento encontrándolos en instrumentos aportados por Endler y Parker (1990); Fergunson y Cox (1997); Folkman y Lazarus (1988); Moos (1993); Caver, Scheier y Weintraub (1989); Paterson y MCubbin (1987).

El estado del arte del afrontamiento devela la expansión del estudio de este fenómeno, pero no su delimitación, encontrándose diversas interpretaciones según las perspectivas de múltiples autores, algunas están enfocadas en: -el afrontamiento partiendo de la existencia de demandas situacionales, -según su papel o función enfocadas a la solución del problema y enfocadas en la emoción, -personalidad, -influencias en las prácticas y predilecciones culturales, -estímulos y estrategias cognitivas del instrumento Pelechano, (1992), citado por [Castaño y León del Barco, \(2010\)](#).

Lo cierto es que el Inventario de estrategias adolece de una estructura factorial de base acerca de los componentes específicos de las estrategias de afrontamiento, debido a que

se vislumbra desde diversas perspectivas teóricas (Skinner, Edge, Altman Sherwood, 2003; citados por; Rodríguez, Estrada, Rodríguez, Bringas, 2013), todas estas diversidades traen serias controversias. Los grupos factoriales del Inventario de estrategias de afrontamiento son diversos van de dos a ocho factoriales, al igual la cantidad de enunciados 2,1 que conforman cada grupo factorial [Rexrode, Petersen; O' Toole", \(2008\)](#); [Nava, Ollua, Vega, y Soria, \(2010\)](#). No existe unificación en cuanto al listado de las estrategias de afrontamiento, se ha encontrado que diversos investigadores han elaborado listas de estrategias con nombres y numeración propia, haciendo imposible la definición y frecuencia de las estrategias con el mismo nombre, pero siempre presentando similitudes conceptuales fundamentales con connotaciones diversas ya sea en el significado o en hechos.

Sumado a lo antes expuesto metodológicamente hablando el proceso de validación de las escalas psicológicas genéricas y específicas, para medir y valorar el afrontamiento y sus estrategias son complejos y presentan: -Diversas limitaciones, -diversidad de interpretaciones, - Su contextualización. Otro aspecto importante es que las pruebas que son propias del proceso de validación muchas veces dependen de las pruebas específicas que se acostumbra aplicar en una región determinada o lo que se acostumbra como resultado de la cultura poblacional, esta situación introduce la diversidad metodológica en la utilización de las pruebas de análisis, alejándose de la estandarización de prueba y dando la apertura a la variabilidad; otra limitación radica en que los instrumentos disponibles que evalúan las estrategias de afrontamiento responden a ciertas propiedades psicométricas del fenómeno de estudio pero no responden en forma simultánea al contexto total en donde ocurre el fenómeno y al contexto cultural en el cual se va a aplicar.

Las limitaciones de los procesos metodológicos de validación han sido objeto de estudio de varios autores entre ellos [Luján-Tangarife; Cardona-Arias,\(2015\)](#); [Ramada-Rodilla; Jm; Serra-Pujadas, C; Delclós-Clanchet, GL, \(2013\)](#); [Carvajal, a; Centeno, C; Watson, R; Martínez, M, Rubiales, A S; \(2011\)](#), quienes señalan que las limitaciones que presenta el proceso de construcción y validación de escalas de medición en salud están relacionadas con la ausencia de claridad en la comunidad científico - académica acerca de los criterios del fenómeno sujeto a evaluación y a la ausencia de consenso acerca de los métodos de construcción y validación a aplicar en estos procesos. Estas variabilidades en los procesos reducen la posibilidad de comparaciones entre poblaciones de diversos países, culturas e idiomas, obstruyendo el intercambio de información, impulsando el diseño de políticas públicas de salud inapropiadas [Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, Rubiales, \(2011\)](#). Una limitante no metodológica es que al aplicar el instrumento la persona rememora la situación estresante y hasta tiene que describirla en detalle, lo que puede provocar alteraciones psicológicas.

### ***Instrumentos***

Para el presente estudio se seleccionó la escala Inventario de estrategias de afrontamiento, la adaptación española, versión [Cano, Rodríguez y García; \(2007\)](#) en el contexto panameño.

El afrontamiento se dirige a situaciones concretas, cuando los pensamientos, sentimientos y actuaciones de las personas apuntan a situaciones específicas y significativas

y para comprenderlo y evaluarlo se necesita conocer lo que el individuo afronta, por tal razón los instrumentos que evalúan las estrategias de afrontamiento parten del relato de una situación estresante (contexto situacional).

*El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), versión de Tobin et al: (1978).*

El Inventario de estrategias de afrontamiento es el instrumento más aplicado a nivel mundial. Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), crearon la versión original en inglés, fue desarrollado a partir de la Escala Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus, (1980), parte del relato de una situación estresante específica experimentada durante el último mes, está compuesto de 109 enunciados, más de la mitad fueron generados por autores y producto de entrevistas estructuradas, abiertas y sesiones de lluvia de ideas. Fue validado por Tobin et al; (1989), en muestra de estudiantes universitarios y sometido al análisis factorial jerárquico que dio lugar a los 72 enunciados que responden al 47% de la varianza; coeficientes alfa de Cronbach entre 0,72 y 0,94; presenta escala tipo Likert de cinco puntos, no hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento. Al final de la escala se presenta un enunciado adicional que mide el grado en que la persona manejó la situación.

Está compuesto por tres estructuras jerárquicas, la estrategia primaria que comprende ocho factores, cuatro secundarias y dos terciarias. Las estrategias primarias se observan en la Tabla 2.

**Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE LA ESTRUCTURA I: ESTRATEGIAS PRIMARIAS Y SU CARGA FACTORIAL SEGÚN TOBIN ET AL; (1978)**

ESTRATEGIAS DE LA ESTRUCTURA I	DESCRIPCIÓN	ITEMS	CARGA FACTORIAL
Factor 1: Resolución de problemas.	Son estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés, modificando la situación	65, 57, 33, 41 y 17.	0,82 a 0,67
Factor 2: Autocrítica.	Estrategia basada en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo	23,47,31,55,63.	0,87 a 0,79
Factor 3: Expresión emocional.	Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés	27,19,59,43 y 51	0,74 a 0,46.
Factor 4: Pensamiento desiderativo.	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante	38, 30, 22, 62 y 46	0,79 a 0,59
Factor 5: Apoyo Social.	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional	12, 36, 44, 60 y 52	0,74 a 0,65
Factor 6: Re-estructuración cognitiva.	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante	66, 58, 42, 34 y 10	0,72 a 0,55
Factor 7. Evitación de Problemas.	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante	29,21, 53, 13 y 69	0,67 a 0,44
Factor8: Retirada social.	Estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante	48, 32, 72, 56, y 8	0,74 a 0,39

Fuente: Cano García, F.J; Rodríguez Franco, L; García Martínez, J. (2007). Adaptación española del inventario de Estrategias de Afrontamiento

Las ocho estrategias primarias, se reagrupan en cuatro estrategias secundarias las cuales mostramos en la tabla 3.

**Tabla 3. ESTRATEGIAS SECUNDARIAS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGÍAS DE AFRONTAMIENTO VS SU FUNCIÓN SEGÚN TOBIN ET AL; (1978)**

Estructura II	Descripción	Estrategia
1. Manejo adecuado centrado en el problema	Refleja afrontamiento adaptativo centrado en el problema. modifica la situación o modifica su significado.	1. Resolución de problemas 2. Reconstrucción cognitiva
2. Manejo adecuado centrado en la emoción.	Refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.	1. Apoyo social 2. Expresión emocional
3. Manejo inadecuado centrado en el problema	Indica un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema; evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.	1. Evitación de problemas 2. Pensamiento desiderativo
4. Manejo inadecuado centrado en la emoción	Refleja el afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.	1. Retirada social 2. Autocrítica

Fuente: Cano, Rodríguez y García (2007). Adaptación española del inventario de Estrategias de Afrontamiento. Urrego; Aragón; Combita; Mora. (2012). Descripción de las Estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva.

La escala de la estructura factorial del tercer orden se reagrupan en forma empírica en dos estrategias terciarias o componentes, observe la tabla 4, en cada componente de la estructura terciaria lo conforman cuatro estrategias.

**Tabla 4. ESTRATEGIAS TERCIARIAS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN TOBIN ET AL; (1978)**

Estructura III	Descripción	Estrategia
1. Manejo adecuado	Indica esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante	1. Resolución de problemas 2. Re-estructuración cognitiva 3. Apoyo social 4. Expresión emocional
2. Manejo inadecuado centrado en la emoción.	Sugiere afrontamiento pasivo y desadaptativo	1. Evitación del problema 2. Pensamiento desiderativo 3. Retirada social 4. Autocrítica.

Fuente: Cano, Rodríguez y García (2007). Adaptación española del inventario de Estrategias de Afrontamiento. Urrego; Aragón; Combita; Mora. (2012). Descripción de las Estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva.

*El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), versión Cano, Rodríguez y García (2007)*

El estudio de Cano et. al. (2007), adapta la escala al español (de España) y lo valida, factorizando 40 enunciados resultantes en una estructura de estrategias primarias y ocho factores (comportamientos/estrategias), logran la explicación del 61% de la varianza; el coeficiente de consistencia interna oscila entre 0,63 y 0,89; no confirman la estructura de estrategias secundarias ni terciarias.

Los ajustes realizados fueron los siguiente, los enunciado 8 (“traté de ocultar mis sentimientos”) y 56 (“oculté lo que pensaba y sentía”) cargaron originalmente en el factor expresión emocional y en menor medida en el factor retirada social , disminuía la fiabilidad

0,25 en el primer factor y 0,12 en el segundo factor el cual a la vez era negativo y teóricamente se incluían en el factor retirada social por lo tanto fueron asignados a este factor; realizado este ajuste los enunciados cargaron en los factoriales esperados según los aportes de Tobin et al; (1989), con mayores saturaciones significativas en el estudio de Cano et al (2007).

El factor o la estrategia de evitación de problemas compuesto por los enunciados 7,15, 23, 31 y 39 no pasó la prueba que concluye que la escala es válida y confiable, presentando alfa de 0,72 y 0,63 en este estudio y en el de Tobin et al; (1989). Observe la tabla 5, con la varianza y confiabilidad del inventario de estrategias de afrontamiento en tres estudios diferentes.

Estudios realizados por Nava et al; 2010; Rodríguez Díaz et al; (2014), con la versión de Cano et al; (2007), no pudo confirmar la estructura secundaria y terciaria.

*Descripción:* el Inventario de Estrategias de afrontamiento recoge dos tipos de información: - fase cualitativa, en su primera parte, la persona describe la situación estresante, experimentada durante el último mes, de aquí se puede descubrir nuevos significados de estrés o nuevas estrategias de afrontamiento, diferenciando estrategias de respuesta o resultado. – fase cuantitativa, esta segunda parte corresponde a un auto informe, se le pide a la persona que responda a la frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento específicas con base a la situación estresante planteada en la primera parte, según la escala likert que va de 0 a 4; en donde 0= en absoluto, 1=un poco, 2= bastante, 3= mucho, 4= totalmente. A continuación, la tabla 4. con los resultados de la fiabilidad para los factores o estrategias de la estructura primaria, en tres estudios, observe la variabilidad de los datos.

**Tabla 5. ESTRUCTURA DE LAS ESTRATEGIAS PRIMARIAS; DESCRIPCIÓN, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ PARA EL ESTUDIO DE TOBIN ET AL; (1989), CANO, RODRÍGUEZ Y GARCÍA (2007) Y RUBIO ET AL (2016)**

Estructura I, estrategias primarias	Descripción	Enunciados	Tobin et al (1989)		Cano, Rodríguez y García (2007)		Rubio, Dumitrache, Cerdón y Rubio-Herrera (2016)	
			Var.	Alfa	Var	Alfa	Var	Alfa
1. Resolución de problemas.	Son estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés, modificando la situación	1 ,9, 17 ,25, 33.	5%	0,82	9%	0,86	,729	,88
2.Re-estructuración cognitiva.	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante	6, 14 ,22, 30, 38	3%	0,83	7%	0,80	,523	,78
3. Apoyo Social.	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional	5,13,21,29, 37	6%	0,89	8%	0,80	,569	,79
4.Expresión emocional.	Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés	3,11,19,27, 35.	6%	0,89	8%	0,84	,57	,86
5. Pensamiento desiderativo.	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante	4,12,20,28, 36.	4%	0,78	8%	0,78	,592	,75
6. Autocrítica.	Estrategia basada en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo	2,10,18,26, 34	12%	0,94	9%	0,89	,730	,87
7. Evitación de Problemas.	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante	7,15,23,31, 39	7%	0,72	6%	0,63	,371	,65
8. Retirada social.	Estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas	8,16,24, 32,40.	4%	0,81	5%	0,65	,531	,72

	significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante							
Para toda la escala			47%	0,72 y 0,94	61%	0,63 y 0,89		

Fuente: Cano, Rodríguez y García (2007). Rubio; Dumitrache; Cordón- Pozo; Rubio-Herrera. (2016)

*Estudio confirmatorio de las estrategias secundarias y las estrategias terciarias por Rubio, Dumitrache, Cordón-Pozo y Rubio Herrera (2016),*

Rubio, Dumitrache, Cordón-Pozo y Rubio Herrera (2016), llevan a cabo varias pruebas de análisis factorial confirmatorio, utilizando el paquete estadístico MPLUS 7.3 se utiliza un estimador para el análisis de datos categóricos.

Otros análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS; el estudio reportó la validación de la estructura primaria, secundaria y la terciaria, utilizando el análisis de factores confirmatorio cuyo objetivo es verificar estas estructuras jerárquicas, en su estudio después de realizada varias pruebas, se decide eliminar de la escala el ítem 7 y el 39 ya que demostraron estandarización residual baja (+4 en valores absolutos) y baja confiabilidad individual, Otro aspecto es que la comprensión de ambos enunciados al ser traducidos al español era similar; luego de retirarlos la confiabilidad del instrumento inventario subió a 0,74 con varianza de 0,5008.

**Metodología:** se trata de una investigación metodológica, psicométrica, ya que indaga acerca de aspectos teóricos y aplicados a la medición, se realiza la validación y confiabilidad del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, versión española de Cano, Rodríguez, García (2007), en el contexto de Panamá. en la población de estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería la cual fue de 639 estudiantes (Dirección de escuela de Enfermería, 2015). Se utilizó un muestreo por conveniencia seleccionando una muestra de 200 estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, cursando el primero, segundo tercero y cuarto año, en situación estresante A pesar de ser una muestra por conveniencia la inclusión del estudiante al estudio fue aleatorio.

**Procedimiento**

El Inventario de estrategias de afrontamiento fue aplicado a cada estudiante durante la 1ª primera semana de exámenes semestrales correspondientes al segundo semestre académico, al salir del aula posterior a la realización del examen, aplicando el instrumento autoadministrable tomándole aproximadamente 25 minutos para su llenado en un salón; previa lectura y firma de la hoja de consentimiento informado, a la vez se le brinda al estudiante una breve orientación acerca de lo que se investiga y se responde a preguntas, se les informa acerca de la confidencialidad de la información y la ausencia de respuestas incorrectas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales SPSS versión 20, para la validación y confiabilidad del instrumento en la población panameña, se aplican parámetros propuestos por Sánchez y Echeverry (2004); ajustándose

en tres fases: primero la selección de la escala, segundo es la validez de apariencia y la fase tres las pruebas de validez y confiabilidad.

La primera fase fue la selección del instrumento, se realiza búsqueda en bases de datos, se aplican las siguientes palabras claves: instrumentos de afrontamiento, proceso de afrontamiento, estrategias de afrontamiento con abordaje teórico o conceptual, y con sus combinaciones en el título o resumen, publicaciones en español, inglés y portugués, y a la vez artículos de validación y confiabilidad de instrumentos o escalas en salud, encontrándose una gran variedad de artículos.

La segunda fase consistió en la validez de apariencia este no aplica concepto estadístico, y su finalidad es ver la aceptación de la escala en el contexto panameño, a través de juicios de expertos sobre la pertinencia de la escala y su aplicabilidad y aceptabilidad. El procedimiento fue el siguiente, se forman dos grupos, cinco (5) expertos docentes y el otro con cinco (5) estudiantes. Con respecto a los docentes tres (3) con título de Doctor y dos (2) con título de Maestría; cinco (5), estudiantes matriculados en el Programa de Maestría de Enfermería con énfasis en cardiovascular.

Con respecto a la validez de apariencia [Paniagua \(2015\)](#), señala que la validación de expertos va a definir si el instrumento mide la variable de estudio.

La tercera fase consistió en la medición de la consistencia interna del instrumento, la misma se mide a partir del coeficiente del alfa de Cronbach y para conocer si los datos mantienen la estructura se realiza la validez de constructo utilizando el análisis factorial exploratorio.

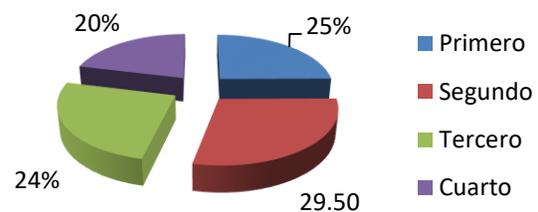
## Resultados

La investigación se desarrolla en el mes de noviembre - diciembre 2015, los estudiantes universitarios de la carrera de Licenciatura de la Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá, que participaron en el estudio, presentaron la siguiente distribución según nivel académico que cursaban. El grupo etario oscilo entre 18- 45 años. En la tabla 6 y gráfica 1 se evidencia distribución homogénea de estudiantes en los niveles evaluados

**Tabla 6. Distribución de la muestra según nivel de estudios periodo noviembre a diciembre 2015**

Nivel Académico	Número	Porcentaje (%)
TOTAL	200	100.00
Primero	53	26.50
Segundo	59	29.50
Tercero	48	24.00
Cuarto	40	20.00

**Gráfica No.1 Distribución de la muestra según nivel periodo noviembre a diciembre 2015**



**Fuente:** González, Ortega, Castillo, Whetsell, Cleghorn (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

De los 200 estudiantes que participaron del estudio, el 15 % (30) fueron hombre y el 85 % (170) mujeres, observe la gráfica 2.



**Fuente:** González, Ortega, Castillo, Whetsell, Cleghorn (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

Para el proceso de validación fase 2, validez de apariencia, se realizó en el inventario los siguientes ajustes lingüísticos; sugeridos para el contexto panameño. Los cuales se detallan en la tabla 7.

**Tabla 7. Ajustes lingüísticos para el inventario de estrategias de afrontamiento**

ESTRATEGIA PRIMARIA/ ENUNCIADOS	AJUSTES LINGUISTICOS SUGERIDOS
<b>Resolución de problemas.</b>	
9.Me esforcé para resolver los problemas de la situación	9. Me esforcé para resolver los problemas.
<b>Expresión emocional</b>	
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	35. Mis sentimientos me abrumaban y estallaron.
<b>Pensamiento desiderativo</b>	
4.Deseé que la situación nunca hubiera empezado	4. Deseé que la situación nunca se hubiera dado.
<b>Apoyo social</b>	
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema.	5. Encontré a alguien a quien contarle mi problema

**Fuente:** González, Ortega, Castillo, Whetsell, Cleghorn (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

### ***Fiabilidad***

Con respecto a la consistencia interna de la prueba se buscó a partir del coeficiente alfa de Cronbach el cual permite comprobar si el instrumento es confiable para el estudio y permitirá realizar mediciones estables o consistentes. Este análisis, basado en la homogeneidad estructural del instrumento, utiliza el coeficiente  $\alpha$  (alfa) de Cronbach el cual está diseñado para instrumentos con cualquier escala de opciones múltiples y cuyo indicador es presentado como un parámetro de rango entre cero (0) a uno (1), a continuación, la categorización.

**Tabla 8. Categorización del Alfa de Cronbach**

Coeficiente alfa	> 0.9	Es excelente
Coeficiente alfa	> 0.8	Es bueno
Coeficiente alfa	> 0.7	Es aceptable
Coeficiente alfa	> 0.6	Es cuestionable
Coeficiente alfa	> 0.5	Es pobre
Coeficiente alfa	< 0.5	Es inaceptable

**Fuente:** George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.

Al evaluar la fiabilidad total para la escala, se evidencia un alfa de Cronbach de 0,930 categorizándose como excelente para evaluar el constructo.

**Tabla 9. Estadística de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N° de elementos
<b>0,930</b>	<b>40</b>

**Fuente:** González, Ortega, Castillo, Whetsell, Cleghorn (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

Tabla 10 demuestra la confiabilidad para los cuatro grupos factoriales resultantes de la estructura 1, presenta fiabilidad que oscila entre excelente a aceptable.

**Tabla 10. Cuatro grupos factoriales resultantes de la estructura 1 del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y sus Coeficiente alfa de Cronbach**

Factores	Estudio Actual	Ítems	Ítems por factor	Alfa de Cronbach
I	Dirigido a la emoción	15	1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 31	0.963
II	Dirigido a la solución de problemas	15	5, 6, 7, 13, 14, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 33, 36, 37, 38	0.964
III	Evitación	8	23, 24, 26, 32, 34, 35, 39, 40	0.883
IV	Reevaluación	2	20, 28	0.758

**Fuente:** González, Ortega, Castillo, Whetsell, Cleghorn (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

Observe en la tabla 11, la variabilidad de las alfas para cada estrategia en tres estudios en los estudios. En el actual estudio el alfa oscilo entre excelente y bueno.

**Tabla 11. Comparaciones de alfas de Cronbach para los Factores o estrategias de afrontamiento del Inventario de estrategias en tres estudios**

Factores o estrategias	Estudio Actual 2015			Cano, Rodríguez y García (2007)			Navas; Ollua; Méndez, Vega y Trujano (2010)		
	Ítems	Var.	Alfa	Ítems	Var.	Alfa	Ítems	Var.	Alfa
Resolución de problema	5	9%	0.922	5	9%	0.86	5	8%	0.8
Autocritica	5	8%	0.84	5	9%	0.89	5	9%	0.86
Expresión emocional	5	9%	0.896	5	8%	0.84	5	8%	0.86
Pensamiento desiderativo	5	9%	0.898	5	8%	0.78	5	8%	0.84
Apoyo Social	5	9%	0.901	5	8%	0.8	5	8%	0.84
Reestructuración cognitiva	5	9%	0.922	5	7%	0.8	5	7%	0.82
Evitación de problemas	5	9%	0.884	5	6%	0.63	5	7%	0.7
Retirada social	5	8%	0.837	5	5%	0.65	5	6%	0.78

**Fuente:** González, Cleghorn, Ortega, Castillo y Whetsell (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

### **Validación: análisis factorial**

El análisis factorial como técnica estadística examina la matriz de correlación entre los enunciados o ítems, se utiliza como punto de partida para identificar grupos de enunciados que verifican que hay fuerte correlación entre ellos y los enunciados de un grupo con baja correlación entre ellos.

Para determinar si es aceptable la realización del Análisis Factorial, se aplica la Prueba de Esfericidad Bartlett que permite plantear en la hipótesis nula que no existe correlación alguna entre las variables considerando un valor de significancia de 5%. Posteriormente, la Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) evalúa si la muestra es adecuada para realizar un análisis factorial y donde su resultado puede oscilar entre 0 y 1.

Los datos obtenidos a través de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento se ajustan bien a las dimensiones obtenidas por el análisis factorial ya que la medida de adecuación muestral KMO es superior a 0,90. En cuanto a la prueba de esfericidad de Bartlett resulta significativa (p- valor <0,0001; lo que se pone de manifiesto que no existe relación entre estas variables. Tabla 12

**Tabla12. Prueba de adecuación muestral KMO y de la prueba de Esfericidad de Barlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.965
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	7614.046
	gl	820
	Sig.	.0001

**Fuente:** González, Cleghorn, Ortega-Gómez, Castillo y Whetsell (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

En el análisis se logra la varianza explicada empleando el método de extracción de componentes principales con rotación Varimax, donde se obtuvo que los cuatro primeros componentes explican el 90% de la variabilidad.

El análisis factorial nos presenta una estructura primaria de cuatro componentes o grupos esta presentación nos lleva a nombrar toda la estructura como: **“Estrategias de Afrontamiento Individual”**, fundamentando esta denominación en el uso de las estrategias de afrontamiento visibles a través de los comportamiento de las personas; el análisis conceptual de la propuesta de estructura que presentaron investigadores como Lazarus y Folkman (1986), con su modelo de Teoría de la evaluación cognitiva y a Blanco, Amalio (1995), en su teoría sociocultural y siendo máximo exponente de la psicología social al reconocer el surgimiento del afrontamiento de la interacción de la persona con su contexto sociocultural (Macías et al; 2013).

Lazarus y Folkman (1986) propone las estrategias de afrontamiento individual y Blanco, A. (1995), resalta la participación activa de la persona en su contexto. La designación del nombre “Estrategas de afrontamiento individual se debe a que el comportamiento de la estructura 1 producto del análisis factorial del actual estudio se apoya en la perspectiva teórico conceptual de Lazarus y Folkman quienes presenta la propuesta, de la estrategia de afrontamiento individual como el producto de la interacción recíproca de la persona con su contexto y la rutina que demanda de la persona la toma de decisiones; esta perspectiva es compartida con Blanco (1995), resaltando el interaccionismo simbólico de la persona a medida que interacciona activamente en un contexto socio-cultural ante una realidad, produciendo un esquema dinámico de sus procesos mentales y comportamientos o estrategias según el cambio en el contexto socio-cultural, son representantes de esta propuesta Backman, 1964; Eiser, 1989, Rodríguez, 1991 (citados por Macías, Orozco, Amarís y Zambrano, 2013).

**Tabla 13. Análisis Factorial con rotación Varimax. Estrategias de Afrontamiento Individual**

	Estrategias de afrontamiento	Items	Matriz de Componentes Rotados			
			1	2	3	4
Estrategias de Afrontamiento Carr (2007)	Dirigidas a la emoción	P1	.660			
		P2	.696			
		P3	.697			
		P4	.672			
		P8	.673			
		P9	.696			
		P10	.651			
		P11	.698			
		P12	.628			
		P15	.612			
		P16	.605			
		P17	.611			
		P18	.539			
		P19	.713			
	P31	.561				
	Dirigida a la solución de problemas	P5		.509		
		P6		.512		
		P7		.588		
		P13		.455		
		P14		.573		
		P21		.524		
		P22		.721		
		P25		.624		
		P27		.650		
		P29		.681		
		P30		.703		
		P33		.739		
		P36		.541		
		P37		.704		
	P38		.745			
	Evitación	P23			.480	
		P24			.660	
		P26			.652	
		P32			.582	
		P34			.481	
		P35			.520	
		P39			.624	
		P40			.613	
Re evaluación	P20	.526		.353	.424	
	P28		.427	.304	.672	

**Fuente:** González, Ortega, Castillo, Whetsell, Cleghorn (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

Los resultados del análisis factorial del Inventario de estrategias de afrontamiento para este estudio demuestra:

1. No confirma la estructura primaria del constructo en relación con el estudio de Tobin et al; (1989) y el estudio de Cano, Rodríguez, García (2007)
2. Identifica una estructura con cuatro componentes: Estrategias de afrontamiento dirigido a la emoción, Estrategias de afrontamiento dirigido a la solución de problemas, Estrategias de Afrontamiento de Evitación, Estrategias de Afrontamiento de Reevaluación. Tabla 13
3. Evidencia un comportamiento diferente para los ocho factores o estrategias de afrontamiento, Basándonos en la frecuencia de utilización de las estrategias para cada componente, como se muestra en la tabla 14

**Tabla 14. Estrategias de afrontamiento según frecuencia de utilización de los factores en la estructura primaria: Estrategias de Afrontamiento Individual**

Estrategias de Afrontamiento	FACTORES								Total
	Resolución de problema	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Retirada social	Evitación de Problema	Reestructuración cognitiva	Apoyo emocional	
Dirigido a la emoción	3	3	3	2	2	2	-	-	15
Dirigido a la solución	2	-	1	1	-	1	5	5	15
Estrategias de Evitación		2	1		3	2	-	-	8
Reevaluación	-	-	-	2	-		-	-	2

**Fuente:** González, Cleghorn, Ortega-Gómez, Castillo y Whetsell (2015). Información derivada de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, durante el estudio.

## Discusión

En el estudio no se logra la estructura primaria como producto del análisis factorial, se obtienen cuatro componentes en la estructura 1. El primero y segundo componente con 6 factores cada uno y el tercero con 4 factores y el cuarto un factor esta variabilidad en la utilización de los factores o estrategias de afrontamiento, pone de manifiesto:

1. Los ajustes que realiza la persona como respuesta a la dinámica interacción entre este y su entorno sociocultural para alcanzar su adaptación a través de estrategias efectivas. Macías et al; (2013) señala que investigadores como Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001; Galán y Perona, 2001; Zeinder y Eandler, 1996 y Carr 2007, indican que la estrategia de afrontamiento individual presenta tres características en su clasificación:

1. Valoración, búsqueda del significado del suceso;
2. El problema, busque confrontar la realidad, maneja consecuencias;
3. La emoción regulación de aspectos emocionales.
4. En su análisis de instrumento que miden las estrategias de afrontamiento, Carr (2007), identifica estrategias de afrontamiento dirigido a la emoción, estratego de afrontamiento dirigido a la solución del problema y estrategias de afrontamiento dirigidas a la evitación, estas características, basadas en los comportamientos dinámicos de las personas al interactuar con su contexto y manifestadas a través de las estrategias de afrontamiento permiten explicar la estructura que emerge del análisis factorial.

El nombre de estrategias individuales se sustenta en la propuesta de Lazarus y Folkman (1986), quienes vislumbran la estrategia de afrontamiento como producto de la interacción recíproca de la persona y su contexto y la rutina que demanda de la persona la toma de decisiones. La perspectiva de Blanco, A. (1995), quien resalta el interaccionismo simbólico de la persona a medida que interacciona activamente en un contexto socio-cultural ante una realidad, produciendo un esquema dinámico de sus procesos mentales y comportamientos o estrategias según el cambio en el contexto socio-cultural, son representantes de esta propuesta Backman, 1964; Eiser, 1989, Rodríguez, 1991, citados por Macías, Orozco, Amarís y Zambrano, 2013).

## Conclusiones

El estudio actual no confirma la estructura primaria del constructo en relación con el estudio de Tobin et al; (1989) y el estudio de Cano, Rodríguez, García (2007). La confiabilidad del instrumento en el contexto de Panamá presenta fiabilidad excelente (0,930), el análisis factorial de la adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento versión española adaptada de Cano, Rodríguez, García (2007), detecta una estructura primaria con cuatro componentes, que debido a la estrategia que lo compone su reagrupación y frecuencia de aparición y sustentado en fundamentos conceptuales y teóricos presentados en la propuesta de Lazarus y Folkman (1989) y Blanco, A; (1995), citados por Macías (2013), se le denomina a esta estructura 1, “Estrategias de afrontamiento individual”.

Según la clasificación propuesta por Carr (2007), Lazarus y Folkman (1989), Anate, Ramírez, López y Esteve; 2001), citados por Macías (2013), los cuatro componentes de la estructura en su orden de aparición se dividen en: -Estrategias de afrontamiento dirigida a la emoción, -estrategias de afrontamiento dirigido a la solución de problemas, - estrategias de afrontamiento dirigidos a la evitación y estrategias de afrontamiento dirigida a la reevaluación.

## Referencias:

- Bernal, Carolina; Lemos Mariantonia; Medina Luis; Ospina, Jorge; Torres, Yolanda. (2009).** Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *CES Psicología*, 2(2); julio-diciembre 2009. P 49-59. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413004.pdf>
- Cano Gracia, F, J; Rodríguez Franco, L.; García Martínez, J. (2007).** Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Española de Psiquiatría*. España. 35(1):29-39. Recuperado de: [https://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](https://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
- Carr, A. (2007).** Psicología positiva. Barcelona, editorial Paidós. Recuperado de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/psicopositiva-programa.pdf>
- Castaño, Elena; León del Barco, Benito (2010).** Estrategias de Afrontamiento del Estrés y Estilos de Conducta Interpersonal. *International Journal of Psychology an Psychology Therapy*. 2010 10(2). Junio p. 245-257. Recuperado de: [http://www.redalyc.org/pdf/560/Resumenes/Abstract\\_56017095004\\_2.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/560/Resumenes/Abstract_56017095004_2.pdf)
- Carretero H, Pérez C. (2005).** Normas para el Desarrollo y Revisión de Estudios Instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 2005; 5(3):521-551. Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-158.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf)

**Carvajal, A; Centeno, C; Watson, R; Martínez, M; Rubiales, A. S. (2011).** ¿Cómo validar un Instrumento de Medida en Salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 34(1): 63-72 Núm. 1. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/10317/8017>

**Folkman, S. (1984).** Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 1984 Apr;46(4):839-52 Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6737195>

**Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980).** An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. doi: 10.2307/2136617. Recuperado de: [https://www.jstor.org/stable/2136617?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2136617?seq=1#page_scan_tab_contents)

**George, D., & Mallery, P. (2003).** SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. 231. Recuperado de: [https://books.google.com.pa/books/about/SPSS\\_for\\_Windows\\_Step\\_by\\_Step.html?id=AghHAAAAMAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pa/books/about/SPSS_for_Windows_Step_by_Step.html?id=AghHAAAAMAAJ&redir_esc=y)

**González Y. (2008).** Evaluación de la Eficacia del cuidado como Intervención Terapéutica: un Programa Educativo con enfoque Cognitivo. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000157&pid=S1657-5997201300020000300017&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S1657-5997201300020000300017&lng=es)

**Lazarus, Richard; Folkman, Susan. (1986).** Estrés y Procesos Cognitivos. 2da Edición, Ediciones Martínez Roca, S.A. España. ISBN: 84-270-1013-3. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=222981>

**Luján Tangarife, S. A., Cardona Arias, J. A. (2015).** Construcción y Validación de Escalas de Medición en Salud: Revisión de Propiedades Psicométricas. *Archivos de Medicina*. 11(3:7); 2015, 1-7. Recuperado de: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccion-y-validacion-de-escalas-de-medicin-en-salud-revisin-de-propiedades-psicomtricas.php?aid=6694>

**Macías Amaris, María; Camilo Orozco; Marcela Amarís; Javier Zambrano. (2013).** Estrategias de Afrontamiento Individual y Familiar Frente a Situaciones de Estrés Psicológico. *Revista Online Psicología desde el Caribe*, 30(1): enero a abril 2013. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>

**Martínez, Agustín; José Piqueras; Candido Inglés. (2012).** Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. Depto. de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández Elche, Alicante. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>

**Morán, Consuelo; Landero, René; González, Mónica. (2009).** COPE-28: un Análisis Psicométrico de la Versión en Español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552; Bogotá, Agosto 2009. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es).

**Nava Quiroz, Carlos; Ollua Méndez, Patricia; Vega Valero, Cynthia; Soria Trujano, Rocio. (2010).** Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una Replicación. *Psicología y Salud*; 20 (2); 213-220. Julio-Diciembre 2010. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/604/1048>

**Paniagua, Ramón. (2015).** Metodología para la Validación de una Escala o Instrumento de Medida. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, Colombia. 2015. Recuperado de: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/d76a0609-c62d-4dfb-83dc-5313c2aed2f6/METODOLOG%3C%8DA+PARA+LA+VALIDACI%3C%93N+DE+UNA+ESCALA.pdf?MOD=AJPERES>

**Pascual, Aitziber; Susan Conejero; Itziar Etxebarria (2017).** ¿Existen Estrategias de Afrontamiento y de Regulación Emocional más Adecuadas que Otras? Consejo General de la Psicología de España. *INFOCOP-ONLINE*. 2017. Recuperado de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6650&cat=50](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6650&cat=50)

**Pascual, Aitziber; Susan Conejero; Itziar Etxebarria (2016).** Coping Strategies and Emotion Regulation in Adolescents: Adequacy and Gender Differences. *Ansiedad y Estrés*. Enero-Junio 2016 22 (1), Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-coping-strategies-emotion-regulation-in-S1134793716300070>

**Ramada Rodilla, J. M; Serra Puadas, C; Delciós Clanchet, G. L. (2013).** Adaptación Cultural y Validación de Cuestionarios de Salud: Revisión y Recomendaciones Metodológicas. *Salud Pública Mexicana*, 2013, 55(1), 57-66 Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131g.pdf>

**Rexrode, K, R; Petersen, S; O'Toole, S. (2007).** The Ways of Coping Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 68(29), 262-280. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0013164407310128>

**Rodríguez, Francisco; Estrada, Cristina; Rodríguez, Luis; Bringas, Carolina. (2014).** Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la Población Penitenciaria de México. *Psychology/Psicología Reflexão e Critica*, 27(3), 415-423. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722014000300415&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722014000300415&script=sci_abstract&tIng=es)

**Roy, Callista. (2004).** Coping and Adaptation Processing Scale Development and Testing. William F. Connel School of nursing. Boston College. Chesnut Hill, MA. Manuscip, 2004. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1657-5997200700010000500001&lng=pt&pid=S1657-59972007000100005>

**Roy, Callista. (2009).** The Roy Adaptation Model, Third Edition. Pearson Education, Inc; Upper Saddle River, New Jersey. 2009. p.1- 553. Recuperado de: <https://www.amazon.com/Roy-Adaptation-Model-3rd/dp/0130384976>

**Rubio, Laura; Dumitrache, Cristina; Cordón-Pozo, Eulogio; Rubio-Herrera, Ramona. (2016).** Psychometric Properties of the Version of the Coping Strategies Inventory (CSI) in Older People. *Revista Anales de Psicología*, 2016. 32, (2), mayo. 355- 365. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-97282016000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282016000200007)

**Sánchez, Ricardo; Echeverry, Jairo. (2014).** Validación de Escalas de Medición en Salud. *Salud Pública*. 2004, 6(3):302-316. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci_abstract&tIng=es)

**Urrego Betancourt, Yaneth; Aragón Meza, Alejandra; Combita Suarez, Julie; Mora Quintero, Mónica. (2012).** Descripción de las Estrategias de Afrontamiento para Padres con Hijos con Discapacidad Cognitiva. *Psicología con Éxitos*. Universidad Piloto de Colombia, Programa de Psicología. Recuperado de: <http://www.contextos-revista.com.co/Revista%208/A3-DescripciOn%20de%20las%20estrategias%20de%20afrentamiento%20para%20padres%20con%20hijos%20con%20discapacidad%20cognitiva.pdf>

## INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

por Cano, Rodríguez y García, 2007 con ajustes inquitico para el contexto de Panamá  
Redistribuido según factor por González Y; Ortega, E; Castillo,R; Whetsell, M; Cleghorn, D .(2015).  
Estrategias Primarias.

Estrategias de afrontamiento	En absoluto 0	Un poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Totalmente 4
<b>Resolución de problemas.</b>					
1.Luché para resolver el problema					
9.Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
17.Hice frente al problema					
25. Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.					
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.					
<b>Autocrítica</b>					
2. Me culpé a mí mismo.					
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.					
18. Me critiqué por lo ocurrido					
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera.					
34. fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
<b>Expresión emocional</b>					
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés.					
11. Expresé mis emociones, lo que sentía.					
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los deje salir.					
27. Dejé desahogar mis emociones.					
35. Mis sentimientos me abrumaban y estallaron					
<b>Pensamiento desiderativo</b>					
4.Deseé que la situación nunca se hubiera dado					
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.					
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.					
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido.					
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.					
<b>Apoyo social</b>					
5. Encontré a alguien a quien contarle mi problema que escuchó mi problema.					
13. Hablé con una persona de confianza.					
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano.					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos.					
37.Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.					
<b>Re-estructuración cognitiva</b>					
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.					
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malos.					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.					
30. Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.					
<b>Evitación de Problemas.</b>					

7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.					
15. Traté de olvidar por completo el asunto.					
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.					
31. Me comporté como si nada hubiera pasado.					
39. Evité pensar o hacer nada.					
<b>Retirada social</b>					
8. Pasé algún tiempo solo.					
16. Evité estar con gente.					
24. Oculté lo que pensaba y sentía.					
32. No dejé que nadie supiera como me sentía.					
40. Traté de ocultar mis sentimientos.					
<b>Grado de eficacia percibida del afrontamiento</b>					
41. me consideré capaz de afrontar la situación.					

Recibido: 29 de Octubre 2017

Aprobado: 30 de Noviembre 2017

## Artículo Transcultural

### El Análisis de Datos en la Investigación con El Método Fenomenológico

Por:

**Dra. Lydia Gordón de Isaacs.** Departamento de Salud de Adultos. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Email: [isaacs@cwpanama.net](mailto:isaacs@cwpanama.net)

#### Resumen

Este artículo se centra en el proceso de análisis de datos fenomenológicos, con una propuesta de modificación al modelo de análisis de Clark Moustakas (1994), presentando una discusión que busca fundamentar la propuesta. Se hace referencia a la vida del creador de la filosofía y método de investigación fenomenológica, Edmundo Husserl, y se introduce al filósofo Martín Heidegger quien amplió la investigación fenomenológica, fundamentando la interpretación de los datos fenomenológicos.

**Palabras claves:** Fenomenología, Análisis de Datos, Investigación.

### The Analysis of Data in Research with The Phenomenological Method

#### Abstract

This article emphasizes the process of analysis of phenomenological data, with a proposal to modify [Clark Moustakas \(1994\)](#) analysis model, presenting a discussion to support the proposal. We make reference to the life of Edmund Husserl, creator of phenomenology as a philosophy and research Method and we introduce the philosopher Martin Heidegger, who extended phenomenological research with notion of interpretation as a fundamental aspect of phenomenological data analysis.

**Key words:** Phenomenology, Data Analysis, Research.

### A Análise de Dados em la Pesquisa com O Método Fenomenológico

#### Resumo:

Este artigo enfoca o processo de análise de dados fenomenológicos, com proposta de modificação do modelo de análise de Clark Moustakas (1994), apresentando uma discussão que procura fundamentar a proposta.

Refere-se à vida do criador da filosofia e do método de pesquisa fenomenológica, Edmundo Husserl, e apresenta o filósofo Martin Heidegger que expandiu a pesquisa fenomenológica, com base na interpretação de dados fenomenológicos.

**Palavras Chaves:** Fenomenología, Análise de Dados, Pesquisa.

## **Introducción**

La fenomenología tuvo sus inicios a finales del siglo XIX, como parte del cambio paradigmático, que introducía a la investigación cualitativa como otra ruta para llegar al conocimiento científico.

Al filósofo Edmund Husserl (1859- 1938) se le reconoce como el creador de la fenomenología, aunque la literatura indica que fue inspirado por las enseñanzas de Franz Brentano, filósofo distinguido de la época, quien fue su maestro.

Este artículo se centrará en el proceso de análisis de datos fenomenológicos, con una propuesta de modificación al modelo de análisis de Carl Moustakas (1994), presentando una discusión que busca fundamentar la modificación.

Dedicaremos un espacio breve para hacer referencia a detalles de la vida del creador de la filosofía y método de investigación que conocemos como fenomenología y debido a que el proceso de análisis tiene una etapa descriptiva y otra interpretativa, también introduciremos al filósofo Martín Heidegger quien amplió la investigación fenomenológica, introduciendo la interpretación de los datos fenomenológicos. Es decir, explica y fundamenta la necesidad de ir más allá de la descripción de los datos.

Antecedentes de Edmund Husserl, nace en 1859 en Moravia, República Checa. Estudió en la Universidad de Viena donde obtuvo su PhD en Matemáticas, en 1883. Estando en Viena, por curiosidad fue a unas conferencias de psicología y filosofía que dictaba Franz Brentano, filósofo distinguido de la época y se sintió tan motivado, con las conferencias de Brentano, que decidió dedicarse al estudio de la Filosofía.

En 1887, Husserl fue contratado como profesor en la Universidad de Halle, y allí trabajó hasta 1916. Se cambia a la Universidad de Freiberg, donde trabajó hasta 1928 cuando se jubiló.

Fue autor de numerosos escritos, originales y profundos. Muchas de sus obras fueron destruidas durante la invasión de los nazis y Husserl fue perseguido, murió en 1938.

El padre Herman Leo van Breda, arriesgó su vida en 1939, llevando a Bélgica más de 40 mil hojas manuscritas, escondidas, por Husserl antes de morir.

La Fenomenología Trascendental de Husserl define la fenomenología como la filosofía descriptiva de las esencias de las experiencias puras.

Pretendía capturar las esencias de las experiencias, sin interpretar ni explicarlas, solo describiéndolas.

Señaló que había otras formas, no convencionales, o contrarias al paradigma prevalente, de llegar al conocimiento científico. La fenomenología era el método que permitiría llegar a ese conocimiento.

Señaló que “El mundo está lleno de experiencias que nos pueden llevar a conocer científicamente los fenómenos”.

En otras palabras, sostenía que “de la experiencia humana...vivida con los fenómenos..... podíamos extraer conocimientos científicos”.

Era posible llegar a la esencia del fenómeno, a través del estudio sistemático de la experiencia vivida con el mismo.

La filosofía de Husserl evidentemente era existencialista y se define como descriptiva, eidética o trascendental. Sostenía que, mediante el estudio sistemático de las experiencias vividas con los fenómenos, podemos llegar a conocer el significado esencial de dicho fenómeno.

Se basó en las siguientes premisas: “...Cada experiencia puede ser sometida a la reflexión, y precisamente, mediante la reflexión...nos hacemos conscientes de la experiencia...”.

“...Cotidianamente vivimos experiencias, pero solo cuando nos detenemos a reflexionar sobre ellas, nos percatamos de lo vivido...” “...A través de la intencionalidad podemos dirigir nuestra conciencia a determinados fenómenos...” “...Podemos llegar a la esencia de los fenómenos a partir del análisis de la experiencia vivida con el fenómeno...” “...Solo los que han vivido una experiencia la pueden describir...” “...No se puede aceptar un juicio como científico si no ha sido derivado de la evidencia de las experiencias...”.

La fenomenología ontológica o interpretativa de Martín Heidegger nació en una pequeña Villa en Alemania, el 26 de septiembre de 1889, fue a una escuela de gramática donde su maestro, le habló de Brentano y le regaló un libro de ese autor.

Heidegger empezó a estudiar teología en 1909 hasta 1911...pero después decidió cambiarse al campo de matemáticas y filosofía.

Heidegger fue discípulo de Husserl, pero pensó la fenomenología de manera diferente a su maestro. Para él no era solo describir el fenómeno, era necesario comprenderlo e interpretarlo. Sostenía que experiencias humanas se tienen que interpretar no solo describir, para llegar al verdadero significado.

Para Heidegger la vuelta al mundo de las experiencias se volvió más que un proyecto epistemológico para saber cómo es el fenómeno. En lugar de preguntar cómo es la esencia del fenómeno sostenía que debíamos preguntar cómo el “Ser” de las cosas se nos muestra.

El foco de Heidegger era encontrar el significado del Ser o del fenómeno. Pero además tenía otras preocupaciones, pensaba en nuestra temporalidad en el mundo.... Nuestra dinámica de cambios continuos durante nuestra estadía en el mundo.

Cuando describimos algo asumimos que es permanente, pero nada es siempre igual o incambiable. La experiencia cambia con el tiempo.

Por lo tanto, no se trata de describir solamente. Heidegger habla de conectarnos con el mundo, ser parte del mundo, la fenomenología es entrar en el mundo de las experiencias, cuestionarlo y buscar sus secretos.

La fenomenología como método de investigación para Husserl y también para Heidegger, la fenomenología es una ciencia rigurosa que estudia los fenómenos del mundo. En sus meditaciones cartesianas declara la importancia del principio metodológico:

“...Es claro que no puedo aceptar un juicio como científico si no es derivado de la evidencia de las experiencias...” (Husserl, 1977). “...Los fenómenos transcendentales son las entidades de las experiencias en el mundo, que se convierten en objetos de nuestra reflexión para encontrar sus significados...” (Husserl, 1977). En otras palabras, mediante el método fenomenológico podemos estudiar las experiencias de las personas, con el fenómeno que deseamos estudiar y de esta manera llegar al significado esencial del fenómeno (Husserl), o llegar a comprender y a interpretar el significado del fenómeno (Heidegger).

De acuerdo a Van Manen (2014), la fenomenología es parte de las ciencias humanas y se diferencia de las ciencias naturales, en que esta última, estudia objetos de la naturaleza y la forma como cambian las cosas, mientras que la ciencia humana estudia a las personas o seres que tienen conciencia y que actúan con un propósito dentro y sobre el mundo. El método de las ciencias humanas dice, envuelven descripción, análisis reflexivo, análisis crítico, interpretación.

Dilthey (1976), en ese sentido dice “...explicamos la naturaleza, pero la vida humana, la debemos entender...”.

Es claro entonces que, como investigadores, la técnica de la entrevista en profundidad a los participantes que han vivido la experiencia, nos llevará a la colección de los datos con el método de investigación fenomenológica.

Por otro lado, mediante el análisis de los datos transcritos de la entrevista, llegaremos al carácter trascendental o escondido del fenómeno estudiado.

Para ello, el investigador debe suspender sus prejuicios, conocimientos previos y teorías, para enfocarse en los datos obtenidos de la entrevista. Husserl trató de demostrar que con el “époche” las cosas que se tienen en la conciencia se pueden suspender o poner entre paréntesis. Para enfocarnos en la experiencia que se describe. Mediante la reducción se puede llegar a la esencia fundamental, a la estructura vital, de los fenómenos del mundo. En cuanto a la intencionalidad sostenía Husserl sostenía que, el investigador, Intencionalmente puede guiar su mente, para que ponga entre paréntesis todos los conocimientos, teorías, prejuicios sobre un fenómeno y dirigir la conciencia a la experiencia vivida con un fenómeno.

También señaló que a través de la reducción de los datos se puede llegar a la esencia del fenómeno...al significado de los fenómenos del mundo.

Es decir, el análisis de los datos nos permite llegar al significado esencial del fenómeno, a su estructura o componentes esenciales, por ello, la frase “volver a las cosas mismas” se ha convertido en la frase de la fenomenología trascendental. El análisis de datos en la investigación fenomenológica

Recordemos que la entrevista fenomenológica debe buscar la descripción de las experiencias de los participantes, quienes fueron seleccionados por haber vivido la experiencia con el fenómeno de estudio. Por lo tanto, las preguntas del investigador son importantes, ya que determinan la calidad de los datos que se obtendrán, desde la pregunta central hasta la última pregunta colateral o secundaria.

Luego de concluir la entrevista, esta se transcribe. Existen diferentes abordajes o modelos para el análisis de los datos fenomenológicos, hemos utilizado el modelo de Clark Moustakas (1994), el cual es el resultado de dos modificaciones previas, ya que este autor abrevió el método de [Van Kaam \(1959; 1966\)](#), y después el método de [Stevick - Colaizzi - Keen, \(1973\)](#) y propuso los siguientes pasos para el análisis de los datos fenomenológicos:

1. Lectura total de la transcripción.
2. Segunda lectura de la transcripción, para extraer unidades de significado. Subrayando y después enlistando las unidades de significado (palabras o frases significativas relacionadas al fenómeno de estudio), para crear las categorías.
3. Análisis de las unidades de significado (buscando convergencias o similitudes entre las categorías).
4. Agrupación de unidades de significados para la formación de temas centrales. Estos pasos se realizan con cada entrevista de acuerdo al modelo de Moustakas (1994), luego de obtener los temas centrales de cada entrevista se procede con el grupo de temas al paso siguiente.
5. Se realiza una descripción textural: Se realiza a partir de los temas centrales de cada entrevista. Esta descripción trata de presentar un panorama general del fenómeno a partir de los temas centrales.
6. La descripción estructural: Este paso se realiza para cada entrevista. Se determina la estructura de cada tema o atributos esenciales y estos pueden interpretarse en relación a los temas fenomenológicos universales.
7. La descripción textural-estructural: Este paso se realiza para cada entrevista. Se hace una descripción global integrando las dos descripciones anteriores, tanto la textural como la estructural.
8. Al final se integran todas las descripciones, texturales, estructurales y compuestas de todas las entrevistas.
  - a. Se unen todas las descripciones texturales en una sola descripción textural.
  - b. Se unen todas las descripciones estructurales en una sola descripción estructural
  - c. Se unen todas las descripciones compuestas en una sola descripción y tendremos una descripción integral textural-estructural.

La modificación del modelo de Moustakas. La modificación propuesta por (Gordón de Isaacs, 2017) consiste en un abordaje que inicia igual con los pasos 1,2,3, y 4, se van identificando los temas centrales de cada entrevista hasta lograr la saturación. En ese momento ya no se sigue entrevistando y 5. Con el grupo final de temas centrales, se realiza

la descripción textural (un retrato de la experiencia que incluye sentimientos, y sensaciones. 6. la descripción estructural (las estructuras o características existenciales universales de la experiencia) y 7. la descripción compuesta (combinando la descripción textural con la estructural).

Sostenemos que los temas centrales globales son el producto integral del estudio. Allí se integran los temas de cada entrevista, en un solo producto, por lo tanto, las descripciones textural, estructural y compuesta final serán también productos integrales que incluirán todos los temas que identificamos por saturación de todas las entrevistas.

La saturación es la técnica que nos permite saber cuándo tenemos los datos “completos”, del fenómeno estudiado y por lo tanto dejamos de incluir otros participantes en el estudio. Con estos datos “completos” realizamos las descripciones e interpretaciones.

Este concepto de saturación es lo que fundamenta nuestra propuesta ya que lo que corresponde es trabajar con los temas que han surgido de todas las entrevistas, para realizar la descripción textural, estructural y compuesta del estudio. Cuando saturamos sabemos que tenemos todos los temas y, por tanto, las unidades de significado del fenómeno de estudio. Estos temas son los completos, los globales, el resultado de cada entrevista, se considera como aproximaciones o sea que no nos dan el panorama integral.

En otras palabras, se hace una sola descripción textural, estructural, y compuesta a partir de los temas centrales identificados como producto de todas las entrevistas. En nuestra experiencia con el modelo modificado, los temas que emergen de cada entrevista, van pareciéndose más y más, hasta coincidir con los temas centrales finales.

La reducción eidética de Husserl es el centro de la reflexión en su fenomenología trascendental, busca describir aquello que se muestra a nuestra conciencia de la experiencia y cómo se nos muestra. La reducción eidética se enfoca en aquello que es distinto o único de la experiencia. Nos permite identificar los significados y describir los temas centrales de la experiencia.

En términos existenciales podemos decir que la experiencia vivida, se da en un tiempo y en un espacio dado, por lo que [Heidegger \(1977\)](#), señala que es necesario preguntar ¿dónde y cómo está lo vivido en tiempo y espacio?. ¿Cómo está corporalmente, y en relación al mundo, a los otros y quien vive la experiencia? ¿Cómo es la relación con las cosas materiales del mundo?

La fenomenología se enfoca en las experiencias vividas, pero la reflexión fenomenológica empieza cuando como investigadores tratamos de captar los significados de la experiencia.

La fenomenología como ciencia, es el estudio de las experiencias vividas o de los significados existenciales, intenta describir e interpretar estos significados en detalle y profundidad. Esta reducción de la experiencia requiere que se evite toda abstracción, teorización y generalización previa.

Por supuesto, que todo proyecto de investigación debe examinar las teorías existentes y discutir el cuerpo de conocimiento existente acerca del fenómeno. Esta discusión se puede incorporar al finalizar la descripción e interpretación fenomenológica. La metodología fenomenológica tiene desafíos porque se argumenta que podemos incorporar nuevas técnicas y estrategias metodológicas, pero sostiene a la vez que no podemos reducir la investigación a un grupo de estrategias generales (Heidegger, 1977).

Por otro lado, se enfatiza que se debe experimentar metodológicamente, pero de manera bien informada. La reducción fenomenológica de los datos no es un fin en sí, es más bien un medio para llegar a un fin: el fin es poder entender el mundo tal como se vivió. Los métodos nos dan un mapa parcial para llegar al destino. La experiencia, es una forma profunda y enriquecida de entender el mundo vivido (van Manen, 2014).

El análisis fenomenológico debe ser realizado con experiencias pre-reflexivas. No puede realizarse en puntos de vista, opiniones, creencias, percepciones o interpretaciones de la experiencia de los participantes. No debe confundirse las descripciones concretas de las experiencias vividas con las interpretaciones de las experiencias.

Los temas fenomenológicos universales. Una forma de asistir en el proceso de reflexión fenomenológica es usando los temas fenomenológicos universales relacionados a las experiencias vividas. Estos son: relaciones vividas (relaciones con uno mismo o con otros), corporalidad vivida (el cuerpo), espacio vivido (el espacio o contexto), tiempo vivido (temporalidad) y cosas materiales o tecnológicas vividas (materialismo).

Estos tópicos fenomenológicos pertenecen o están presentes en toda experiencia humana, son temas universales de vida (van Manen, 2016). Estos existenciales fundamentales ocurren repetidamente en la literatura fenomenológica. Todos experimentamos nuestro mundo y nuestra realidad mediante estos existenciales, Yo soy parte del mundo, mi cuerpo es una forma de comunicarme con el mundo (Merleau Ponty, 1962).

Yo puedo describir mi relación con el otro, puedo percibir al otro (Sartre, 1965). La existencia es antes que la esencia (Sartre, 1965). Las personas estamos inmersas en el mundo, no somos criaturas aisladas. Estamos en el mundo en relación a otros (Heidegger, 1977). Por lo tanto, el análisis de los datos fenomenológicos incluye la descripción e interpretación de las experiencias y sus significados.

#### Referencias

**Colaizzi, P. (1973).** *Reflections and Research in Psychology; a Phenomenological Study of Learning.* Dubuque, IOWA: Kendal Hunt. Pub. Co. Recuperado de: <http://www.worldcat.org/title/reflection-and-research-in-psychology-a-phenomenological-study-of-learning/oclc/762820>

**Rickman, H. P. (1976).** *Dilthey: Selected Writings.* Cambridge University Press. Recuperado de: <https://www.amazon.in/Dilthey-Selected-Writings-H-Rickman/dp/0521209668>

**Giorgi, A. (1985).** *Phenomenology and psychological research.* Pittsburgh: Duquesne University Press. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/45935704/Giorgi-s-Empirical-Phenomenological-Model>

- Heidegger, M. (1977).** Basic Writings. New York: Harper and Row. Recuperado de: <https://kinasevych.ca/2014/10/03/heidegger-1977-the-question-concerning-technology/>
- Husserl, E. (1970).** Logical Investigations. (J.N. Findlay. Trans). New York: Humanities Press. Recuperado de: <https://www.ucd.ie/t4cms/Editors%20IntroductionHusserlLogical-Investigations%202001.pdf>
- Husserl, E. (1977).** Cartesian Meditations: An Introduction to Metaphysics (D. Cairns, Trans.). The Hague: Martinus Nijhoff. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0049-34492006000300008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492006000300008)
- Keen, E. (1975).** Doing Research Phenomenologically. Unpublished Manuscript, Bucknell University, Lewisburg, PA. Recuperado de: <https://acrwebsite.org/search/view-conference-proceedings.aspx?Id=6450>
- Merleau Ponty, M. (1962).** Phenomenology of Perception (C. Smith, Trans.). Boston: Routledge and Kegan Paul. Recuperado de: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-481-2831-0\\_22](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-481-2831-0_22)
- Moustakas, C. (1994).** Phenomenological Research Methods. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc. Recuperado de: <https://www.amazon.es/Phenomenological-Research-Methods-Clark-Moustakas/dp/0803957998>
- Sartre, J. (1965).** Introduction: The Pursuit of Being. In Being and Nothingness New York: Citadel Press. Recuperado de: <https://plato.stanford.edu/entries/sartre/>
- Stevick, E. (1971).** An Empirical Investigation of the Experience of Anger. In A. Giorgi, W. Fisher, and R. Von Eckartsberg (Eds), Duquesne Studies in Phenomenological Psychology (Vol. 1, pp. 132-148). Pittsburgh: Duquesne University Press. Recuperado de: [https://books.google.com.pa/books?id=2KXHhNg7ZfUC&pg=PA58&lpg=PA58&dq=Stevick,+E.+\(1971\)](https://books.google.com.pa/books?id=2KXHhNg7ZfUC&pg=PA58&lpg=PA58&dq=Stevick,+E.+(1971))
- Van Kaam, A. (1966).** Application of the phenomenological method. In A. Van Kaam, Existential foundations of psychology. Garden City, New York: Double-day. Recuperado de: [https://books.google.com.pa/books?id=pqgACAAAQBAJ&pg=PA24&lpg=PA24&dq=Van+Kaam,+A.+\(1966&source=bl&ots=M4DIZ3Jr1u&sig=wS3ZkO4GQMsu7](https://books.google.com.pa/books?id=pqgACAAAQBAJ&pg=PA24&lpg=PA24&dq=Van+Kaam,+A.+(1966&source=bl&ots=M4DIZ3Jr1u&sig=wS3ZkO4GQMsu7)
- Van Manen, M. (2014).** Phenomenology of Practice: Meaning giving methods in Phenomenology. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc. [https://books.google.com.pa/books?id=50h-CwAAQBAJ&pg=PA98&dq=Van+Manen,+M.++2014&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiDnrm0sqrXAhXK4iYKHf\\_IACQQ6](https://books.google.com.pa/books?id=50h-CwAAQBAJ&pg=PA98&dq=Van+Manen,+M.++2014&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiDnrm0sqrXAhXK4iYKHf_IACQQ6)
- Van Manen, M. (2016). Researching Lived Experience. 2nd Ed. New York: Routledge Taylor & Francis Group. <https://books.google.com.pa/books?id=IbhmDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Van+Manen,+M.++2016&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2u6vVsqrXAhWQdSYKHeMoDw0Q6AEILzAB#v=onepage&q=Van%20Manen%2C%20M.%20%202016&f=false>

Recibido: 12 de Agosto 2017

Aprobado: 30 de Noviembre 2017

# CONTEXTUALIZACIÓN DE LA MUJER INDÍGENA Y LA SALUD

**Dra. Diamantina Cleghorn Spencer**

Profesora Titular. Facultad de Enfermería  
Departamento: Salud Pública  
Universidad de Panamá, Campus

**Doctoranda Marta A. Acosta C.**

Doctorado en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional  
Profesora Agregada. Facultad de Enfermería.  
Centro Regional Universitario de Veraguas

## Resumen

En la actualidad, con la realidad palpable de los grandes avances de la ciencia y el desarrollo permanente de la tecnología de la comunicación y la información, el ser humano se encuentra enfrentando a diario las urgentes modificaciones y las adaptaciones a su realidad de vida. Estas actividades de adaptación, en algunos momentos son superadas, en otras, la persona sucumbe a su incierto destino que el medio en el que vive le pueda proporcionar.

Para los pueblos originarios de nuestra América, al igual que en Panamá, la realidad que se vive a diario, no dista de ser la misma situación de permanente adaptación, según los escasos recursos con los que se cuente en las áreas más distantes de las regiones Rurales de toda Centroamérica. Vivir en un área rural representa grandes desafíos en cuanto a necesidades de salud se puedan presentar, pertenecer a la clase social de pobreza, (puede ser de extrema pobreza), representa un desafío de vida, de situaciones de problemas, y con las características anteriores se es indígena, y además mujer, representa una dificultad mayor en nuestros pueblos.

## Abstract

At present, with the palpable reality of the great advances of science and the permanent development of communication and information technology, the human being is facing daily the urgent modifications and adaptations to his reality of life. These adaptation activities, in some moments are overcome, in others, the person succumbs to his uncertain destiny that the environment in which he lives can provide.

For the native peoples of our America, and in particular in Panama, the daily reality is not the same as the situation of permanent adaptation, according to the scarce resources that are available in the most distant areas of the regions Of all Central America. Living in a rural area presents major challenges in terms of health needs that may arise, belong to the social class of poverty (it can be extremely poor), it represents a challenge of life, of situations of problems, and with the previous characteristics Is indigenous, and also a woman, represents a greater difficulty in our peoples.

**Introducción.** En avanzada de este siglo XXI, en donde parece que todo se tiene resuelto, la tecnología en constante vanguardia, y habiendo finalizado el periodo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio el 31 de diciembre de 2016, e iniciándose el periodo en que se cumplan los planteamientos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que deben alcanzarse en los próximos 15 años, es necesario plantear de qué manera es posible.

**Justificación.** En relación a la responsabilidad adquirida con el cuidado de la salud, y sobre todo, con las mujeres, y en particular con la mujer indígena de Centroamérica, es imperante la transferencia de cuidados de salud y de Enfermería en el cuidado de la salud de la mujer de manera integral y holística.

**Metodología.** Se realiza búsquedas en las principales bases de datos disponibles en ciencias de la salud y de enfermería, al igual que The Cochrane Library, Medline, Lilacs y CUIDEN, Latindex, Scielo, Redalyc.

Se utilizó descriptores como: mujer indígena, salud indígena, pueblos originarios y salud, salud de la mujer, salud sexual y reproductiva. Se encontró cien (100) fuentes bibliográficas, de los cuales en una primera selección se escogió 17 fuentes, las cuales se identifican a continuación:

**Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Estrategias	Palabras Claves
G. Freitas y otros.  2016 Brasil	Prevalencia de diabetes mellitus y factores asociados en mujeres indígenas del municipio de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil	385 Mujeres de 18 a 59 años residentes en las aldeas de Bororó y Jaguapiru	Cuantitativo. Se utilizó un cuestionario estandarizado. Análisis estadístico de test Kruskal Wallis, Mann Whitney y el modelo lineal generalizado	El 7% presentaron glicemia capilar casual alterada indicadora de diabetes mellitus. En el modelo lineal generalizado, permanecieron asociadas en el modelo final las variables edad ( $p < 0.001$ ), presión arterial sistólica ( $p = 0,002$ ) y etnia ( $p = 0,022$ ). Este estudio demuestra la necesidad de cambios comportamentales, con ayuda de intervenciones educativas como estrategia de prevención y control de la diabetes mellitus.	Hiperglucemia, diabetes mellitus, salud de la mujer, población indígena
Vanesa Vázquez y otros.  2015 Argentina	Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino	Revisión de la investigación titulada Accesibilidad de mujeres subalternas al servicio de salud sexual y reproductiva en las provincias del norte argentino (2011-2012)	Documental. Entrevista en profundidad	Las mujeres que acceden a los servicios de salud, cuentan con doble desventaja: ser mujer y ser indígena. La relación médico-paciente se encuentra con prejuicios étnicos-raciales con inclusión de creencias religiosas de las mujeres. Las mujeres no se encuentran sumisas y pasivas, apelan a estrategias que les permite luchar con obstáculos que hacen que no se cumpla a cabalidad este derecho, y el Estado no garantiza dicho derecho.	Religión, cuerpo, mujer indígena
Valentina Díaz y otros.  2015 Paraguay	Anemia y deficiencia de hierro en mujeres indígenas del Departamento de Presidente Hayes, Paraguay, 2010-2011	222 mujeres de 12 a 60 años de edad, de las etnias maká, nivacle, sanapá, enxet y tobaqom.	Observacional descriptivo de corte transversal. Se determinó la concentración de la hemoglobina e índices hematimétricos: VCM, HCM y CHCM con un contador hematológico. El hierro sérico y transferrina se midió por método enzimático colorimétrico y la saturación de la transferrina por cálculo manual. Análisis de datos con programa estadístico Epi-info versión 3.5.3. (Atlanta, CDC). Se creó base de datos con planilla Excel	40% (88/222) de las mujeres se observó con hemoglobina por debajo de 12 g/dL. En los índices hematimétricos, presentaron valores inferiores al punto de corte, siendo el 33% para VCM, 22% HCM y el 16% para CHCM. Los resultados indican una deficiencia de hierro en diferentes fases, lo que induce a anemia, baja resistencia a infecciones, retraso en el desarrollo psicomotor y función cognoscitiva de los niños, bajo rendimiento académico, fatiga, entre otras patologías en una población vulnerable donde la mayoría de las mujeres estudiadas son de edad fértil.	Anemia, ferropenia, mujeres indígenas
Camilo Noreña y otros.  2015 Colombia	Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes	Mujeres indígenas y afrodescendientes	Análisis de Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 de Colombia	Los modelos de regresión presentan que las mujeres indígenas tienen menores probabilidades de un número adecuado de controles prenatales ( $OR=0,61$ ), al igual que las afrodescendientes. En cuanto a la atención institucional del parto: indígenas ( $OR=0,33$ ), afrodescendientes ( $OR=0,60$ ). En relación a los controles posparto. Indígenas (0,80) y afrodescendientes (0,80). De acuerdo a lo anterior, existen inequidades en la	Desigualdad en la salud, servicios de salud, grupos étnicos, derechos reproductivos.

**Fuente:** Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

**Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Banco Interamericano de Desarrollo  2015 Mesoamérica México Guatemala Panamá Honduras Nicaragua	Asuntos de familia: estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua	29 comunidades de cinco países de Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua.	Cualitativo Se realizó 628 entrevistas semiestructuradas con mujeres, hombres, personal de salud, parteras y otros actores. Se aplicó la herramienta Net_Map o Mapa de Actores	Entre otros resultados, en relación a las mujeres en las áreas rurales e indígenas de Mesoamérica tienen poca o ninguna influencia sobre las decisiones que afectan a su propia salud. Los atributos personales como edad o nivel educativo son concluyentes de la autonomía de la mujer, al igual que las decisiones sobre su salud dependen de las características de su red social (o sea, quiénes y cuántas personas conforman la red). De igual manera las relaciones que crean dentro de la familia. Un ejemplo son las comunidades indígenas de Nicaragua y Guna Yala (Panamá), los patrones de residencia son matrilocales, lo que induce que las mujeres tienen mayor autonomía en relación a su salud, deciden el lugar del parto. Los sistemas de salud no reconocen la importancia de las parteras. La información que ofrece las redes sociales de los servicios de salud influye en las decisiones de las personas. La atención integral de calidad técnica de los servicios de salud son eficaces si se toman en cuenta los aspectos socioculturales de cada comunidad y país.	Redes sociales, embarazo, parto
Leslie Barrionuevo y otros.  Perú 2013	¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolau en Perú?	12,272 mujeres de 30 a 49 años de edad.	Cuantitativo. Estudio transversal que utiliza la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)	El 62,7% de las mujeres sexualmente activas se habían realizado algún PAP en los últimos 5 años. Las mujeres con seguro público tenían 1,27 (intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,24-1,31) y las que tenían seguro privado 1,52% (IC95%: 1,46-1,58) veces mayor probabilidad de haberse realizado un PAP que aquellas sin seguro. Esta asociación se explicaba por las variables de posición económica. Las mujeres que tenían la participación más baja eran las analfabetas o con educación primaria, de nivel socioeconómico bajo, con antecedente de lengua indígena y que vivían en las zonas rurales (siendo esta brecha mayor cuando además no tenían seguro de salud, llegando a ser hasta la tercera parte en relación con los grupos sociales más favorecidos. Las mujeres sin seguro supone una barrera para el acceso a cribado de cáncer de cérvix en Perú	Neoplasias del cuello uterino, frotis vaginal, seguro de salud, salud de la mujer, factores socioeconómicos, Perú.

**Fuente:** Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

**Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
María Oviedo y otros.  2013 Colombia	Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación	Mujeres indígenas gestantes, mujeres indígenas líderes en salud y hombres líderes y promotores de los pueblos Embera y Wounaan del departamento de Chocó	Cualitativo de tipo exploratorio Se realizó 19 entrevistas en profundidad. Se utilizó el diseño metodológico de Taylor y Bogdan para el análisis de dichas entrevistas.	Las comunidades Emberá y Wounnan presentan situaciones durante la gestación donde participan la gestante, su pareja, su familia y la comunidad alrededor del cuidado de la madre y del bebé: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel de la pareja es importante en la toma de decisiones, el hombre decide sobre la atención de la medicina tradicional o medicina occidental. Y es necesario la presencia masculina para acudir a los servicios de salud.</li> <li>• Cuando la gestante necesite atención de salud, acuden a la medicina tradicional, atendidas por la partera, el tonguero y el jaibana para el bienestar espiritual. Manifiestan resistencia para ser atendidas por médico.</li> <li>• La partera al ser llamada atiende la gestación, en r y elación a la posición del bebé, lo acomoda y asiste el parto</li> <li>• Las gestantes realizan prácticas de protección a sus hijos como evitar el consumo de gran cantidad de agua. Prestan gran atención a los antojos para evitar complicaciones como el nacimiento prematuro y el aborto. Quienes satisfacen estos deseos son las parejas y familias.</li> <li>• Continúan realizando las actividades diarias: lavar la ropa, cocinar, aseo, cargar agua y leña, debido a que el bebé puede salir perezoso. En la gestación avanzada reciben ayuda de la familia para evitar el riesgo de aborto.</li> </ul>	Comunidades indígenas, gestación, salud indígena, salud de los pueblos indígenas
Andrea Perdomo y otros.  2013 Colombia	Prácticas corporales acerca del cuidado de sí en la comunidad indígena Sikuaní	No se describe en el estudio	Cualitativo Diarios de campo y la cartografía social. Estudio exploratorio de tipo etnográfico en tres fases: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un momento descriptivo: Mirada desde afuera.</li> <li>2. Un momento Hermenéutico: permite interpretación.</li> <li>3. Un momento de construcción teórica</li> <li>4. Se utilizó diarios de campo y la cartografía social.</li> </ol>	Se encontraron siete prácticas del cuidado de sí: El cuidarse, el cuidado y el conocimiento forman parte de la ética del cuidado, lo cual es practicada por las mujeres.	Cuerpo humano, autocuidado, práctica profesional, fisioterapia

**Fuente:** Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

**Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Brigite Prieto y otros.  2013 Colombia	Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales	8 puérperas con parto normal 4 informantes generales entre profesionales de enfermería y familiares de las puérperas	Cualitativo de tipo Etnográfico. Se utilizó la entrevista abierta a profundidad, el diario de campo y la observación participante.	Emergieron cinco temas del estudio: el poder, secreto de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma, y alimentos protectores. En relación con el modelo del sol naciente, los factores de la estructura social que tuvieron mayor influencia corresponden a las creencias, valores culturales y estilos de vida, al igual que el factor social de parentesco. Se identifica el predominio del componente emic en el cuidado cultural durante el puerperio con relación al componente etic.	Periodo postparto, cultura, atención de enfermería, enfermería, recién nacido
Coordinadora de Mujeres Indígenas Ngäbe-Buglé.  2012 Panamá	Diagnóstico sobre la situación de violencia contra mujeres indígenas. Comarca Ngobe-Buglé	Mujeres indígenas en la Comunidad de OMA, Comarca Ngäbe-Buglé, de 14 a 16 años de edad. Actores Claves: (15) caciques, jefes inmediatos, corregidores, director de escuela	Conversaciones de grupos focales de mujeres. Observación participativa. Entrevistas en profundidad	L VIOLENCIA contra las mujeres indígenas se repite, con consecuencias para sus vidas en la sociedad, familia pareja, intimidación, en las calles, transporte público, en los espacios de formación, escuelas, ministerios, centros administrativos y juzgados. Las mujeres poseen conocimiento de esta realidad. La mayoría de las mujeres que acuden a las autoridades continúan siendo víctimas de violencia por la falta de aplicación de medidas legales, contribuyendo a minorar la confianza en estas autoridades. Es importante el apoyo a las organizaciones comunitarias de mujeres para el trabajo a favor de las mujeres.	Violencia, mujer indígena, maltrato
Ximena, Ossa y otros. 2012.  Chile	Edad de menarquía y ascendencia indígena: Un estudio poblacional en Chile	8,624 adolescentes (8 y 16 años de edad) que asistían a escuelas públicas de la de la Región de la Araucanía (Centro-Sur de Chile)	Estudio observacional de cohortes históricas. Se determina en forma retrospectiva la edad de menarquía	Algunos estudios señalan que la edad de menarquía en Chile estaría estacionaria desde la década de los 1970-7946. Otra investigación realizada en la Región de La Araucanía muestra una tendencia secular hacia una menarquía más temprana en las últimas décadas sin diferenciación étnica. Por lo tanto, los resultados de esta investigación, deja abierta la posibilidad de que la edad de menarquía no se estabilice, en estas poblaciones que están en proceso de mejoramiento de condiciones de vida. De manera que, esta situación en conjunto con otros factores medioambientales como previos y posteriores a la menarquía, pueden influir en la aparición de enfermedades crónicas.	Menarquía, adolescentes de ascendencia indígena
Marcelina Cruz.  2012 México	Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México	15 informantes mujeres y hombres indígenas chontales de Tabasco	Cualitativo. Entrevistas en profundidad	Las mujeres presentan mayor sobrepeso y obesidad que los hombres. Las mujeres asumen que después de la maternidad, es "normal" ser obesa. La obesidad es considerada como herencia de los padres y no una enfermedad. No es deseable en ninguna etapa de la vida la pérdida de peso. Los resultados inducen a la promoción de un estilo de vida saludable para la disminución de sobrepeso y obesidad en la población de mujeres indígenas.	Obesidad, desigualdad, género, población indígena, Chontales, Tabasco
Claudia Amaya y otros.  2012 México	Género y trabajo: experiencia de las prestadoras de las casas de salud de mujeres indígenas de Guerrero y Oaxaca	5 casas de salud de mujeres indígenas existentes en el territorio nacional. Informantes claves: coordinadoras y asesoras (internas y externas), personal operativo y recursos locales de atención a la salud, mujeres usuarias de los servicios de la Casa y otros	Cualitativo, basado en el análisis secundario de las entrevistas realizadas como parte del Proyecto denominado "Rescatando la experiencia como parte del proyecto "Recatando la experiencia de la Casa de la Mujer Indígena: sistematización y evaluación del	Se identificó un importante valor al trabajo y compromiso hacia la comunidad. La culpa aparece como producto de la tensión entre el trabajo fuera del hogar y las responsabilidades como madre y esposas. La posibilidad de ayudar a otras mujeres es fuente de gratificación, con sus mismas características y con el mismo problema, relacionadas con la violencia. El sentimiento de satisfacción se convierte en motivación que le permite sobreponerse a las adversidades en relación con el hogar y el trabajo. Establecen vínculos de apoyo humano y solidaridad. Alcanzan prestigio y reconocimiento como motivación que mejora su vida por la carencia que tiene la mujer indígena. Se cumplen los planteamientos de la Teoría de los múltiples roles	Mujeres indígenas, género, proceso de trabajo

**Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**  
**Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Rolando Alvarado 2010 Panamá	Células escamosas atípicas en mujeres indígenas, residentes en la Comarca Ngöbe-Buglé, República de Panamá. 2009-2010	Mujeres indígenas de la comarca Ngöbe-Buglé atendidas como parte del tamizaje para cáncer de cuello del programa de protección social "apoyo a la red de oportunidades", del Ministerio de Salud y organización no gubernamental. Del 01 de marzo de 2009 al 31 de marzo de 2010 6 878 citologías	Cuantitativo. Estudio observacional, retrospectivo y transversal	109 casos (1,58%) fueron diagnosticados como células escamosas atípicas indeterminadas. 24 casos (0,35%) son diagnosticados como células escamosas atípicas, sin descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Se requiere el uso de otras pruebas diagnósticas, como la determinación del virus papiloma humano para el diagnóstico de células escamosas atípicas.	Cuello del útero, citología, células escamosas atípicas, mujer, adulto
K. Fieten y otros. 2009 Costa Rica	La exposición a plaguicidas y la salud respiratoria de las mujeres indígenas en Costa Rica.	Mujeres expuestas (n = 69) trabajaban en las plantaciones de plátano. Mujeres no expuestas (n = 58) trabajaban en las plantaciones de plátanos orgánicos u otros lugares sin exposición a los pesticidas.	Cuantitativo Entrevistas a través de cuestionarios para estimar la exposición y la presencia de síntomas respiratorios. pruebas de espirometría se realizaron para obtener la capacidad vital forzada y volumen espiratorio forzado en 1 segundo	Entre los expuestos, la prevalencia de sibilancias fue del 20% y de la falta de aire fue del 36% frente al 9% y 26% respectivamente, para los no expuestos. Entre los no fumadores (n = 105), informó de la exposición a los insecticidas clorpirifos organofosforados (n = 25) y terbufos (n = 38) fueron fuertemente asociada con sibilancias (odd ratio = 6,7, 95% intervalo de confianza: 1,6, 28,0; odds ratio = 5,9, 95% intervalo de confianza: 1,4, 25,6, respectivamente). Ambos insecticidas, se encontró una asociación estadísticamente significativa exposición-efecto. Exposición organofosfato múltiple era común; 81% de las mujeres expuestas fueron expuestas a ambos clorpirifos y terbufos. No se encontró relación entre la exposición a los pesticidas y la función pulmonar ventilatoria.	Plaguicidas, Salud respiratoria, mujeres indígenas
María Castro M. 2009 Bolivia	Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas	8 comunidades de cuatro pueblos indígenas en Bolivia: Ese ejja, Cavineño, Quechua y Aymara	Cualitativa. Entrevistas en profundidad, entrevistas grupales y registros de observación. I. Fase: elaboración de una base de datos II. Fase: desarrollo de la investigación en profundidad	Se establece referencias en relación a algunas determinantes socioculturales que influyen en la salud sexual y reproductiva, en donde se considera el idioma, la socialización de la sexualidad, las normas de parentesco, las organizaciones de base, la migración y trabajo, y la influencia de instituciones como la escuela, el cuartel y los agentes de salud, entre otros. Entre las consecuencias de los determinantes socio culturales se destacan los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de acceso a información clara.</li> <li>La migración, la escuela, la religión, contribuyen a la inequidad de género.</li> <li>El 3% de las mujeres indígenas utilizan métodos anticonceptivos.</li> <li>El 29% de las mujeres indígenas conoce el uso del condón como forma de protección.</li> <li>Insistencia en el uso de métodos anticonceptivos naturales.</li> <li>Consideran que el uso del condón es sólo para usarlo en relaciones sexuales casuales.</li> </ul>	Determinantes socioculturales, salud sexual y reproductiva, mujeres indígenas

**Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Lilia Rodríguez 2008 Ecuador	Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como un fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva	Usuarías de servicios de salud (mujeres indígenas de Otavalo) y personal de salud	Cuantitativo. Aplicación de una encuesta a usuarias de servicios y al personal de salud Cualitativo. Grupos focales, observación participante, entrevistas en profundidad	Se requiere un análisis que parta del reconocimiento de dos aproximaciones culturales a la salud: una visión occidental que mantiene los aspectos biológicos y técnicos, y una visión andina indígena que parte del principio “estar bien” “buen vivir”. Con los resultados obtenidos, se acordó un plan de trabajo para avanzar con la implementación de cambios en el hospital. Sensibilización al personal de salud del Hospital y de capacitación a parteras. Entre las actividades de capacitación al personal de salud, se incluyó al aprendizaje de Kichwa básico. Se motivó la organización de una sala de parto vertical en el hospital.	Factores sociales y culturales, determinantes en salud, cultura, políticas de salud sexual y reproductiva
Iván Meléndez Colombia (1992)	Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino Kuna	Fuente secundaria: Arenas, M. (1976). Encuesta de morbilidad realizada entre la comunidad indígena Cuna de Caimán Nuevo, Antioquia.	Cualitativo Texto narrativo	Desde el inicio del embarazo consumir carnes de animales grandes como de res, cerdo y pescados. Dieta rigurosa durante el embarazo, como pescados pequeños, carne de pollo, huevos, frutas, chucula y chicha. Se prohíbe tomar gaseosas y enlatados. Baños medicinales protegen a la madre y al bebé. Las bebidas y los baños medicinales se prolongan hasta el final del periodo de gestación. No se realiza el control prenatal. En atención al parto participan solamente las parteras o comadronas. El hombre médico tradicional debe estar preparado para cualquier complicación, y buscará plantas medicinales. Si el parto se complica más, acude al cantor de mu ikala para que invoque a los espíritus protectores de la matriz de la mujer y acelerar el parto. Se colocan hojas de bijao (urua) debajo de la madre en cuclillas para proteger al niño en la caída. El cordón umbilical se corta con tijeras limpias y se liga con hilaza (windup), después se espera que salga la placenta. El médico consigue bebidas que faciliten el descenso rápido y se entierra sahumada con semillas de cacao, envuelta en tela limpia y blanca. Luego la mujer descansa y guarda una dieta rigurosa: no consume sal, para evitar hemorragia posparto, ni carne de animales grandes hasta 12 días después del parto. Consume solamente cangrejos, camarones y langostinos. El hombre no realiza nada durante ocho días, para que no le dé lloradera al niño, cianosis, dificultad respiratoria o convulsiones. El médico tradicional le hace al niño tratamientos para fortalecer su vida, porque no tiene defensas adecuadas para cualquier enfermedad y ante los espíritus de la naturaleza.	Indígenas sudamericanas, atención prenatal, atención primaria en salud, medicina tradicional, medicina comunitaria

**Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016**

## **Discusión.**

En el cuadro 1 se presentan las categorías de análisis de los documentos examinados. Se seleccionó 18 documentos para la presentación en este artículo, en el que se describe los siguientes aspectos:

**Año:** La búsqueda de los documentos fue en los últimos 10 años, del periodo comprendido desde el año 2008 al 2016, se incluyó un artículo del año de 1992, debido a al tipo de etnia particular que se describe.

Los documentos que se encontraron se caracterizan según la metodología utilizada, de la siguiente manera:

**Cuantitativos:** 7 documentos: 1 en al año 2016; Observacional descriptivo transversal, 1 en el 2015; transversal, 1 en 2013; Observacional de cohorte históricas, 1 en el 2012; Observacional retrospectivo transversal, 1 en el 2010; 1 en el año 2009; 1 documento de análisis de artículo de investigación.

**Cualitativos:** 10 documentos: 3 en los años 2009, 2012 y 2015; Documental, 1 en el año 2015; Exploratorio, 1 en el 2013; Etnografía, 2 en el año 21013; Grupos Focales, 1 en el 2012; Análisis Secundario de Entrevistas, 1 en el 2012; Texto narrativo, 1 en el año 1992.

**Cuantitativo-Cualitativo:** 1 en el año 2008.

**País:** Los países representados en esta búsqueda fue un total de 8. Distribuidos en Latinoamérica: Panamá, Colombia, Costa Rica, Chile, México. Suramérica: Brasil, Argentina, Chile, Paraguay, Bolivia, Ecuador y Perú. Mesoamérica, con participación de México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua.

**Metodología:** Las metodologías utilizadas fue la revisión de artículos científicos. Estudios con paradigma cualitativo, cuantitativo y cuanti-cualitativo. (Observacional, descriptivos de cortes transversales, cohortes históricas, documentales, etnografías, grupos focales, análisis secundarios de documentos cualitativos y cuantitativos, y texto narrativo.

**Resultados:** Entre los resultados obtenidos de los documentos se destaca que:

Es necesario incidir en los cambios comportamentales con iniciativas de intervenciones educativas a la población en riesgo de contraer enfermedades, con Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

Las mujeres que acceden a los servicios de salud, cuentan con una doble dificultad y desventaja, lo cual radica en presentar dos factores vistos como adversos, ser mujer y ser indígena, debido a los prejuicios étnicos raciales, que han sido motivadas por las creencias religiosas de las mujeres. De aquí, que las épocas cruciales de la salud reproductiva como el embarazo, no mantienen un adecuado número de controles prenatales, con riesgo de su salud durante el embarazo, y la de su bebé en gestación.

En otras circunstancias, debido a la cultura dominante en su etnia, las mujeres indígenas tienen poca o nula influencia para las decisiones que inciden sobre su salud, sobre todo en la época del alumbramiento. En comunidades indígenas de Nicaragua y Guna Yala (Panamá), los patrones matriarcales, inducen a que las mujeres mantienen autonomía en relación a su salud y decisión en dónde se atienden su situación de salud-enfermedad.

De igual manera, el acceso a los servicios de salud, está influido por la tenencia o no de seguro de salud.

Las mujeres que presentan mayores dificultades, son las que son analfabetas o con educación primaria, nivel socioeconómico bajo, antecedente de lengua indígena y que viven en zonas rurales; siendo éstas las que no acuden a sus controles de toma de citología cervical (cribado de cáncer de cérvix). A pesar de esta situación, las mujeres reclaman su espacio y solicitan que sus derechos sean escuchados, atendidos y resueltos.

La mayoría de los sistemas de salud de hoy en día, no reconocen la importancia de las parteras y no se toman en consideración los aspectos socioculturales de cada comunidad y país. De manera que las mujeres indígenas, en circunstancias actuales y de acuerdo a las situaciones de vida, manifiestan resistencia por ser atendidas por médicos.

Más bien, algunas etnias prefieren realizar prácticas de cuidados según sus creencias culturales, y es practicada por las mujeres. Prefieren realizar prácticas de cuidados que incidan en la salud durante el puerperio y cuidado del hijo, a través del secreto de las plantas.

En otros aspectos de la salud sexual, en relación a la menarquía, no se establece cambios en relación al resto de la población, de manera que se tiene que verificar los factores ambientales que inciden en la aparición de enfermedades crónicas.

En relación al trabajo y género, se identifica en un estudio que la mujer indígena mantiene diversos roles, con sentimientos de culpa por las responsabilidades fuera del hogar, de manera que se hace necesario el establecimiento de vínculos de apoyo humano y solidaridad entre ellas. El ambiente de trabajo puede afectar la salud de las mujeres indígenas, de manera que se hace necesario tomar las previsiones necesarias, para evitar problemas de la piel, de tipo respiratorios que inciden en la salud de las mujeres indígenas expuestas a plaguicidas

Existen otras afectaciones a la salud, producto de los estilos de vida, como la obesidad

Debido a las dificultades que las mujeres indígenas presentan y confrontan para acceder a los servicios de salud oportunamente, en algunos estudios se refleja la necesidad de atención a la salud, como las anemias y deficiencia de hierro presentadas en las mujeres indígenas de la etnia Malká.

### **Discusión:**

En general la salud de la mujer, debe representar para la humanidad como la primera prioridad a nivel mundial, por ser la dadora de vida, de manera que es preciso mencionar los aspectos presentados en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, aprobados en la Agenda 2030, en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, con sus 193 Estados Miembros que la suscribieron. De los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos, es meritorio mencionar algunos aspectos en relación a la

mujer, y sobre todo a la mujer indígena, a pesar de que no se efectúa énfasis específicamente en las etnias originarias, y enfocan lo siguiente:

**Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.**

**Metas.** Se acentúan las siguientes:

- Poner fin todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Y a este respecto Tubin (2015), manifiesta que “la denigración de las mujeres es parte del sistema patriarcal y racial, con prácticas particulares, que opera con impunidad, legitimidad” de manera que son formas de violencia que... “atentan contra la dignidad de maya, garífunas y xinkas”, a las que, continúa refiriendo,... “se les niega el derecho a ser parte de su territorio, cosmovisión y visión política”.

- Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
- Empezar reformas que otorguen a las mujeres el derecho a los recursos económicos en condiciones de igualdad, así como el acceso a la propiedad y al control de las tierras y otros bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

En relación a estas dos últimas metas enunciadas, Freyermuth (2010), se refiere a las inequidades al acceso de los servicios de salud, a la que tienen derechos todas las personas, y manifiesta que “para Whitehead, el término inequidad tiene una dimensión ética...”, en donde estas inequidades, “...pueden estar fundadas en la desigualdad de oportunidades de acceder a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes...”

Continúa exponiendo Whitehead en Freyermuth (2010), que se expone a riesgos para la salud por situaciones de vida particulares, como por ejemplo violencia de género, o prácticas y representaciones relacionadas con la maternidad que desmotivan a las mujeres al acceso a los servicios, privándose de atención médica, al igual que a discriminación genérica y/o étnica.

Con todo lo descrito anteriormente, en cuanto a la mujer indígena, se le deja desprovista de todos los derechos, incluyendo las tierras que pertenecen a sus ancestros, debido a que cada día se les expulsa de sus territorios, como lo señala el Papa Francisco, en su Encíclica Laudato Sii (2015) “38... esos pulmones del planeta repletos de biodiversidad que son la Amazonia y la cuenca fluvial del Congo, o los grandes acuíferos y los glaciares. Los ecosistemas de las selvas tropicales tienen una biodiversidad con una enorme complejidad..., pero cuando esas selvas son quemadas o arrasadas para desarrollar cultivos, en pocos años se pierden innumerables especies, cuando no se convierten en áridos desiertos. “ ... existen propuestas de internacionalización de la Amazonia, que sólo sirven a los intereses económicos de las corporaciones transnacionales”. “nunca habíamos maltratado y lastimado a nuestra casa común como en los dos últimos años” (53). Boff (2015), agrega que “frente a esta ofensiva humana contra la madre Tierra que muchos científicos han denunciado como la inauguración de una nueva era geológica –el antropoceno.”, se destruyen hogares, y ecosistemas.

Finalmente, es un llamado a cuidar nuestra casa común y todos los seres vivos que nos rodean, sobre todo, los seres humanos, con equidad, justicia y sentido de humanización. Las mujeres indígenas de nuestro País, no distan de esta realidad palpante, por ejemplo, Vergés y Faronini (1998), realizan una descripción detallada en su momento, acerca de las situaciones precarias que inciden en la salud y enfermedad de la mujer Ngöbe. Refieren que “la salud para los/las Ngöbes es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses. Por lo tanto, cuando esta armonía se fracciona, se produce la enfermedad, que se manifiesta en un individuo y afecta a toda su familia. Y en este caso, toda su naturaleza corporal y ecológica y ambiental ha sido adulterada, por lo que también, el equilibrio Salud-Enfermedad.

### **Limitaciones.**

Una de las principales limitaciones en la realización de este trabajo de investigación fue la escasa bibliografía en relación al cuidado de la salud de la mujer indígena, desde la perspectiva de cuidado, en nuestro País.

### **Recomendaciones.**

Para cada uno de los profesionales de enfermería, buscar elementos de educación continua en temas de cuidado de la salud de la mujer, de manera holística. Identificando patrones de vulnerabilidad en aquellas que acuden a nuestras Instalaciones de Salud en búsqueda de una atención de los servicios de salud. Para los gerentes de los servicios de salud, buscar medios alternos de capacitación al personal de enfermería a su cargo, en temas relacionados al cuidado de la diversidad cultural en nuestro País. A las autoridades correspondientes al nivel superior de educación, preparar programas de estudios, en todos los niveles de preparación del profesional de enfermería en temas referentes al cuidado de Enfermería en la Diversidad Cultural. Panamá es un país de tránsito, un lugar de encuentro de culturas.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alvarado, R., Espinosa, C. y Otero, J. (2010). Células escamosas atípicas en mujeres indígenas, residentes en la Comara Ngöbe-Buglé, República de Panamá. 2009-2010. *Rev méd cient.*, 23, 3-11. Recuperado de [http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/230/pdf\\_15](http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/230/pdf_15)
- Amaya, C., Pelcastre, B., Márquez, M. y Juárez, C. (2012). Género y trabajo: experiencia de las prestadoras de las casas de salud de mujeres indígenas de Guerrero y Oaxaca. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 17(3), 731-739. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a20.pdf>
- Barrionuevo, L., Palencia, L. y Borrell, C. (2013). ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolau en Perú? *Rev. Panam Salud Pública* 34(6), 393-400. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a04.pdf>
- Boff, L. (2015). La Carta Magna de la ecología integral: grito de la Tierra / grito de los pobres. Recuperado de <http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=713>
- Castro, M. (s.f.). Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. Recuperado de <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/umbr/v1n18/v1n18a10.pdf>
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G. y Nigh, R. (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44623231003>
- Coordinadora de Mujeres Indígenas Ngäbe-Buglé. (2012). Diagnóstico sobre la situación de violencia contra las mujeres indígenas. Recuperado de <http://www.fimi-iiwf.org/archivos/e8ba92edb491d6f49d2544bebae2d98d.pdf>

- Díaz, V., Echagüe, G., Páez, M., Mendoza, L., Mongelós, P. y Jiménez, R. (2015). Anemia y deficiencia de hierro en mujeres indígenas del Departamento de Presidente Hayes, Paraguay, 2010-2011. *Rev Chil Salud Pública*, 19(3), 261-269. Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/37637/39303>
- Fieten, K. B., Kromhout, H., Heederik, D., & Van Wendel de Joode, B. (2009). Pesticide Exposure and Respiratory Health of Indigenous Women in Costa Rica. *American Journal Of Epidemiology*, 169(12), 1500-1506. doi:10.1093/aje/kwp060. Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=20&sid=817c7806-1a32-492b-b9b0-fabfe0baf3fa%40sessionmgr4007&hid=4204&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=44356091&db=aph>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19372212>
- Freitas, G., Souza, M. y Lima, (2016). Prevalencia de diabetes mellitus y factores asociados en mujeres indígenas del municipio de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32(8), recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000805010&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000805010&script=sci_abstract&tlng=es)
- Freyermuth, G. (2010). Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano en Chiapas. Recuperado de [http://sureste.ciesas.edu.mx/Investigacion/Proyectos%20especiales/Proyectos/Graciela/MMChs\\_19dejulio\\_GFE\\_V\\_F\\_conGraficas.pdf](http://sureste.ciesas.edu.mx/Investigacion/Proyectos%20especiales/Proyectos/Graciela/MMChs_19dejulio_GFE_V_F_conGraficas.pdf)
- Kolodin, S, Rodríguez, G. y Flores, K. (2015). Asuntos de familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. *Banco Interamericano de Desarrollo*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6954/Asuntos-de-familia-Estudio-cualitativo-sobre-las-redes-sociales-durante-el-embarazo-y-parto-en-mesoamerica-Chiapas-Mexico-Guatemala-Panama-Honduras-y-Nicaragua.pdf?sequence=1>
- Meléndez, I. (1992). Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino Kuna. *Investigación y Educación en Enfermería*, 10(1), 131-151. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20626/17340>
- Noreña, C., Leyva, R., Palacio, L. y Duarte, M. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública*, 31(12). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 5. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
- Ossa, X., Bustos, P., Muñoz, S. y Amigo, H. (2012). Edad de menarquia y ascendencia indígena. Un estudio poblacional en Chile. *Rev Med Chile*, 1035-1042. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n8/art10.pdf>
- Oviedo, M., Hernández, A. Mantilla, B., Arias, K. y Flórez, N. (2013). Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: Prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(2), 17-25. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a03.pdf>
- Prieto, B. y Ruiz, H. (2013). Significados durante el puerperio: A partir de prácticas y creencias culturales. *Chía*, 13(1), 7-16. Recuperado de [http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763/pdf\\_1](http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763/pdf_1)
- Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: La cultura como una fuerza para incidir en cambio en políticas de salud sexual y reproductiva. *Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador*, recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
- Santo Padre Francisco. (2015). Carta Encíclica Laudato Si'. Sobre el cuidado de la casa común. Recuperado de [http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20150524\\_enciclica-laudato-si.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html)
- Tubin, V. (2015). Ser mujer y ser maya. Ensayo. Recuperado de <https://www.plazapublica.com.gt/content/ser-mujer-y-ser-maya>

Vásquez, V., Rugna, C. y Perazzolo, R. (2014). Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino. *Revista Sociedad y Religión*, 25(43), 47-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v25n43/v25n43a03.pdf>

Vergés, C. y Farinoni, N. (1998). *Mujer Ngöbe: Salud y enfermedad*. Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá, Organización Panamericana de la Salud. 1ra.Ed. 1-203. Recuperado de <http://bdigital.binal.ac.pa/bdp/mujer%20ngobe1.pdf>  
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/28-Esp%20Mujer%20Ngobe.pdf>