

# CONTENIDO

## Artículos Originales

Conocimiento y aplicación de la ley integral contra la violencia en el personal de salud de primer nivel de atención VILLCA Calvimontes Maria Luz.....	2
Actividades de promoción sobre hábitos saludables para la prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes por el personal de salud VÁSQUEZ Condori Ximena.....	11
Aplicación de los ciclos de mejora continua como estándares de calidad en el servicio de gineco obstetricia y neonatología PIUCA, García Neli .....	19
Evaluación sobre la aplicación del programa desnutrición cero en niños menores de dos años, al personal de enfermería LÓPEZ Gutiérrez Gabriela.....	28
Causas que influyen temor en la asistencia médica y de enfermería en niños de 5–12 años del centro educativo multifuncional villa armonía CALIZAYA Colque Thays Admelinda .....	37

## CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LEY INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA EN EL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

VILLCA Calvimontes María Luz<sup>1</sup>

Recibido en 09/2016  
Aceptado en 11/2016

### RESUMÉN

El objetivo de este estudio fue determinar el conocimiento y aplicación de la ley integral, 348 en el personal de salud de primer nivel de atención Distrito III Valle Hermoso Sucre, junio – agosto 2016. Se trata de un estudio descriptivo observacional realizado con personal de salud del primer nivel de atención del distrito III. Estudio realizado con 32 profesionales entre personal Médico, Licenciadas en Enfermería y Auxiliares en Enfermería, para la recolección de la información se aplicó un cuestionario elaborado con preguntas y respuestas cerradas. En conclusión, se llegó a que no se está cumpliendo la ley 348 a su cabalidad como dicta en sus artículos, tampoco se aplica el protocolo o guía de atención en el centro de salud de primer nivel del distrito N° 3 de Sucre por el personal de salud a la mujer en situación de violencia.

### PALABRAS CLAVE

Ley contra la Violencia; Conocimientos; Aplicación de la ley; Primer Nivel de Atención.

### SUMMARY

The objective of this study was to determine the knowledge and application of the comprehensive law, 348 in the health personnel of the first level of care District III Valle Hermoso Sucre, June - August 2016. It is an observational descriptive study conducted with personnel from health of the first level of care in district III. Study carried out with 32 professionals among medical personnel, Licensed in Nursing and Auxiliaries in Nursing, for the collection of the information a questionnaire was applied, elaborated with closed questions and answers. In conclusion, it was arrived at that law 348 is not being fulfilled to its fullness as dictated by its articles, nor does it apply the protocol or care guide in the health center of the first level of the district No. 3 of Sucre by the health personnel to women in situations of violence.

### KEYWORDS

Law against Violence; Knowledge; Application of the law; First Level of Attention.

### INTRODUCCION

Mundialmente, miles de mujeres sufren alguna forma de violencia durante su vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) casi la mitad de las mujeres

asesinadas son causadas por el esposo o enamorado, actual o ex pareja. La violencia de género se da en las mujeres entre 15 a 44 años de edad en todo el

---

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería; Marie Stopes – Sucre; luzmar\_029@hotmail.com

mundo. En algunos países las mujeres relatan haber sido agredidas físicamente y que su primera relación sexual fue forzada<sup>(1)</sup>.

La violencia contra la mujer es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades que adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en las comunidades en su conjunto.

Gran parte de la violencia es perpetrada por los hombres independientemente del sexo y la edad de las víctimas. Lo más importante es el hecho de que la violencia sufrida por las mujeres y las niñas procede de hombres a quienes conocen y se produce dentro del llamado “puerto seguro” del hogar y la familia.

La respuesta de la sociedad a las distintas formas de violencia también varía. Así mismo todos consideran únicamente que la violencia callejera es un crimen y creen legítima intervención del estado, son muchos los gobiernos que dudan cuando se trata de actuar e incluso legislar contra la violencia doméstica. Como se produce en lo que a menudo se considera como la “esfera privada” del hogar, la violencia es difícil demostrar y de prevenir y fácil de ignorar.

La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) dedicó un capítulo completo a la violencia contra la mujer, del que salieron varias recomendaciones para los gobiernos y para las organizaciones multilaterales y no gubernamentales.

Más recientemente, la violencia contra la mujer fue objeto de atención como problema de salud pública y fue adoptada como tal por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

A pesar del creciente reconocimiento de la violencia frente a la mujer y los progresos logrados en los últimos años, la información básica sobre la magnitud del problema sigue siendo insuficiente, al igual que sucede con el conocimiento de sus causas profundas y de los factores que pueden resultar protectores. Y estos aspectos se dan más de gran magnitud en países en desarrollo. La violencia contra las mujeres puede adoptar muchas formas, pero generalmente entre las que se destacan son la violencia doméstica, relaciones sexuales forzadas, la mutilación de los genitales femeninos y otras<sup>(2)</sup>.

La violencia contra las mujeres es uno de las principales ejes de reflexión – acción con lo que surge el feminismo en América latina a finales de los años sesenta del siglo XX (Anónimos, 1984, 1985, 1987, 1992; Barroso, 1988; Bedregal, 1991) el feminismo contribuyó de manera decisiva a visualizar el fenómeno como un problema social (no solo individual), de orden público (no únicamente privado), de competencia de los tribunales, y que exige políticas públicas con obligaciones específicas para las instituciones incluidas las de salud<sup>(3)</sup>.

La violencia entre los seres humanos ha existido en todas las épocas; sin embargo, el problema que actualmente se vive, en el inicio del siglo XXI, merece que sea atendido adecuadamente por los profesionales que de una u otra manera se encuentran involucrados en su atención<sup>(4)</sup>.

Bolivia y Ecuador reformaron sus Constituciones con el propósito de establecer un Estado plurinacional e intercultural, mediante la instauración de nuevas instituciones y territorios, dentro de un marco político basado en la participación activa de las organizaciones sociales y los pueblos indígenas originarios.

Una de las medidas significativas adoptadas por ambos países fue la paridad política, la que los convirtió –junto a Costa Rica y Nicaragua– en los países que poseen la normativa política de género más avanzada de América Latina. No obstante, diferentes barreras político-institucionales y ciertas prácticas patriarcales, así como la violencia política en razón de género, condicionan la efectividad de esta medida. La dinámica política y social que se desarrolla en Bolivia y Ecuador, donde la democracia representativa con la regla más avanzada de la región tendiente a promover la participación política femenina coexiste con la lógica de la democracia comunitaria junto al predominio de una cultura patriarcal<sup>(5)</sup>.

El Ministerio de Salud y Deportes, con el apoyo de la OPS/OMS ha realizado dos estudios de prevalencia de la violencia

doméstica e intrafamiliar. El primer estudio se aplicó en 1997-1998 en 3 municipios -Viacha, Mizque y Riberalta- representativos de diferentes pisos ecológicos (altiplano, vales y llanos) con características socioculturales diferenciadas. Este estudio estimó que, de cada 10 mujeres casadas o convivientes, 5 o 6 se reconocían víctimas de violencia doméstica y, entre 1 y 2 hombres. El año 2003 se realiza un segundo estudio de prevalencia en 6 municipios, que abarca un análisis comparativo en los tres municipios del primer estudio y lo amplía a los municipios de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, que se constituyen en los más importantes desde el punto de vista de cantidad de población.

A pesar de una disminución en la prevalencia de la violencia intrafamiliar, esta sigue siendo alta, para 1997-98 la prevalencia era de 68,2%, lo que significa que 7 de cada 10 personas eran víctimas de violencia en su propia familia. Para el 2003 la prevalencia es de 55.4%, es decir que 5 de cada 10 personas son víctimas de violencia intrafamiliar. La magnitud del problema es mayor en los municipios grandes (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), en los que la prevalencia es de 57,66%, esto podría deberse a que en los municipios más urbanizados existe menos control social que en poblaciones más pequeñas donde las familias se conocen más entre sí y existen redes parentales que ayudan al control. Para el año 2003, un gran porcentaje de los actos de violencia ocurre en la casa: 90% en el caso de la violencia contra las mujeres y

68,9% en el caso de violencia contra los hombres<sup>(6)</sup>.

En la Ley Nro. 348 (ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia), Bolivia reconoce 16 tipos de violencia contra las mujeres. El analfabetismo de las mujeres es un factor muy importante que condiciona a más vulnerabilidad de sufrir cualquier tipo de violencia por no saber leer ni escribir es por eso que desconocen sus derechos como mujer, y no los ejercen. La situación de vulnerabilidad de las mujeres frente a estos factores, hace que la discriminación y todas las formas de violencia, se manifiesten en hechos de violencia que afectan la integridad y la dignidad de las mujeres manifestados en hechos de violencia.

En Bolivia la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL ha decidido promover un trabajo de análisis y reflexión sobre la atención y respuesta que dan los servicios de salud a las mujeres que sufren violencia. El objetivo es acercarse a la problemática para identificar los desafíos que surgen de las declaraciones políticas y normas nacionales e internacionales ante la situación real de la atención en los servicios de salud a las mujeres víctimas de violencia<sup>(7)</sup>.

En Chuquisaca, las estadísticas sobre casos de violencia contra la mujer son alarmantes en Bolivia: más del 90% de las agresiones sexuales tienen como víctimas a niñas y adolescentes de entre siete y 15 años; la mayor parte de los infanticidios tuvo como víctimas especialmente a niñas entre cero y seis

años, en 2014 se registraron 73 casos de este tipo en el país.

De igual forma, la violencia es creciente al interior de los hogares, en pasados años alcanzaba al 60%, ahora sobrepasa el 80%. Se estima que más del 83% de niñas y adolescentes sufren algún tipo de maltrato en el seno de sus familias.

Frente a este panorama la ley 348 en su artículo 20, señala que el ministerio de salud tiene la responsabilidad de adoptar medidas dirigidas a garantizar atención a las mujeres en situación de riesgo o de violencia, para lo cual el personal de salud de cada centro de primer nivel de atención tiene toda la obligación de atender de forma inmediata a la víctima de violencia y posteriormente extender el certificado médico, por lo tanto, en el presente estudio se planteó el siguiente problema ¿El personal de salud conoce y aplica la ley integral 348, para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia en el primer nivel de atención del Distrito III Valle Hermoso de la Ciudad de Sucre 2016?. Cuyo principal objetivo fue: Determinar el conocimiento y aplicación de la ley integral, 348 en el personal de salud de primer nivel de atención Distrito III Valle Hermoso Sucre, junio – agosto 2016.

## **METODO**

La presente investigación es de tipo descriptivo observacional realizado con personal de salud del primer nivel de atención del distrito III. La población fue comprendida para el estudio fueron los profesionales más próximos al paciente, es decir el personal Médico, Licenciadas

en Enfermería y Auxiliares de Enfermería del distrito III, Valle Hermoso y fueron excluidos los profesionales Odontólogos, Laboratoristas, Farmacéuticos, Bioquímicos. La población se muestra en el cuadro a seguir:

N	Concepto	Cantidad	Porcentaje
1	Médicos cirujanos	27	56%
2	Lic. Enfermeras	19	40%
3	Enf. General	1	8%
4	Aux. Enfermeras	4	2%
Total		51	100%

La muestra sustenta la representatividad de un universo, se presenta como un factor crucial para generalizar los resultados<sup>(9)</sup>. Por lo cual se toma a la población total como tamaño de muestra.

Como técnica, para la recolección de la información se aplica un cuestionario elaborado con preguntas y respuestas sobre conocimientos y aplicación de la ley 348.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra que el 47% del personal de salud del distrito 3 no conocen la ley 348 (Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia), que fue promulgada el 9 de marzo del año 2013; el 31% afirman tener conocimiento sobre esta ley.

**TABLA 1.** Conocimiento sobre la ley integral 348, violencia contra la mujer en el personal de salud de primer nivel de atención, Sucre, 2016.

Variables	Numero	Porcentaje
Ley 348	10	31%
Ley 394	5	16%
Ley 389	2	6%
No sabe	15	47%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

El 91% del personal de salud encuestado no recibieron capacitación sobre la aplicación del certificado único o algún protocolo que se debe seguir con las mujeres víctimas de violencia, el 9% indicaron que si recibieron capacitación en alguna oportunidad. Falta de capacitación sobre la ley 348 (ley integral para garantizar a las mujeres libre de violencia) al personal de salud de primer nivel de atención del distrito tres.

**TABLA 2.** Cuentan con datos de dirección de las instituciones de SLIM, FELCV, IDIF y defensoría, en los centros de salud de primer nivel de atención, Sucre, 2016.

Variable	Numero	Porcentaje
Si	27	84%
No	5	16%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

El 84% de las respuestas de personal de salud ha indicado que, si cuentan con los datos de direcciones de las instituciones de SLIM, FELCV, IDIF y defensoría de la niñez y el 16% indicaron no contar con las direcciones de dichas instituciones. Según los datos, las respuestas son favorables ya que un buen porcentaje de los encuestados cuentan o conocen las direcciones de estas instituciones para poder derivar a las víctimas de violencia.

**TABLA 3.** Personal de salud que registra casos atendidos de violencia de género al cuaderno de consulta externa en el primer nivel de atención, Sucre, 2016.

Variable	Número	Porcentaje
Si	23	72%
No	9	28%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

El 72% del personal de salud encuestados indicaron que, si registran en los cuadernos de consulta externa los casos atendidos de violencia de género, y el

28% no registran los casos atendidos. De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje del personal registran los casos de violencia de género, que son atendidos en los centros de salud de primer nivel, esto significa algo favorable para las víctimas de violencia.

**TABLA 4.** Informan los casos de violencia al SNIS, (instituto nacional de información en salud) atendidos por el personal de salud de primer nivel de atención, Sucre, 2016.

Variable	Numero	Porcentaje
Si	28	87%
No	4	13%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

El 87% del personal de salud del distrito N° 3 valle hermoso, informan al SNIS (sistema nacional de información en salud) los casos atendidos. El 13% indicaron que no informan al SNIS los casos atendidos. Como se puede ver, un buen porcentaje del personal de salud informan los casos de violencia género atendidos en los centros de salud al SNIS (sistema nacional de información en salud).

El 91% del personal de salud del distrito valle hermoso, no conoce el certificado único para para casos de violencia de genero. Y solo el 9% del personal afirma conocer el certificado único en alguna oportunidad. Como se observa, casi la totalidad afirman desconocer la existencia del certificado único para los casos de violencia de género, por lo que se deduce que no los han utilizado en los casos anteriores de violencia contra la mujer.

El 100% del personal de salud indican no contar con el certificado único en sus centros de salud, ni otro documento

similar relacionado con la violencia de genero. Como indicador, esta pregunta marca la no existencia de este documento en los centros de salud, lo que es una falta grave contra la ley y la seguridad de las mujeres del distrito.

El 53% de las respuestas ha indicado que tienen dudas sobre la extensión del certificado de forma obligatoria y gratuita en papel corriente, un 28% respondieron que si se debe extender el certificado en papel corriente que requieren atención por danos físicos sexuales u otras formas de violencia, el 19% de los encuetados no saben si se debe extender el certificado en casos de violencia de género en un papel corriente. Un porcentaje alto del personal encuestado, no conocen sobre esta obligación de extender del certificado, y que es prohibida la negación de atención y extensión del mismo certificado.

**TABLA 5.** Lugar de referencia de usuarias víctimas de violencia, Sucre, 2016.

Variable	Numero	Porcentaje
SLIM	12	37%
FELCV	6	19%
IDIF	4	13%
Fiscalía	8	25%
No sabe	2	6%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

El 37% del personal de salud encuestado respondieron que a las víctimas de violencia referirían al SLIM (Servicio Legal Integral Municipal), el 25% a la fiscalía, el 19% a FELCV (Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia), 13% a IDIF (Instituto de Investigaciones Forenses), no sabe el 6%. Falta de conocimiento del personal de salud de médicos y enfermeras sobre

donde se debe referir los casos de violencia de género.

**TABLA 6.** Persona que emite los días de impedimento de los casos de violencia, Sucre, 2016.

Variable	Numero	Porcentaje
Médico general	4	12%
IDIF	7	22%
FELCV	2	6%
Fiscalía	6	19%
No sabe	13	41%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas de este respecto de dividen en: 41% no saben quién emite los días de impedimento, 22% respondieron que quien emite los días de impedimento es el IDIF, 19% fiscalía, 12% médico general, y el 6% FELCV. Según estos datos, se puede ver que en un porcentaje reducido conocen quien emite los días de impedimento, por tal razón se debe socializar la ley 348 ya que un buen porcentaje desconocen del personal de salud del distrito III valle hermoso. Sobre quien emite los días de impedimento en los casos de violencia de género.

El 56% de las respuestas del personal de salud ha indicado, que en el momento de la consulta de las víctimas es necesario que le acompañe alguien en el momento de atención. Y el 44% indicaron que no es necesario que alguien le acompañe en el momento de atención. Se observa que un buen porcentaje de los encuestados no tienen suficiente conocimiento sobre las acciones y precauciones que se debe tener al momento de la atención a las víctimas.

Según se observa en la tabla 7, el 44% del personal de salud del distrito 3 de valle hermoso no detecto nunca a una mujer

víctima de violencia, el 28% si detecto, pero respondieron que no es su obligación hacer la denuncia correspondiente, el 19% si detectaron en alguna ocasión en el momento de la atención y denunciaron a las instancias correspondientes, el 9% respondieron que no le compete este tipo de situaciones. La muestra está muy clara que el personal de salud no está involucrado con la ley, no conoce las actividades que debe cumplir de esta ley.

**TABLA 7.** Detección de casos de violencia de género en el momento de atención, y denuncia a las instancias correspondientes, Sucre, 2016.

Variable	Numero	Porcentaje
Si	6	19%
No detecto nunca	14	44%
Si detecto, no es su obligación denunciar	12	28%
No le compete	3	9%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

El 57% del personal de salud encuestado, manifiestan que realizan actividades de promoción y prevención dentro y fuera del servicio de manera esporádica, mientras que el 24% afirmaron que si realizan actividades de promoción y prevención, el 15% restante afirmaron que no realizan ninguna actividad extra. La gran mayoría de los encuestados indican no realizan actividades de promoción y prevención sobre el tema. Esto evidencia que no se está dando I.E.C. sobre el tema por esta razón es necesario tomar medidas al respecto.

**TABLA 8.** Cuenta con material de información sobre violencia de género, Sucre, 2016.

Variable	Numero	Porcentaje
Si	0	0%
No	32	100%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 8 muestra la no existencia de material de información en todos los centros de salud. El 100% del personal de salud afirmaron que no cuentan en su centro de salud con ningún tipo de material de información para poder hacer conocer que existe una ley que les protege.

El 87% del personal indican que brindan atención preferencial y sensibilizada a las mujeres víctimas de violencia, el 13% indicaron que la atención a mujeres víctimas de violencia no se da preferencia que la atención es igual que a todos. El resultado obtenido es favorable para las mujeres que acuden a los centros de salud de primer nivel de atención ya que en gran porcentaje se da atención preferencial y sensibilizada a las víctimas de violencia.

### **CONCLUSIONES**

Se ha respondido de manera positiva a los objetivos de investigación de estudio,

conocimiento y aplicación de la ley N<sup>o</sup> 348, Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia.

Se concluye que no se está cumpliendo la ley 348 a su cabalidad como dicta en sus artículos las actividades que deben cumplir todo el personal de salud de todas las instituciones privadas o públicas, tampoco se aplica el protocolo o guía de atención en el centro de salud de primer nivel del distrito N<sup>o</sup> 3 de Sucre, por el personal de salud a la mujer en situación de violencia.

El grado de aplicación de la ley N<sup>o</sup> 348, Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia casi en nula, por el personal de salud en los centros de salud de primer nivel del distrito 3. La categorización del conocimiento del personal de salud sobre la ley 348 y sus implicaciones dentro del ámbito de la salud, indica un alto nivel de desconocimiento del mismo, lo que es algo digno de resalta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arruda da Silva P, Pereira da Costa Kerber N, Costa Santos SS, Netto de Oliveira AM, Santos da Silva MR, Dos Santos Luz G. La violencia contra la mujer en el ámbito familiar: estudio teórico sobre la cuestión de género. *Enferm Glob.* abril de 2012;11(26):251-8.
2. García-Moreno C. Violencia contra la mujer. *Género Equidad En Salud* [Internet]. 2000 [citado 4 de diciembre de 2015]; Disponible en: [http://www.catunescomujer.org/catunesco\\_mujer/documents/violenciaOPS.pdf](http://www.catunescomujer.org/catunesco_mujer/documents/violenciaOPS.pdf)
3. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos *Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism.* *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):135–146.
4. Bustos MV, Abdalá AL, Martínez AP, Hernández JT. Violencia contra la mujer. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2002 [citado 4 de diciembre de 2015];45(6). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un026d.pdf>
5. Archenti N, Albaine L. Los desafíos de la paridad de género. Tensión normativa y violencia política en Bolivia y Ecuador. *Rev Punto Género.* 2013;(3):Pág–195.
6. Arauco Lemaître E, Mamani Apaza R, Rojas Silva J. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia [Internet]. CEPAL; 2007 [citado 27 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/5806>
7. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México DF Paid Educ [Internet]. 2003 [citado 10 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Hacer-investigacion-alvarez-gayou.pdf>
8. Ruiz RR. Estudio sobre la violencia contra la mujer en el primer tercio del siglo XX: la provincia de Córdoba. *Arenal Rev Hist Las Mujeres.* 30 de junio de 2015;22(1):121-55.
9. Alonso M del CF, del Programa G de SM. Violencia doméstica [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [citado 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: [http://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/violencia-domestica.pdf](http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/violencia-domestica.pdf)
10. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18:4–12.
11. Lanza M. Bolivia: Perfil de género. Paz Boliv JICA [Internet]. 2006 [citado 27 de noviembre de 2015]; Disponible en: <http://www.observatorioderechos.org/admin/docs/biblio/Bolivia-%20perfil%20de%20genero.pdf>

## **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN SOBRE HABITOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES POR EL PERSONAL DE SALUD**

VÁSQUEZ Condori Ximena <sup>1</sup>

Recibido en 09/2016  
Aceptado en 11/2016

### **RESUMÉN**

El objetivo de este estudio fue determinar las actividades de promoción de hábitos saludables que el personal de salud realiza para la prevención del consumo de alcohol y drogas a la vez el conocimiento sobre el “plan nacional del adolescente y joven”. Estudio de tipo exploratorio y descriptiva, propositiva, es de carácter transversal, cuantitativo realizado con 52 personas, se aplica un cuestionario dirigido al personal de salud de los centros de salud de primer nivel. Del personal encuestada, 63% son femeninos y un 36% de sexo masculino. El 70% del personal no recibió capacitación, el 100% afirma de la existencia del documento del plan nacional de los problemas prioritarios y 66% no realizan campañas de promoción de hábitos saludables, no cuentan con material IEC a pesar que indican que las realizan.

### **PALABRAS CLAVE**

Información Educación y Comunicación; Prevención; Promoción de la Salud; Adolescente.

### **SUMMARY**

The objective of this study was to determine the activities of promotion of healthy habits that the health personnel carry out for the prevention of alcohol and drug consumption at the same time the knowledge on the "national plan of the adolescent and young person. Exploratory and descriptive, proactive type study, is cross-sectional, quantitative carried out with 52 people, a questionnaire is applied to the health personnel of the health centers of the first level. Of the personnel surveyed, 63% are female and 36% are male. 70% of the personnel did not receive training, 100% affirm the existence of the document of the national plan of the priority problems and 66% do not carry out campaigns to promote healthy habits, they do not have IEC material although they indicate that they do it.

### **KEYWORDS**

Information Education and Communication; Prevention; Health promotion; Teen.

### **INTRODUCCIÓN**

La población adolescente y joven es un grupo heterogéneo y diverso con múltiples identidades de género, cultura, etnia, estatus social y económico, las cuales

merecen ser exploradas. Se considera etapas cruciales en la adopción de comportamientos y pautas de interacción, cambios en la conducta que se presentan

---

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería; Hospital Obrero N 3 – CNS – Santa Cruz; roxi\_evanescense\_15@hotmail.com

en esta etapa del ciclo vital abarcan desde una mayor necesidad de interacción social y pertenencia, búsqueda de nuevas experiencias hasta un incremento en la toma de riesgos. Típicamente estos cambios son favorecedores en el desarrollo de habilidades sociales necesarias para el desempeño de una vida adulta independiente, sin embargo, pueden incidir e inciden en el acercamiento a las drogas <sup>(1)</sup>.

Adolescentes y jóvenes empiezan a beber y fumar a edades cada vez más tempranas. Una de las razones principales para explicar el porqué de este consumo tan temprano, es que los jóvenes se encuentran en una etapa de su vida en la cual integrarse a la sociedad es fundamental. Necesitan sentirse apreciados por los demás, amigos de sus amigos y conseguir ser invitados a todas las fiestas, se trata de una etapa a veces difícil de vivir, porque viene cargada de inseguridades a la vez que los adolescentes descubren quiénes son y quiénes quieren ser<sup>(3)</sup>.

La familia ha perdido toda autoridad con sus hijos, autoridades policiales y municipales bajaron los brazos y ya nada hacen para evitar este flagelo contra nuestra juventud boliviana, y no encontramos una explicación de cómo cada día se abren muchos antros de perdición con licencias concedidas por la comuna y con organismos policiales que no hacen un seguimiento eficaz y permanente a las pandillas y grupos delictivos que operan impunemente en todos los lugares. Los colegios, fiestas y lugares de mucha afluencia parques son

medios de acceso fácil de los adolescentes/jóvenes para adquirir sustancias controladas, así lo confirma el estudio Consumo de Drogas en Bolivia (1992-2010) realizado por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN)<sup>(4)</sup>.

Según datos del CELIN, muestran que la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias peligrosas es, en promedio, de 14 años. El consumo de tabaco y alcohol es el que presenta mayor incidencia. 47 por ciento de los/as adolescentes de entre 15 y 19 años consumen alcohol y tabaco viendo afectado lo que es los hábitos saludables del adolescente y joven <sup>(2)</sup>.

En estudio realizado en América Latina de la comunidad andina (Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia) sobre prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias donde los resultados indican que las drogas legales son las de mayor consumo por parte de este segmento de la población, siendo el alcohol la droga más consumida en todos los países estudiados. Colombia y Ecuador son los países con mayor prevalencia de consumo.

La prevalencia del consumo de alcohol en Bolivia para las principales ciudades fue la siguiente: La Paz 78.8%, Oruro 77.6%, Santa Cruz 77.3%, Tarija 76.7%, Sucre 73.1% Cochabamba 71.3%, Trinidad 67.4%, Potosí 65.8% y Cobija 62.7%. La prevalencia por género en la capital (La Paz) fue de 78.8% entre los hombres y 76.4% entre las mujeres. Ya para los jóvenes entre las edades de 12 a 17 años

y de 18 a 24 años, los datos de consumo por grupo de edad fueron 14.3% y 38.4%, respectivamente <sup>(5)</sup>.

En Bolivia si bien el consumo de drogas ilícitas no ha llegado a niveles alarmantes, es motivo de preocupación porque va en ascenso principalmente las denominadas (alcohol y tabaco), reportándose que Bolivia como consumidor de alcohol, ocupa el 4to lugar en Latinoamérica y que solo 11 de cada 100 bolivianos entre 15 y 40 años son abstemios. La influencia de la familia en la salud de los adolescentes es muy importante, puede ir en ambos sentidos a favor o en contra de la salud <sup>(6)</sup>.

Tras realizar la revisión de algunos contenidos temáticos y revisión de datos estadísticos sobre el consumo de alcohol y drogas en adolescentes y jóvenes se pudo obtener información del mismo donde las ciudades de La Paz, Sucre y Tarija se reporta la mayor cantidad de personas que consumen mensualmente bebidas alcohólicas en el ámbito nacional.

Existen varias propuestas planteadas al mejoramiento de la salud de los mismos, pero no existe ambientes exclusivamente para tratar este problema a pesar de las exigencias de los profesionales en salud del Distrito 2. Por lo cual se llega a la conclusión de realizar un trabajo de investigación sobre consumo de drogas y alcohol el adolescentes y jóvenes, conocer si el personal de salud realiza actividades de promoción de hábitos saludables de acuerdo al plan nacional, como anda el nivel de conocimiento de los mismos, que actividades realizan como

equipo de salud para mejorar esta situación Problemática.

Como profesionales en salud el problema del consumo de estas sustancias en adolescentes/jóvenes es alarmante tras conocer algunos datos estadísticos donde indican que existe un incremento del mismo, a pesar de las actividades y programas que se viene realizando por parte del Ministerio de salud esto no es suficiente. Ya no es como antes donde la educación era totalmente estricta, existía control de padres hacia sus hijos, se enfocaban más en el deporte, pasar más en familia; todo ha cambiado se podría decir desde el avance de la tecnología la publicidad entre ellos ya que eso influye a adoptar conductas negativas hacia su salud empezando sobre el consumo de drogas y alcohol, comidas chatarras, medios peligrosos para adelgazar, etc.

Delante de ese contexto, el objetivo de este estudio fue: determinar las actividades de promoción sobre hábitos saludables para la prevención del consumo de alcohol y drogas de acuerdo al “plan nacional para la salud integral del adolescente y juventud boliviana” por parte del personal de salud de primer nivel correspondientes al Distrito II de la ciudad de Sucre, 2016.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

La presente investigación es de tipo exploratoria, descriptiva y propositiva, de carácter transversal. Estudio realizado en el Distrito II de la ciudad de Sucre. El distrito cuenta con 66 centros de salud, en el presente estudio se consideró los centros de cabecera, es decir el centro de

salud Santa Bárbara Norte, la población en estudio fueron los profesionales de salud, Médicos, Licenciadas y Auxiliares de Enfermería, que ascienden a un total de 52 personas.

La muestra del estudio fue compuesta por el total de la población, con los siguientes criterios de exclusión, personal que se encuentre de vacaciones, profesional odontólogo, farmacéuticos y bioquímicos.

Para la recolección de la información del personal de salud se aplicó una encuesta con informaciones de conocimientos y aplicación de acciones de promoción de hábitos y prevención del consumo de alcohol y drogas, para su elaboración de dicho cuestionario se realizó el análisis del plan nacional integral del adolescente y joven.

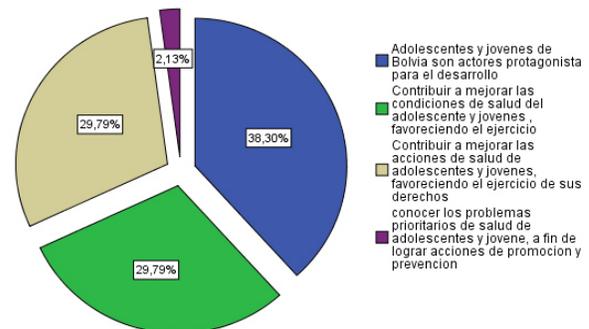
## RESULTADOS

Del 100% del personal de salud encuestada entre ellos médicos, licenciadas en enfermería y auxiliares, un 64% son femeninos y un 36% son masculinos. De los cuales 49% son médicos, 46% Lic. Enfermería y con un porcentaje de 4% son auxiliares en enfermería. El 100% del personal de salud afirma la existencia en físico de plan nacional para la salud integral del adolescente y joven boliviano en los centros de salud. En este caso se puede decir que el personal de salud conoce sobre la existencia y está informado sobre el contenido del plan nacional.

El 66% dice no hacer uso del plan y el 34% admite que lo hace. Se puede observar que entre la gráfica 4 y 5 existe una contradicción del personal de salud,

ya que el 100% dice conocer el plan nacional del adolescente y joven, pero 66% no hace uso del mismo, esto de alguna u otra manera podría afectar en el conocimiento actual de los problemas de salud por la que cursa el adolescente y joven, no tomando prioridad para la realización de acciones de promoción y prevención.

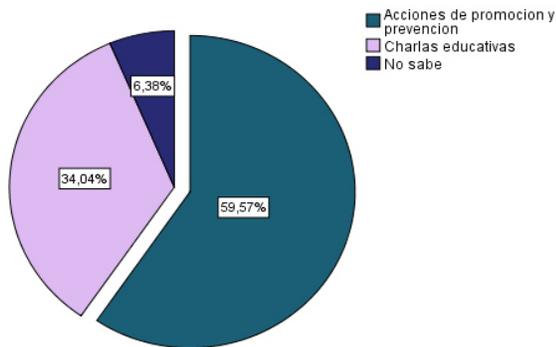
**GRÁFICO 1.** Personal de salud según propósito del plan nacional de salud integral de adolescente y joven boliviano, Sucre, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

El 38,3% del personal de salud, señala que los adolescentes y jóvenes de Bolivia son actores protagonistas para el desarrollo de sus potencialidades, 29% del afirma que el propósito de este plan es contribuir a mejor las condiciones de salud del adolescente y jóvenes favoreciendo el ejercicio de sus derechos, preventivo y promocional, 29% contribuir a mejor las acciones de salud del adolescente y jóvenes favoreciendo el ejercicio de sus derechos, preventivo - promocional y un 2% de conocer los problemas prioritarios de salud de adolescentes y jóvenes. En este caso se tomó una evaluación del conocimiento hacia el personal de salud sobre el contenido del plan tomando como base el propósito del mismo, donde el 38%% dice no conocer.

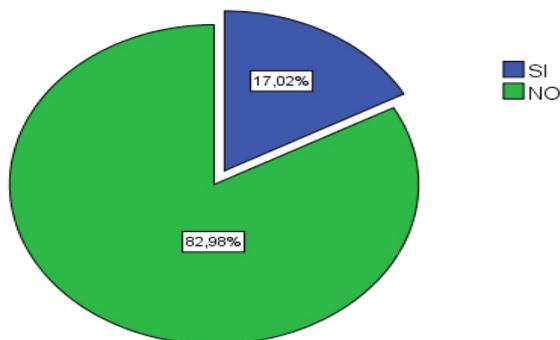
**GRÁFICO 2.** Personal de salud según medidas para reducir el consumo de alcohol y drogas en adolescentes y jóvenes, Sucre, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

El 59,5% afirma que las medidas preventivas que prioriza el plan para reducir el consumo de alcohol y drogas en adolescentes y jóvenes son realizando acciones de promoción y prevención, el 34% charlas educativas y un 6% no sabe. Esto nos indica que el personal de salud tiene conocimientos básicos sobre el plan nacional del adolescente y joven.

**GRÁFICO 3.** Personal de salud según uso de material de (IEC) sobre drogas y alcohol para el adolescente y joven, Sucre, 2016.

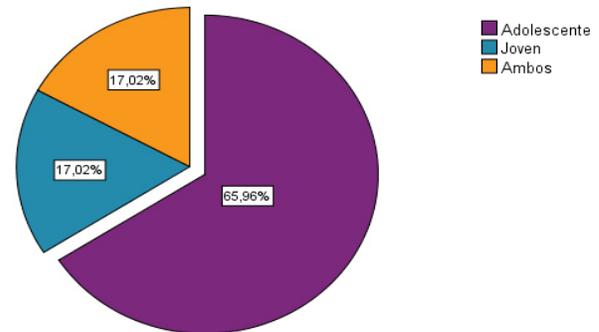


Fuente: Elaboración Propia

El 82% del personal encuestado señala no contar con material IEC (información educación, comunicación) y el 17% indica que si cuentan con el material en sus centros de salud. Esto nos muestra el no uso de material educativo en los centros de salud por lo cual es un problema en la

educación ya que, es de mucha importancia dentro y fuera del servicio para brindar información donde los adolescentes y jóvenes captan más por las imágenes que por la orientación.

**GRÁFICO 4.** Personal de salud según conocimiento de población vulnerable para el consumo de drogas y alcohol en la comunidad, Sucre, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

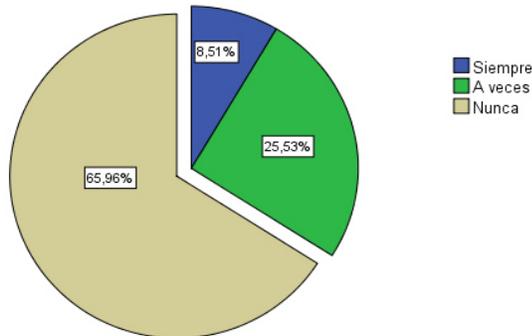
El 66% de los profesionales señala a los adolescentes la población más vulnerable para el consumo de drogas y alcohol, 17% son jóvenes y ambos.

Esto nos indica que según la opinión propia del personal de salud la población en este caso la que consume más alcohol y drogas son los adolescentes, mostrando que el personal de salud debe realizar medidas preventivas en adolescentes, en las unidades educativas.

Dentro de las personas encuestadas, el 68% indica que los motivos para que el adolescente y joven consuma alcohol y drogas factores económicos, problemas familiares e influencia social, el 8% se debe a problemas familiares y embarazo en adolescente, y un 8% se debe a factores económicos e influencia social. Esto refleja que los adolescentes y jóvenes tienen muchos motivos que los lleva a tomar decisiones equivocadas,

para el inicio de consumo de alcohol y drogas.

**GRÁFICO 5.** Personal de salud según campañas de promoción y prevención de hábitos saludables, Sucre, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

El 66% indica que nunca realiza campañas de promoción y prevención de hábitos saludables a adolescentes y jóvenes en sus centros de salud, 25% que a veces realiza actividades de promoción y prevención, apenas un 8% siempre, siendo estas actividades bimestrales (42%), anual (23%) y semestral (17%).

El 46% dijo que realiza todas las actividades indicadas contra el consumo de alcohol y drogas, 19% sesiones educativas en los colegios, 12% campañas educativas fuera del servicio, 8% actuaciones y un 6% dijo que realiza que coordina con adolescentes y jóvenes para dar información y ninguna de las actividades.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos de las encuestas aplicados al personal de salud entre ellos médicos, licenciadas y axiliares en enfermería de los centros de salud del Distrito II del Municipio de Sucre, donde se puede observar que afirmar la existencia del “Plan Nacional Integral de Salud del

adolescente y joven”, pero a la vez existe una contradicción debido en las siguientes preguntas, porque una gran mayoría no hace uso del material, no tiene conocimiento del contenido, no conoce sobre la situación de salud del adolescente en el municipio y demás.

Existe un problema grande de salud lo que es la educación a adolescentes y jóvenes en las temáticas de consumo de alcohol y drogas en los centros de salud del Distrito II, ya que el personal de salud a través de la misma llega de alguna u otra forma a transmitir conocimientos.

El personal de salud entre médicos, licenciadas y axiliares en enfermería de los centros de salud del Distrito II del municipio de Sucre afirma que no hacen uso del plan nacional de salud del adolescente y joven con un 66% ya sea en la lectura del contenido donde existe a la vez el desconocimiento del mismo.

El personal de salud indica que una de sus falencias es no realizar actividades de promoción y prevención de hábitos saludables contra el consumo de alcohol y drogas ya sea dentro y fuera del servicio debido, si lo llegan a realizar son otros temas pero ninguna al problema, nunca 65%.

## CONCLUSIONES

El presente estudio pretendió conocer si el personal de salud entre ellos médicos, licenciadas auxiliares de enfermería son los que más tienen contacto con la población, realizan actividades de promoción y prevención de hábitos saludables para reducir el consumo de alcohol y drogas en adolescentes y

jóvenes, donde se llega a la conclusión de la existencia insuficiente de material educativo en los centros de salud originando un problema en la educación de los adolescentes y jóvenes, deficiente conocimiento del personal de salud sobre la existencia del plan nacional, lo que dificulta en la actualización de los mismos. Personal de salud no hace uso del plan nacional, para conocer y realizar actividades de acción para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes de su comunidad.

Respecto a las actividades sobre promoción de hábitos saludables para prevenir el consumo de alcohol y drogas hacia el adolescente, el personal de salud no recibió ninguna información sobre la temática, por lo cual le dificulta para poder realizar actividades del tema mencionado, no existe coordinación del personal de salud con los padres de familia de la comunidad en la realización de actividades de educación en salud para los jóvenes ya que orientar a los padres es fundamental en la educación de sus mismos hijos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estado plurinacional de Bolivia ministerio de salud y deportes. (2010). Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana 2009-2013. 36p. Obtenido de [www.ops.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tcd/nacional/npns01.pdf](http://www.ops.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tcd/nacional/npns01.pdf)
2. Orozco am, hernández ng, gamarra hm. Andina (colombia, bolivia, ecuador y Perú). Supl 2011 [internet]. [cited 2016 feb 4]; available from: [https://www.researchgate.net/profile/carmen\\_rosario\\_bocanegra\\_amaya/publication/235725645\\_article\\_vph/links/0fcfd512e89f3e70bd000000.pdf#page=60](https://www.researchgate.net/profile/carmen_rosario_bocanegra_amaya/publication/235725645_article_vph/links/0fcfd512e89f3e70bd000000.pdf#page=60)
3. López, m. J. (28 de julio de 2016). Prevenir el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes.
4. Acceden a drogas en las fiestas y los colegios. (10.10.12). Obtenido de acceden a drogas en las fiestas y los colegios: <http://colegiosbolivia.blogspot.com/2010/12/acceden-drogas-en-las-fiestas-y-los.html>
5. Carballo, m. (28 de julio de 2016). Se pretende reducir consumo de droga y alcohol en 30 municipios.
6. Guillen r. (1997). Estrategias para la prevencion de consumo de drogas en adolescentes. Soc. Bol. Ped., 109-114.
7. La razon. Rige la ley de promoción de alimentación saludable. [online].; 2016 [cited 2016 noviembre 01. Available from: [http://la-razon.com/sociedad/morales-ley-promocion-alimentacion-saludable\\_0\\_2414158612.html](http://la-razon.com/sociedad/morales-ley-promocion-alimentacion-saludable_0_2414158612.html). De hoy
8. Maddaleno m, morello p, infante-espínola f. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en latinoamérica y el caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública México. 2003 jan; 45:s132-9.
9. Gómez N, Ortega E, Ciairano S. Relación entre el uso de alcohol y condiciones académicas en el adolescente, comparación entre bolivia, italia y los países bajos. Rev investig psicol. /;37.

10. Cárceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ psychol. 2006 dec;5(3):521–34.
11. Organizacion Panamerica de Salud. (2005). Alcohol y salud pública en las américas - world health organization. Obtenido de alcohol y salud pública en las américas - world health organization.
12. Zavaleta Martínez Vargas A, Tapia L, Chávez V, Rojas Valero M, Subauste P, Obrenovich L, et al. El problema de las drogas en el Perú, 2014. 2016 [cited 2016 aug 11].

## APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE MEJORA CONTINUA COMO ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA

PIUCA, García Neli <sup>1</sup>

Recibido en 09/2016  
Aceptado en 11/2016

### RESUMEN

La mortalidad materna es un problema de salud pública, su mejora era uno de los ocho objetivos del desarrollo del milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000, que hasta ahora sólo se ha alcanzado reducir en alrededor del 44%. El objetivo del estudio fue evaluar la aplicación de los ciclos de mejora continua como estándares de calidad en el hospital San Antonio de los Sauces de Monteagudo. Estudio crítico propositivo con enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado con profesionales de salud y revisión de historias clínicas; las técnicas empleadas fueron la encuesta y la revisión documental. Culminado el estudio, se pudo evidenciar que hay un manejo limitado de los estándares de calidad por parte del personal y que en ninguno de los estándares de medición de la calidad de atención se llegó al 100% durante todos los meses, preocupando en especial: el manejo de la historia clínica perinatal base y el manejo del partograma.

### PALABRAS CLAVE

Estándar de Calidad, Salud Materna, Ciclos de Mejora Continua.

### SUMMARY

Maternal mortality is a public health problem, its improvement was one of the eight millennium development goals adopted by the international community in the year 2000, which until now has only been reduced by around 44%. The objective of the study was to evaluate the application of continuous improvement cycles as quality standards at the San Antonio de los Sauces de Monteagudo hospital. Critical, proactive study with a quantitative, descriptive and cross-sectional approach, carried out with health professionals and review of clinical histories; The techniques used were the survey and the documentary review. Once the study was completed, it was evident that there is limited management of quality standards by the staff and that none of the standards for measuring the quality of care reached 100% during all months, with particular concern: management of the basic perinatal clinical history and the management of the partogram.

### KEYWORDS

Quality Standard, Maternal Health, Cycles of Continuous Improvement.

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por causa prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto,

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería; Hospital San Antonio de los Sauces - Monteagudo; neligarcapiuca@hotmail.com

un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

Según la (OMS) las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia el embarazo, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y los recién nacidos.

La mortalidad materna mundial se ha reducido alrededor del 44% entre 1990 y 2015, siendo la meta de la Agenda de desarrollo sostenible, reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030.

La mejora de la salud materna era uno de los ocho objetivos del desarrollo del milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 y solo se ha alcanzado reducir en alrededor del 44%. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. Mientras que en Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores, la razón de mortalidad materna (RMM) mundial solo se redujo en un 2.3% al año, mientras que en otros países la mortalidad materna entre el 2000 y 2010 superaron el 5.5% necesario para alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio.

La razón de la mortalidad materna en los países en desarrollo en el 2015 es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de

12 por 100.000 nacidos vivos. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias graves, infecciones, la pre eclampsia y eclampsia, complicaciones en el parto, los abortos peligrosos, las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo. (Organización Mundial de la Salud., Noviembre de 2015).

La mortalidad neonatal (periodo neonatal), corresponde en la actualidad al 45% del total de defunciones de menores de cinco años, el 75% se produce durante la primera semana de vida, y de estos el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas de vida y probablemente seguirá creciendo por la mayor viabilidad de neonatos muy prematuros. La primera semana de vida es la que más riesgo encierra para los recién nacidos, pese a lo cual en muchos países los programas de atención perinatal no han empezado hasta ahora a ocuparse de las madres y los bebés en ese momento crítico. Casi el 99% de las muertes de recién nacidos se registran en países en vías de desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentaren en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

La organización Panamericana de salud (OPS) informo que el índice de mortalidad

en Bolivia llega al 64% en el área rural, pues este sector de la sociedad es aún más vulnerable ya que tiene cuatro veces más probabilidades de fallecer por complicaciones del embarazo parto y post parto.

La mortalidad materna en Bolivia es de 230 por cada 100 mil nacidos vivos, cuyas causas son: hemorragias 33%, infecciones 17%, abortos 9%, hipertensión 5% y el parto prolongado 2%. La mortalidad infantil es de 36 por cada 100 mil nacidos vivos, entre las principales causas de muerte están las infecciones 32%, prematuros 30% y asfixia 22% (ENDSA, 2013). Pese a los esfuerzos de las autoridades bolivianas durante los últimos años, para tratar de reducir la mortalidad materna neonatal, no se han alcanzado los resultados esperados.

Bolivia ha implementado un plan estratégico para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal 2009-2015 con el objetivo de mejorar la atención obstétrica y el recién nacido/as bajo una resolución ministerial (nº 496/2001). En el área de salud neonatal, la atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) neonatal clínico, definida como una estrategia de atención para niños y niñas menores de 7 días con extensión a los 28 días de nacido. Del mismo modo se desarrolló en componente comunitaria del AIEPI neonatal comunitario, priorizando una estrategia de comunicación, promoción y prevención en salud materna y neonatal como una línea continua de atención para disminuir la mortalidad materna y neonatal.

El presenta plan busca: hacer hincapié en las oportunidades desaprovechadas, que podrían ser beneficiosas para las madres y los recién nacidos/as, mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud, fortaleciendo la atención primaria, la caracterización por niveles de atención y el sistema de referencia y retorno de las redes de servicios, proporcionar un cuidado de la salud que sea eficaz, integrado y culturalmente apropiado, fortalecer las competencias del personal de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud, promover intervenciones que fortalezcan a las personas, familias y comunidades, formular sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permita evaluar el progreso, fortalecer las alianzas y la responsabilidad hacia el logro de los resultados (Ministerio de Salud y Deportes , 2012).

La mortalidad materna en Chuquisaca alcanza a 140 por mil nacidos vivos y la mortalidad infantil es de 42 por mil nacidos vivos (SNIS 2015). A pesar de las importantes mejoras en los indicadores de salud materno-infantil de Bolivia en los últimos años, las cifras permanecen dentro de las peores de la región. Estos indicadores nacionales enmascaran realidades más dramáticas cuando se los discrimina por departamentos y/o por determinantes de salud, tales como el nivel de escolaridad de la mujer o el lugar de residencia.

El Ministerio de Salud y Deportes ha intentado resolver los problemas de calidad en los servicios de salud a través de la acreditación de establecimientos de

salud de primer, segundo y tercer nivel; sin embargo, a pesar de ello, la calidad de los servicios no mejoró sustancialmente debido, fundamentalmente, a que su énfasis inicial estaba en los estándares de calidad de estructura y no en los procesos de atención a la población; por otra parte, se sintió la ausencia de procesos de control previos y posteriores a la acreditación.

El Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal adopta un modelo conceptual de la muerte materna, neonatal y perinatal en el que se identifican las causas directas subyacentes y sus determinantes, con base en el cual se define la oferta de un paquete de intervenciones efectivas basadas en evidencias científicas asumiendo un enfoque integrado del continuo de la atención y la aplicación de cuidados esenciales para la mujer y el recién nacido y el fortalecimiento del sistema de información en salud materna, perinatal y neonatal.

En este marco, se inscribe la aplicación de la estrategia de ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel, la herramienta pretende mostrar de una forma sistemática los pasos para expandir la implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Segundo y Tercer Nivel.

La observación de rutina y la experiencia laboral en el servicio de gineco obstetricia del hospital, muestran una aplicación limitada y poco sistemática de los ciclos de mejora continua de la calidad, a pesar

de la prioridad que se supone le asigna el sistema de salud a la atención y cuidados del binomio madre niño. Dentro de este contexto el objetivo de este estudio fue evaluar la aplicación de los ciclos de mejora continua como estándares de calidad en el hospital San Antonio de los Sauces de Monteagudo.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

La investigación está basada en el paradigma crítico propositivo, que cuestiona las explicaciones reducidas a causalidad lineal y los esquemas molde, de tal manera que no se detiene en la contemplación pasiva de los fenómenos, el enfoque de la investigación es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

### **Población**

La población considerada para el estudio está compuesta por: Profesionales de salud (Médicos y Lic. en Enfermería) que trabajan en el servicio de Gineco-Obstetricia y Neonatología del hospital San Antonio de los Sauces. Historias clínicas de madres que dieron a luz a sus hijos en el hospital San Antonio de los Sauces.

### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por el total de personal que trabajan en el hospital, es decir 15 funcionarios/as de salud que trabajan en el servicio de Gineco-Obstetricia y Neonatología y de forma aleatoria sistemática se extrajeron 30 historias clínicas de cada mes, de madres que dieron a luz a sus hijos en el hospital San Antonio de los Sauces. (De acuerdo

a la norma contenida en el Manual de implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de 2do y 3er nivel de atención (MSD, 2012), que indica que la evaluación de implementación debe hacerse con ese número de historias para tener características de comparabilidad). Los criterios de selección para las historias clínicas fueron que estén correctamente identificadas y llenadas.

### **Técnicas**

Se aplicó la encuesta, proceso sistemático para la colecta de información de un grupo seleccionado de personas, facilitando tareas de codificación, análisis e interpretación de los datos. Para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario con una serie de preguntas y otras indicaciones con el fin de obtener información para poder realizar análisis de las respuestas y generalizar conclusiones en base a ellas. Así como también como técnica se aplicó la revisión documental, registro de los acontecimientos relacionados con el objeto de estudio y el campo de acción, a fin de obtener información de fuente secundaria institucional útil para construir una cronología de eventos clave a partir de datos fidedignos a ser empleados e identificar el estado de situación del fenómeno en estudio y los puntos de transición en el proceso, para lo cual se utilizó una ficha de registro para los datos de las fuentes de consulta secundaria donde se sistematizan diversos elementos de información útil para el estudio a través de la revisión de historias clínicas perinatales.

Una vez obtenida las informaciones, se consolidaron los indicadores generados en el hospital como estándares de calidad en los meses de enero a junio del 2016, para su posterior análisis y discusión de los datos.

### **RESULTADOS**

La edad promedio del personal que se desempeña en el servicio de gineco obstetricia y neonatología del Hospital San Antonio de los Sauces es de 34 años, edad que denota juventud en el recurso humano encuestado, siendo la mayoría (66,7%) del personal del sexo femenino, de habla castellano (60%).

El 53,5% del personal encuestado corresponde al profesional de licenciadas en Enfermería y el restante al profesional médico, siendo la experiencia laboral muy diversa que va de 1 mes a 10 años con un promedio de antigüedad, de 30 meses o dos años y medio de servicio. El tiempo de permanencia en el servicio, es también muy diverso que va de 1 mes a 7 años con un promedio de 13 meses de trabajo en el servicio de gineco obstetricia y neonatología del hospital SAS.

En la tabla 1 se observa que, 53,3% de los profesionales que formaron parte del estudio, indican que existen documentos que norman la aplicación de los ciclos de mejora continua de la calidad en el servicio de gineco obstetricia, en tanto que el restante manifestaron que no se cuenta con estos documentos, siendo que la mayoría (60%) de los profesionales señala que no se encuentran disponibles estas normas y el restante de los profesionales mencionan conocer que

esta documentación se encuentra en dirección del hospital, jefatura de enfermería o red de salud.

La mayoría (73,3%) de profesionales del servicio indican incurrir en una incorrecta aplicación rutinaria de los ciclos de mejora continua de la calidad en el servicio de gineco obstetricia, en tanto que solo 26,7% consideran que realizan una correcta aplicación de los procedimientos contemplados como estándares de calidad. Siendo como experiencia en la aplicación de procedimientos que evalúa los ciclos de mejora continua, limitada. Así como también la mayoría (73,3%) de los profesionales reporta no recibir ninguna supervisión en la aplicación de procedimientos.

Más de la mitad del personal refiere haber recibido capacitación en manejo de los ciclos de mejora continua de la calidad en gineco obstetricia y neonatología. Del

personal que reporta haberse capacitado, se puede observar que la mayoría (40%), lo hizo por una única vez, siendo el tiempo transcurrido desde la última capacitación con 33,3% hace 8 meses.

En la tabla 2 se evidencia que, en ninguno de los estándares de medición de la calidad de atención se llegó al 100% durante todos los meses, preocupando en especial: el manejo de la historia clínica perinatal base y el manejo del parto grama, identificando ambos aspectos como la mayor debilidad en el desempeño del personal de salud, siendo estas las actividades esenciales para tomar acciones inmediatas con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal en busca del ideal de alcanzar con todos los estándares al 100% cada mes y ubicar al hospital SAS en el primer lugar de los hospitales amigos de la madre y el niño.

**Tabla 1.** Personal responsable del manejo de los ciclos de mejora continua de la calidad en el servicio de gineco obstetricia y neonatología del Hospital San Antonio de los Sauces, 2016.

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Existencia de manuales y/o normas para aplicación de ciclos de mejora continua</b>		
No	7	46,7
Si	8	53,3
<b>Lugar donde se encuentra</b>		
No se encuentra disponible	9	60,0
Jefatura de enfermería, dirección del hospital	6	40,0
<b>Aplicación de procedimientos</b>		
Incorrecta	11	73,3
Correcta	4	26,7
<b>Experiencia práctica en la aplicación de procedimientos</b>		
Limitada	8	53,3
Extensa	7	46,7
<b>Supervisión en la aplicación de procedimientos</b>		
No	11	73,3
Si	4	26,7
<b>Recibió capacitación</b>		
No	7	46,7
Si	8	53,3

<b>Numero de capacitaciones</b>		
1	6	40,0
2	2	13,3
<b>Tiempo transcurrido de la capacitación</b>		
1 mes	2	13,3
8 meses	5	33,3
12 meses	1	6,6
Total	15	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 2.** Cumplimiento de los estándares de calidad en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Antonio de los Sauces, 2016

<b>Estándares de calidad</b>	<b>Porcentajes alcanzados por meses consolidado</b>					
	Enero	febrero	marzo	abril	Mayo	junio
Historia clínica perinatal base	47%	57%	86%	57%	89%	32%
Parto grama modificado OMS	57%	70%	76%	23%	74%	39%
Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto MATEP	80%	93%	100%	100%	100%	100%
Prueba rápida del VIH en embarazadas y entrega de resultados	77%	87%	93%	77%	100%	100%
Pre eclampsia grave y eclampsia	La institución no tubo pacientes con esta patología en estos meses					
Atención inmediata del Recién Nacido	100%	100%	99%	100%	99%	100%
Reanimación neonatal	100%	100%	99%	100%	99%	100%
Sepsis neonatal	0%	0%	0%	0%	0%	58%
Prematuridad	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Desnutrido agudo grave	100%	0%	0%	0%	0%	0%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las historias clínicas del hospital

## CONCLUSIONES

Caracterizado el recurso profesional que se desempeña en el servicio de gineco-obstetricia del hospital San Antonio de los Sauces en Monteagudo, se pudo verificar que la mayor parte corresponde a Licenciadas en enfermería, también se cuenta con médicos generales y especialistas ginecólogos, de todos ellos, 69% tiene permanencia en el servicio por más de 1 año; por otro lado la mayor parte es adulto joven y esto representa un potencial para la mejora de la calidad de atención, ya que son mayores las perspectivas de acceso y motivación por alcanzar altos niveles de capacitación.

La permanencia en el trabajo, se pudo conocer que es de un tiempo aceptable, hecho muy importante y que permite ir

mejorando paulatinamente las capacidades del recurso humano.

En cuanto a los conocimientos del personal que trabaja en el servicio de gineco – obstetricia sobre el manejo de los ciclos de mejora continua de la calidad, se observa casi un 50% del personal manifiesta no haber recibido capacitación en la temática y los que sí la recibieron, en casi todos los casos fue en una sola ocasión, igual que la supervisión. Estos aspectos, denotan una debilidad fundamental, ya que, si el personal no se capacita, corre un mayor riesgo por realizar una aplicación limitada de los procedimientos establecidos en la norma, la falta de conocimiento del personal es una debilidad muy grande que aqueja a la

institución y pone en riesgo la salud de las madres y los recién nacidos.

Por otra parte, se decidió acudir a una autoevaluación de cumplimiento de los estándares de calidad en el manejo de los ciclos de mejora continua en el hospital San Antonio de los Sauces de Monteagudo, para luego contrastarla con una observación; no obstante, los reportes de los profesionales en que un alto porcentaje 73% indicaron no cumplir de manera rutinaria los ciclos de mejoramiento y en un porcentaje también alto 73% declararon contar con una experiencia limitada en este campo, se descartó la contrastación que seguramente refrendaría esta información.

Se pudo por otra parte, realizar la revisión documental planificada y verificar el porcentaje de aplicación de los estándares que miden los ciclos de

mejora continua de la calidad de atención en salud en las historias clínicas perinatales, constatando que durante el periodo analizado (enero a junio de 2016) no hubo ni un estándar con cumplimiento mensual sostenido al 100% y que hay algunos parámetros más preocupantes que otros, ese es el caso del manejo de la historia clínica perinatal base y el manejo del parto gram que, requieren de capacitación para su abordaje adecuado.

Finalmente, de los resultados expuestos, se puede concluir que existen conocimientos y aplicación limitados de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención por parte del personal de salud del servicio de gineco obstetricia y neonatología del Hospital San Antonio de los Sauces, la misma se ve reflejada en el cumplimiento de los estándares de calidad del hospital.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. AR, Gutiérrez Delgadillo, A., Ruper Gutiérrez, F., Gutiérrez Choque, J. C., Guzmán Delgadillo, F., & Santander López, A. (2011). Google Académico. Obtenido de Conocimientos, Actitudes y Practicas del autoexamen de mamas en mujeres estudiantes de medicina.
2. ENDSA. (6 de septiembre de 2013). Mortalidad Infantil y Neonatal. La Paz, Bolivia.
3. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Salud Materno Infantil. Situación de salud materno-infantil en Bolivia, 8.
4. García, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. consideraciones teóricas y metodológicas. En H. Sanitario, Calidad y gestión de servicios de salud (pág. 11). México.
5. Garza, B. Z. (1997). Calidad de Atención de la Salud. UNMSM, 13.
6. Gobierno Municipal de Monteagudo. (agosto de 2012). Plan de Desarrollo Municipal. Monteagudo.
7. Lorena Prieto, C. C. (2010). Análisis del sector salud de Bolivia. División de la protección social y salud.

8. Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2009). Aspectos Históricos y Culturales sobre el cáncer de Mamas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2.
9. Ministerio de salud y Deportes. (2012). Manual para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel de atención. En M. d. Deportes, *Movilizados por el derecho a la salud y la vida* (pág. 106). La Paz: Publicación 281.
10. Ministerio de Salud y Deportes. (2008). Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en SALUD (PRONACS). En M. d. deportes, *Movilizados por el derecho a la salud y la vida* (pág. 46). La Paz: Publicación 56.
11. Ministerio de Salud y Deportes. (2012). Manual para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel de atención. 281. Estado Plurinacional de Bolivia.
12. Sánchez Pórtela, J. R., & Vega Tirado, B. (2011). Cáncer de mama es fácil prevenirlo. *Ciencias Médicas*, 14.
13. Torrez Sánchez, D. L., Galván Portillo, D. M., Levis MSC, S., Gómez Dante MDM, H., & López Carrillo PHDI, L. (2009). Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 3.
14. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDPE), Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD). (2014). *Desarrollo Humano en el Departamento de Chuquisaca*. La Paz Bolivia: UDAPE \_ PNUD.

## EVALUACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, AL PERSONAL DE ENFERMERIA

LÓPEZ Gutiérrez Gabriela<sup>1</sup>

Recibido en 10/2016  
Aceptado en 12/2016

### RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar al personal de enfermería en la aplicación del Programa Desnutrición Cero en niños menores de dos años, de los centros de salud de primer nivel del distrito IV, de la ciudad de Sucre. Estudio descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con el personal de enfermería.

Entre los resultados se tiene que, el 15 % realiza oportunamente el tratamiento de talla baja, evidenciando así que el 54% del personal de enfermería no realizan el diagnóstico de casos de desnutrición crónica, y el 46% no cumplen con la información al SNIS los casos de desnutrición crónica. En la promoción de hábitos, prácticas nutricionales, y en el cumplimiento de los micronutrientes, el 77% no cumplen con estas estrategias del programa desnutrición, y que del personal de enfermería el 46% respondió que a veces brinda información en la promoción y prevención de la desnutrición.

### PALABRAS CLAVE

Programa Desnutrición Cero; Enfermería; Niños; Evaluación.

### SUMMARY

The present study was carried out with the objective of evaluating the nursing staff in the application of the Zero Malnutrition Program in children under two years of age, of the health centers of the first level of district IV, of the city of Sucre. Descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with the nursing staff.

Among the results, 15% perform the treatment of short stature in a timely manner, evidencing that 54% of the nursing staff do not diagnose cases of chronic malnutrition, and 46% do not comply with the SNIS information. cases of chronic malnutrition. In the promotion of habits, nutritional practices, and in the fulfillment of micronutrients, 77% do not comply with these malnutrition program strategies, and 46% of nurses answered that they sometimes provide information in the promotion and prevention of malnutrition. the desnutrition.

### KEYWORDS

Zero Malnutrition Program; Nursing; Children; Evaluation.

### INTRODUCCION

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en Inglés United Nations Children's Fund, (UNICEF) explica que

“La desnutrición infantil en Bolivia es causada por una deficiencia nutricional o también se debe a la falta de nutrición de

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería; gavi\_mar18@hotmail.com

la madre, durante la lactancia materna o durante la gestación”<sup>(1)</sup>, por lo descrito en dicho artículo es que la autora puede establecer que existen madres que no inician la práctica temprana de la lactancia y tampoco la mantienen como exclusiva, consecuentemente inician la alimentación complementaria tempranamente, causal para que el niño baje de peso por cambio en la alimentación, predisponiéndolo a la adquisición de diferentes enfermedades.

En un estudio realizado sobre prevención y promoción de la salud en niños nacidos con bajo peso al nacer, establece factores para la desnutrición, enmarcados en “El factor socio económico que influye bastante en la desnutrición, tanto en la madre y en el feto, como consecuencias el nacimiento de bajo peso, que conlleva a una incidencia mayor de mortalidad infantil” <sup>(2)</sup>. Estableciendo también que “La mala calidad de la alimentación, es un factor determinante de las enfermedades y de retraso del crecimiento, trastornos de la función cognoscitiva e intelectual”, lo que establece que la nutrición materna durante el período reproductivo es esencial para la nutrición del lactante y el niño pequeño, por tanto, hay que prestarle la atención especializada, que contribuya a disminuir las tasas de morbilidad materna infantil.

Guillermo Paraje, menciona que “La desnutrición crónica y las desigualdades socio económicas de la desnutrición infantil y sus causas, son por una baja escolaridad materna como son en los países de Bolivia, Colombia, Guatemala, Honduras y Nicaragua” <sup>(3)</sup>, ejemplifica el caso de Haití, estableciendo que el 35%

de las madres no poseen ninguna educación formal, llevando a realizar un análisis a la autora, estableciendo la importancia de intervenir en la formación básica de la educación, ya que a partir de la enseñanza y concientización sobre la desnutrición infantil podría disminuir los casos de desnutrición infantil .

El programa multisectorial desnutrición cero, surge a partir del fracaso de otros programas emitidos con anterioridad como son el Seguro Universal Materno Infantil y el Seguro para el Adulto Mayor, que no lograron cubrir con todas las demandas de salud en la población, siendo afectada el grupo más vulnerable como es el materno infantil.

En un estudio sustentado por el Banco Interamericano de desarrollo el 2010, establece que “Entre 1998 y 2005, la desnutrición crónica en menores de cinco años se ha mantenido casi constante alrededor de 26%, sin presentar ninguna mejora significativa, la desnutrición crónica en el área rural es 2.6 veces mayor respecto a los niños del área urbana y no se ha logrado cerrar la brecha urbano-rural” <sup>(4)</sup>. El cual insta datos importantes que llaman la atención ya que, a pesar de la tenencia de programas sustentados por el gobierno a partir del Ministerio de salud y deportes, no se logra cubrir la problemática de la salud en su integridad, ni tampoco logra establecer mejoras en la población beneficiaria, hecho que es el punto de partida para la creación de un nuevo programa que mejore la calidad de salud de la población.

Programa que lleva a cabo acciones multisectoriales en aras de erradicar la desnutrición en menores de cinco años con énfasis en menores de dos años, formando parte de la Política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario. Dicho programa fue implementado en el año 2006 por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. Cuyo objetivo general es “Erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años implementando intervenciones integrales, fortaleciendo la estructura y funcionalidad multisectorial a niveles departamentales y municipales, estableciendo mecanismos transparentes de evaluación y monitoreo a las intervenciones multisectoriales y fortaleciendo la capacidad y participación comunitaria”<sup>(5)</sup>.

Considerando para alcanzar este objetivo el Fin del Programa Sectorial de Desnutrición Cero consiste en “Contribuir a la erradicación de la desnutrición en los niños y niñas menores de dos años en Bolivia”<sup>(6)</sup>. Fin que podrá ser alcanzado con la aplicación de un enfoque multisectorial, hecho que implica la participación de otras entidades, tanto públicas, privadas y no gubernamentales.

Al ser una investigación enfocada en la evaluación al personal de enfermería sobre la aplicación del Programa Desnutrición Cero en niños menores de dos años, del distrito IV de la ciudad de Sucre, es que se considera el nivel operativo referenciado en el Plan estratégico del Programa Desnutrición Cero, el cual establece en su estructura organizacional y de responsabilidades de

la aplicación del programa, que en los centros de salud de primer nivel de atención, deben partir de la Unidad de Nutrición Integral (UNI), que es parte estructural y funcional de la Red Municipal SAFCI y Red de Salud. La cual está conformada por un equipo especializado de profesionales del área y cuya función básica es la de liderar las acciones de promoción de prácticas apropiadas de alimentación, cuidado y prevención de la desnutrición en el área de su jurisdicción, enfocado en este caso al distrito IV de la ciudad de Sucre.

Para este cometido establece las siguientes medidas “Lactancia materna inicial, exclusiva y prolongada, alimentación complementaria oportuna, suficiente y adecuada al contexto local; promoción del consumo del alimento complementario fortificado (NutriBebé) para niños y niñas de 6 a 24 meses, alimento complementario para las mujeres embarazadas desnutridas; asegurar la distribución de micronutrientes y promoción del consumo de alimentos fortificados y de hábitos alimentarios saludables y cuidados del niño en general”<sup>(6)</sup>. Las que están bajo la supervisión del personal de enfermería, por ser ellas las que en primera instancia reciben a los beneficiarios, y en coordinación con los médicos es que realizan no solo la dotación de los medicamentos del programa, sino también brindan información sobre la temática de la desnutrición y la importancia de su intervención para mejorarla calidad de vida de los beneficiarios. Delante de esta

problemática se planteó en problema de: ¿Cómo aplica el personal de enfermería el programa desnutrición infantil cero en niños menores de dos años, en los centros de salud de primer nivel de distrito IV de la Ciudad de Sucre en la gestión 2016? Cuyo principal objetivo fue de evaluar al personal de enfermería en la aplicación del Programa Desnutrición Cero en niños menores de dos años, de los centros de salud de primer nivel de distrito IV de la Ciudad de Sucre gestión 2016.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### Tipo de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal porque la recolección de datos se realizó en un tiempo determinado de marzo a septiembre de la gestión 2016, los cuales son descritos de forma sistemática.

### Población

Se toma como población de estudio al personal de enfermería de los centros del distrito IV de la ciudad de Sucre, haciendo un total 13 de enfermeras.

Se ha utilizado un muestreo no probabilístico, por conveniencia, donde la selección de los sujetos de investigación depende del investigador, en la presente investigación se consideran como muestra al total de la población

Las enfermeras que participaron en el presente estudio fueron los siguientes centros de salud de primer nivel del distrito IV como se detalla a continuación:

SERVICIO	Nº DE PERSONAL DE ENFERMERÍA
1. América	2
2. ENDE	1
3. Planta Diésel	1
4. Santa Rosa	1
5. Villa Rosario	2
6. La Florida	1
7. La Hoyada	1
8. Los Ángeles	1
9. Max Toledo	1
10. San Cristóbal	1
11. Tata Cajoncito	1
Total	13
Fuente: Elaboración propia	

### Técnicas

La encuesta, técnica que se basa en un instrumento indirecto que se caracteriza por la recopilación de testimonios en este caso escritos, provocados y dirigidos con el propósito de captar información de forma consiente y planeada. Aplicada en este caso al personal de enfermería que efectiviza la aplicación del programa desnutrición cero, de los centros de salud del distrito IV de la Ciudad de Sucre.

### Observación

Este método me permite identificar a partir de la percepción directa de la aplicación del programa desnutrición cero por parte del personal de enfermería en donde los observados que son el personal de enfermería desconocen que son observados, así para poder tener una observación más precisa a lo que se pretende llegar.

### Instrumentos

Cuestionario de encuesta

Preguntas elaboradas considerando los objetivos de la investigación, caracterizada por tener una estructura lógica, que permanece inalterable a lo

largo del proceso investigativo, aplicada en el mes de julio de la presente investigación, se consideran preguntas directas y de selección múltiple, dirigido al personal de enfermería de los centros de salud del Distrito IV de la ciudad de Sucre, aplicada durante un espacio designado por ellas para el llenado de la encuesta.

Se elaboró una guía de observación de tipo escala Likert considerando parámetros de actividades enmarcadas en el plan estratégico del Programa Desnutrición Cero, para verificar si estas son cumplidas o no.

### **Análisis de la información**

Una vez recopilada la información, se procedió a la organización y análisis de datos, los cuales son presentados en frecuencia relativa.

### **RESULTADOS**

En la tabla 1 se observa los resultados de la encuesta, donde del 100% del personal de enfermería, 54% consideran el propósito principal del programa es mejorar la salud integral de los niños y niñas menores de dos años, esto muestra que no tienen un conocimiento claro sobre este programa ya que el principal propósito es de erradicar la desnutrición cero y que es una meta ineludible desde el gobierno nacional de Bolivia. 46% consideran que la estrategia principal para la prevención de la desnutrición infantil es la suplementación con nutrientes y micronutrientes, 31% la promoción de prácticas de alimentación y cuidado de los

niños, y apenas el 8% con la capacitación, seguimiento y evaluación al personal de salud en la prevención de la desnutrición, identificación y tratamiento.

Las acciones que señalan realizar ante un caso de desnutrición crónica, son principalmente dar recomendaciones nutricionales en el mejoramiento de hábitos saludables alimentarios (54%), administración de Zinc durante doce semanas (31%), y administración de chispitas y nutribebe (15%). Estos resultados nos indican que el personal de enfermería no realiza las actividades que debería realizar, como es el de priorizar el tratamiento con zinc, luego las demás actividades y el seguimiento.

69% del personal indica que de 5 a 10 minutos es el tiempo que dedica en la atención del menor 23% de 15 a 25 minutos y el 8% indico de 30 minutos. El 46% el personal de enfermería brinda información correcta y oportuna a los beneficiarios solamente a veces, el 31% indicó que no y apenas el 23% indicó que sí lo realiza. Estos datos nos muestran claramente que la actividad es muy poco para la prevención de la desnutrición infantil. Entre tanto se resalta que la mayoría (77%) del personal refiere que nunca recibió capacitación sobre el programa desnutrición cero, 15% indico que a veces y el 8% recibió capacitación frecuentemente, lo cual puede estar influenciando el accionar del profesional en la atención del niño.

**TABLA 1.** Personal de Enfermería según conocimiento y aplicación del programa Desnutrición Cero, Sucre, 2016.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>¿Cuál considera que es el propósito principal del programa desnutrición cero?</b>		
Mejorar la Salud Integral de los niños y niñas menores de dos años	7	54%
Erradicación de la desnutrición en los niños y niñas menores de dos años.	2	15%
Intervenir el problema desnutrición mediante acciones de alimentación adecuada con micronutrientes	4	31%
<b>¿Qué estrategia del programa desnutrición cero considera importante en el sector salud en la prevención de la desnutrición infantil?</b>		
Promoción de prácticas de alimentación y cuidado de los niños	4	31%
Suplementación con nutrientes y micronutrientes	6	46%
Vigilancia nutricional, seguimiento, monitoreo y evaluación	2	15%
Capacitación, seguimiento y evaluación al personal de salud en la prevención de la desnutrición, identificación y tratamiento	1	8%
<b>Que acciones realiza en primera instancia ante un caso de un niño menor de dos años con desnutrición crónica</b>		
Administración de zinc durante doce semanas	4	31%
Administración de chispitas y Nutribebé	2	15%
Dar recomendaciones nutricionales en el mejoramiento de hábitos saludables alimentarios	7	54%
<b>Usted como personal de enfermería brinda información correcta y oportuna a los beneficiarios del programa</b>		
Si	3	23%
No	4	31%
A veces	6	46%
<b>El tiempo que se dedica en la atención del menor es de:</b>		
5 a 10 minutos	9	69%
15 a 25 minutos	3	23%
30 a más minutos	1	8%
<b>¿Usted ha recibido capacitación sobre el programa desnutrición cero?</b>		
Frecuentemente	1	8%
A veces	2	15%
Nunca	10	77%
Total	13	100%

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 2 se muestran los resultados de la observación, donde se evidencia que, 77% del personal no cumplen con la verificación de la lactancia materna exclusiva en el niño menor de 6 meses, 69% no cumple con la verificación de la alimentación complementaria en el niño mayor de 6 meses, siendo función del profesional de enfermería brindar información para cambio de actitud de las madres, así como para el cumplimiento de

estas estrategias y no tener niños que inician la alimentación complementaria a temprana edad

El 46% no cumplen con la administración de la vitamina, donde se observó que niños no cumplían y además que el personal de enfermería no realiza una información sobre los beneficios de la vitamina A, dicho esto que el personal no está cumpliendo con esta estrategia. El 39% si cumple con la administración de

las chispitas nutricionales, el 38% no cumple y el 23% a veces cumple.

El 67% no cumple con la suplementación del nutribebe, el 25% si cumple y el 8% a veces cumple, 54% no cumple con el tratamiento con zinc y en un menor porcentaje si cumplen con el tratamiento de la talla baja.

El 46% del personal no cumplen con la notificación de casos de desnutrición si son diagnosticados debido a no cumplimiento del tratamiento de la desnutrición infantil y 61% no cumple con la información de vigilancia nutricional, el 31% a veces cumple y el 8% si cumple.

**TABLA 2.** Personal de enfermería según observación de la aplicación del programa desnutrición cero, Sucre, 2016.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Determina si el niño/a menor de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva</b>		
Si cumple	1	8%
No cumple	10	77%
A veces cumple	2	15%
<b>Determina si el niño/a de mayor de 6 meses ha iniciado la alimentación complementaria</b>		
Si cumple	2	16%
No cumple	9	69%
A veces cumple	2	15%
<b>Establece si los Niños menores de 2 años reciben la vitamina A de forma oportuna</b>		
Si cumple	4	31%
No cumple	6	46%
A veces cumple	3	23%
<b>Establece si los niños menores de 2 años reciben chispitas nutricionales</b>		
Si cumple	5	39%
No cumple	5	38%
A veces cumple	3	23%
<b>Establece si los niños de 6 a 23 meses consumen el alimento complementario (NUTRIBEBE) según recomendaciones</b>		
Si cumple	3	25%
No cumple	8	67%
A veces cumple	1	8%
<b>Niños/as menores de 2 años diagnosticados con talla baja que reciben zinc</b>		
Si cumple	2	15%
No cumple	7	54%
A veces cumple	4	31%
<b>Presentan información de desnutrición aguda y crónica al SNIS</b>		
Si cumple	4	31%
No cumple	6	46%
A veces cumple	3	23%
<b>Presentan información de la vigilancia nutricional comunitaria al SNIS</b>		
Si cumple	1	8%
No cumple	8	61%
A veces cumple	4	31%

**Fuente:** elaboración propia

## CONCLUSIONES

Se logró recabar los fundamentos teóricos y metodológicos de lo que significa la aplicación del programa desnutrición cero como, la vigilancia nutricional, prácticas de alimentación y prevención de la desnutrición, la administración de micronutrientes y la educación para la salud y la nutrición. Se establece la evaluación de la aplicación del programa desnutrición cero por parte del personal de enfermería hecho que demuestra a través de una encuesta y una guía de observación planteada, se describirá de manera concretamente:

En la promoción de hábitos, practicas nutricionales, y en el cumplimiento de los micronutrientes, el 77% no cumplen con estas estrategias del programa desnutrición, y que del personal de enfermería el 46% respondió que a veces brinda información en la promoción y prevención de la desnutrición.

En el tratamiento de la talla baja el 15 % realiza el tratamiento oportunamente,

evidenciando así que el 54% del personal de enfermería no realizan el diagnostico de casos de desnutrición crónica, y el 46% no cumplen con la información al SNIS los casos de desnutrición crónica.

En cuanto a la atención del menor que le dedica el personal de enfermería es de 69% realiza la atención en 5-10 minutos considerando así que el 54% responde que el aumento de pacientes limita la atención de calidad.

En cuanto al conocimiento del programa el 2% conoce el propósito del programa verificando así que el personal de enfermería el 77% nunca recibió capacitación sobre el programa, hecho que demuestra notoriamente que el personal de enfermería no realiza la aplicación del programa desnutrición cero como lo esperado, ya que no cumplen como lo establece el programa desnutrición cero.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Séptimo informe de progreso. La Paz -Bolivia; 2013 consultado agosto 2016.
2. Revista Cuba Salud Pública Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales (Leal Soliguera) marzo de 2008 consultado agosto 2016.
3. Revista CEPAL. (bitstream-handle) La desnutrición crónica y factores de desnutrición consultado el 11 de diciembre de 2015.
4. Banco Interamericano de Desarrollo División de la Protección Social y Salud notas técnicas # idb-tn-138. consultado octubre 2016.
5. Programa multisectorial desnutrición cero. Consultado septiembre 2016, Disponible en: <http://plataformacelac.org/programa/174>.
6. Plan estratégico 2007-2011 del programa sectorial de desnutrición cero. Consultado septiembre de 2016.

7. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Leninger M: Futurología de la enfermería: objetivos y metas para mañana. En chaska en la profesión de enfermería. Consultado en septiembre de 2016.

## **CAUSAS QUE INFLUYEN TEMOR EN LA ASISTENCIA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN NIÑOS DE 5–12 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO MULTIFUNCIONAL VILLA ARMONÍA**

CALIZAYA Colque Thays Admelinda<sup>1</sup>

Recibido en 10/2016  
Aceptado en 12/2016

### **RESUMEN**

Los temores que tienen los niños durante las visitas al médico pueden deberse a muchas causas, razón por la cual el estudio pretende determinar las causas que influyen temor a la asistencia médica y de enfermería en niños de 5–12 años del Centro Educativo Multifuncional Villa Armonía en la ciudad de Sucre. Es un estudio de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal donde se toma todo el universo de 40 niños y 40 madres de familia de estos niños en los que se aplicó cuestionario que se obtuvo como principales resultados la gran mayoría de los niños de 5 a 12 años demostraron temor por diferentes causas siendo las principales: miedo al dolor y los inyectables, tener una imagen negativa del médico o enfermera, la separación de sus padres, miedo a lo desconocido o experimentar cosas nuevas y a personas con uniforme blanco. En este sentido hay necesidad de implementar actividades lúdicas en la atención al niño.

### **PALABRAS CLAVE**

Temor, Asistencia Médica, Asistencia de Enfermería, Niños.

### **SUMMARY**

The fears that children have during visits to the doctor may be due to many causes, which is why the study aims to determine the causes that influence fear of medical care and nursing in children aged 5-12 years of the Multifunctional Educational Center Villa Harmony in the city of Sucre. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study where the entire universe of 40 children and 40 mothers of these children are taken in which a questionnaire was applied, which was obtained as the main results. Most children aged 5 to 12 years showed fear for different causes being the main ones: fear of pain and injectables, having a negative image of the doctor or nurse, separation from their parents, fear of the unknown or experiencing new things and people with white uniform. In this sense, there is a need to implement playful activities in child care.

### **KEY WORDS**

Fear, Medical Assistance, Nursing Assistance, Children.

### **INTRODUCCION**

El temor está presente en diversas situaciones de la vida cotidiana a las visitas de centros de salud y hospitales

pediátricos que se encuentran dentro de ellos siendo esta situación de relevancia para los niños. El paciente pediátrico

---

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería; admelinda.271292@gmail.com

demuestra temor por el desconocimiento de los diferentes procedimientos lo cual genera cambios en la conducta, manifestado por; incompreensión, inquietud, aumento de la tensión emocional y reducción de la seguridad en sí mismo.

El temor produce cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, es definido como “un estímulo lo suficientemente potente o biológicamente conducido a un estado de motivación, capaz de guiar los comportamientos ante una amenaza desconocida, el miedo comienza cuando el estímulo percibido es amenazante y tiene el potencial de intervenir con la supervivencia biológica”<sup>(1)</sup>, por otra parte la ansiedad es considerada como “una respuesta vaga a una amenaza no específica o desconocida” después de varios estudios se concluyó que la diferencia fundamental entre temor y ansiedad es la identificación o no de la amenaza, los dos diagnósticos comparten muchas de las respuestas dadas por el sistema nervioso autónomo y son necesarias para el equilibrio y conservación de la vida<sup>(2)</sup>.

Las investigaciones encontradas en relación al tema que brindaron información para el desarrollo de la misma fueron: Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad<sup>(2)</sup>; Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio patricio de Alcalá, cumana, Venezuela<sup>(3)</sup>; en el ámbito de

odontología se encontró: Evaluar los niveles de ansiedad y miedo dental infantil según la edad en niños que acudieron al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo, otra investigación tuvo un objetivo de relacionar el miedo en niños en función a sus experiencias dentales y la ansiedad de sus madres<sup>(4)</sup>.

En relación en el temor en los niños se encontró una investigación en el Salvador, donde en el Hospital de Niños Benjamín Bloom, se desarrolló un Programa de Terapia Lúdica el cual busca contribuir a mejorar el estado anímico de los pacientes por medio del juego y otras actividades similares busca dar apoyo en el tratamiento integral de los niños ingresados atendiendo sus necesidades físicas, sociales y emocionales, y ayuda, además a la reducción de problemas asociados a la hospitalización como son: ansiedad, depresión, temor y otros mediante la utilización del juego y otras técnicas lúdicas a fin de dar paso a resultados positivos para el paciente y su tratamiento.

El trabajo en Ludoteca Hospitalaria ha sido constante y con muy buenos resultados, lamentablemente no se han realizado estudios que ayuden a comprobar la eficacia del programa en la disminución de las alteraciones emocionales en los niños ingresados por largos periodos en el hospital<sup>(5)</sup>.

Estudios realizados en el Instituto de Salud del Niño (Perú) con 52 niños respecto a los trastornos en la salud mental del niño hospitalizado, mostraron

que los niveles de adaptación al hospital en niños menores de 5 años son poco significativos; así mismo el sufrimiento emocional es significativo por lo menos los primeros días por lo que necesita mayor apoyo psicológico. Se detectó, además, en el 69.2% de probables trastornos en la salud mental y se encontró que el mayor porcentaje lo obtuvieron los indicadores de trastorno de ansiedad, puesto que los niños reflejaron gran temor ante situaciones inofensivas. En algunas de las prescripciones para estos pacientes se mencionó la importancia de que ellos no cayeran en estados de ansiedad y depresión, los cuales además de ser indeseables, podían contribuir en agravar la enfermedad de los niños.

La evidencia que sugiere la presencia de ansiedad en los niños como respuesta emocional a una consulta externa es extensa y sus efectos durante y después de la consulta pueden persistir por semanas o meses, en algunos casos hasta la edad adulta. Por tanto, es necesario intervenir para prevenir, identificar y tratar la ansiedad en el niño en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo. Asimismo, se debe procurar el acompañamiento de los familiares de los niños, comunicación afectiva del equipo hospitalario y proveer al niño información sobre la razón de su internamiento que sea adecuada a su edad; estos aspectos contribuyen a aminorar su nivel de ansiedad<sup>(6)</sup>.

En Bolivia, pese a la relevancia e importancia del tema donde el temor en

los niños es influido por los factores y consecuencias de un mal proceso de recuperaciones; no se cumple el tratamiento, automedicación a los hijos y en la familia, mortalidad infantil y otros en consecuencia no se encuentran investigaciones relacionadas al tema, sin embargo en el departamento de Chuquisaca municipio sucre no hay antecedentes recientes de este tipo de estudio por lo que la información obtenida se pondrá a disposición para realizar intervenciones posteriores tomando en cuenta los datos detallados al mismo tiempo el aporte teórico que tendrá será como un documento de consulta.

En el centro educativo multifuncional de villa armonía existen inasistencia médica y de enfermería, por la falta de concientización de los padres y temor a la consulta médica y de enfermería y sus diferentes procedimientos; si bien estos niños tienen la oportunidad de asistir a una consulta médica y de enfermería, pero es difícil encontrar niños que no tengan miedo a los médicos o inyectables. Los temores son habituales, aunque cada niño es diferente. Este suele disminuir con la edad y puede ser controlado con la ayuda de los padres, médicos y personal de salud<sup>(1)</sup>.

El conocimiento de las causas del temor, hace posible el desarrollo de estrategias dirigidas a prevenir el comportamiento. Con la evaluación del estado emocional del niño, el profesional está prevenido de su posible comportamiento, de manera que pueda mejorar las relación paciente – profesional, en el sentido de disminuir el

miedo al tratamiento, procedimientos médicos, de enfermería y prevenir las enfermedades. Delante de todo lo expuesto, el objetivo de este estudio fue: Determinar las principales causas que influyen temor en la atención médica y de enfermería en niños de 5–12 años del centro educativo multifuncional villa armonía municipio sucre, gestión 2016.

### DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque de la investigación es cuantitativo, transversal y descriptivo, ya que se describe sistemáticamente de forma objetiva y comprobable a las causas del temor a las consultas médicas y de enfermería. El estudio se realizó con niños de 5 a 12 años y madres del Centro Educativo Multifuncional Villa Armonía del distrito II del departamento Chuquisaca.

Para recabar información se utilizó un cuestionario tanto para el niño como para la madre, primeramente, se coordinó con la responsable del programa Centro Estudiantil Villa Armonía (CEMVA) para la aplicación del cuestionario a los niños y con las madres de familia; en una reunión en el salón que se realiza cada fin de mes por el programa, se explicaron los objetivos de la investigación y bajo el consentimiento y aprobación de los padres fueron aplicados los cuestionarios a los niños.

La población del estudio estuvo conformada por 40 niños comprendidos entre los 5 y 12 años y sus respectivas madres (40 madres de familia). Dichos niños y madres son beneficiarias del Centro Educativo Multifuncional Villa Armonía del Distrito II Zona Santa Bárbara

Norte. Se tomó como muestra a la población total, bajo los siguientes criterios: Niños con capacidades visuales y motoras suficientes para el llenado de los instrumentos, madres de familia de los niños que asisten regularmente al programa y tienen capacidad lectora.

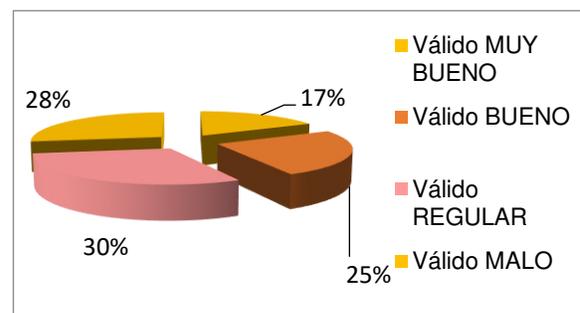
La información fue colocada en una base de datos en programa Excel, se presentó en gráficos en frecuencias absolutas.

Antes de realizar los cuestionarios se informó sobre el objetivo de la misma a las personas que serán encuestadas con el fin de que la entiendan claramente y puedan decidir si desean participar, así como se manifestó el mantener el anonimato de los participantes del estudio.

### RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados reflejan la población alta de sexo masculino (60%). Siendo la mayor parte de la población se encuentran entre las edades de 9 y 12 años que nos refleja como dicen los datos estadísticos de ENDSA que la mayor población en la actualidad son los niños y adolescentes.

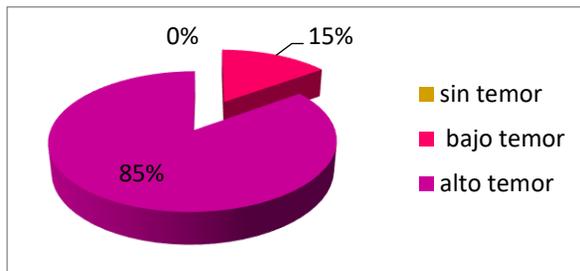
**GRÁFICO 1.** Niños del centro educativo multifuncional según la atención brindada en la descripción de los niños, Sucre, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica velar ante todo por la salud de mi paciente y el que tiene su forma de ver como es el médico y enfermera en su propia experiencia de vida según la atención recibida; donde el niño evalúa todo subjetivamente, y es importante indicarlo al niño desde la edad temprana sobre el médico y enfermera y así tenga más confianza con el personal de salud.

**GRÁFICO 2.** Niños del centro educativo multifuncional Villa Armonía según el grado de temor, Sucre, 2018.

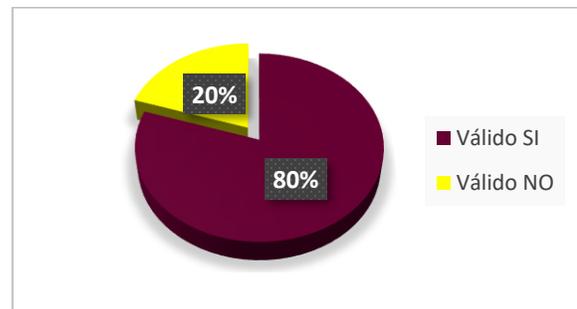


Fuente: Elaboración Propia

La población indica que los niños se preocupan y sienten aprensión ante la visita o consulta médica, Independientemente de que vayan a una atención en centros de salud o a un especialista pediatra en el que se trata de una visita de rutina o de una visita por una enfermedad, los niños tienden a tener temor. Algunos temores y sentimientos de culpa son fáciles que se pongan de manifiesto y que los niños hablen abiertamente sobre ellos, pero hay otros miedos que se guardan en secreto y sobre los que no se habla y los padres son los que deben trabar junto al personal de salud a ayudar a su hijo y expresar esos miedos para superarlos.

Este temor se desarrolla por dos motivos: en ocasiones, se da tras una experiencia negativa previa, en la infancia o al acudir a una consulta médica otras veces se sufre tras un proceso de angustia generalizado que la persona experimenta desde hace tiempo sin ser consciente de ello, ni de haber padecido una experiencia traumática anterior que la haya provocado; ni siquiera al rastrear en su historial clínico para intentar identificar un antecedente, es capaz de encontrar una causa es importante mencionar que al ingresar al consultorio existe poco temor pero que los niños tienen mucho más temor al médico que a las enfermeras en el momento de las consultas médicas y enfermeras.

**GRÁFICO 3.** Madres de los niños del centro educativo multifuncional Villa Armonía que refieren miedo de los niños a los inyectables, Sucre, 2016.

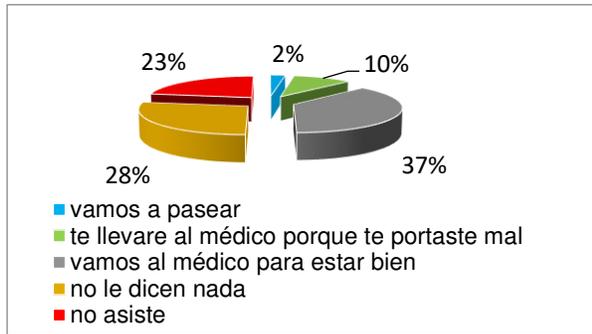


Fuente: Elaboración Propia

La grafica representa a niños que expresan con llanto muchos sentimientos, y en ella consulta médica y de enfermería es común que tengan miedo, principalmente por el dolor a los inyectables, que desarrollan un miedo a las inyecciones porque las asocian con otro acontecimiento traumatizante que, por lo general, aquellas personas que tienen fobia a las agujas son aquellas que

de muy pequeños tuvieron muchos análisis de sangre o intervenciones con agujas traumatizantes.

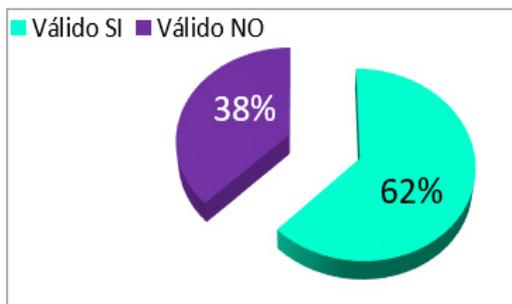
**GRÁFICO 4.** Niños del centro educativo multifuncional Villa Armonía según las estrategias que utilizan sus padres para llevarlos a una consulta, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

En el que la educación que los padres den a sus niños llegara a tener acciones que ellos tengan con una imagen adecuada evitando amenazas o engaños haciendo lo correcto y ser sinceros con sus niños, para no tener una imagen errónea del personal de salud o que el niño crea imagen negativa.

**GRÁFICO 5.** Madres de familia que indican atención médica o de enfermería de los niños en el último año, Sucre, 2016.



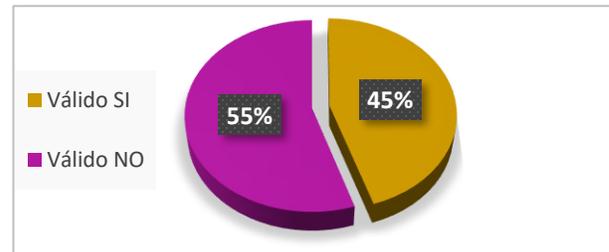
Fuente: Elaboración Propia

En el porcentaje alto que se obtiene donde SI asiste a una consulta médica donde mencionaremos en el próximo cuadro las causas por la que se asisten; cabe resaltar que los que no asistieron

indican que no se enfermaron y que ya están grandes cosa que según las madres se pueden cuidar solos sin necesidad de acudir a un centro de salud o recibir atención por parte del personal de salud esto implica un riesgo en la salud del niño.

Indican las madres trabajan todo el día y no les brindan los cuidados necesarios a estos niños, y otros afirman que no se enfermaron; es importante tomar en cuenta para sensibilizar a los padres la importancia de las consultas médicas y de enfermería y los riesgos a los que se exponen.

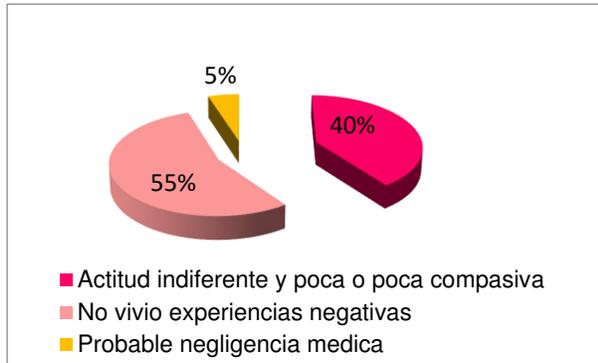
**GRÁFICO 6.** Madres de los niños del centro educativo multifuncional Villa Armonía que vivieron experiencias negativas, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico muestra que es necesario hablar de las habilidades interpersonales de los médicos y enfermeras que son muy importantes para establecer relaciones fuertes y confiables con sus pacientes, lo que ofrece beneficios múltiples, la mayoría de los pacientes desea una relación estrecha con el personal de salud de la atención primaria así que es importante la relación entre el profesional en salud y el paciente un aspecto clave lo constituyen los aspectos comunicativos.

**GRAFICO 7.** Experiencias negativas que vivieron las madres junto a sus niños del centro educativo multifuncional Villa Armonía, Sucre, 2016.



Fuente: Elaboración Propia

Las madres indican que se les atienden de una manera inadecuada sin atención oportuna en emergencias o cuando están muy enfermos, no les hacen conocer sobre los procedimientos en tratamiento u otro que ellos no saben que es o a que refiere dándoles una comunicación incomprensible, falta de comprensión al personal de salud, haciendo esperar mucho tiempo; en menor porcentaje se tiene como presunta negligencia médica por que indican las madres que sus familiares murieron por negligencia médica, la hicieron caer de la camilla en sala de parto.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de la exploración inicial permitió identificar las causas del temor de los niños en niños de 5 a 12 años. Se determinó las características sociodemográficas de los niños, donde la mayor parte de los niños (as) se encuentran entre las edades de 9 y 12 años y con mayor población del sexo masculino.

En relación a la percepción que tienen los niños sobre el personal de salud sobre el trato la mayoría de los niños puntuaron en la opción regular, esto implica las relaciones interpersonales con el paciente/niño y el personal de salud; en el cual el niño vive experiencias de vida donde evalúa todo subjetivamente el buen trato y amabilidad que le brinda en su atención en los centros de salud. Alto porcentaje al mucho temor en la consulta médica a los inyectables por el dolor que causa durante este procedimiento, sin embargo, al ingresar al consultorio tienen poco temor.

Hay personas que por el sólo hecho de pensar en una inyección se inquietan y alteran, se ponen nerviosas y se mentalizan en que les va a doler y a lastimar, a esto los especialistas le denominan tripanofobia, este problema tiene su origen en la niñez. El miedo a inyectarse surge desde pequeños, cuando algunas mamás o abuelas inculcan la idea errónea de que una inyección es dolorosa, además también se acostumbra amenazar con inyecciones como una medida de castigo.

Existe mucho más temor al médico que a la enfermera, con miedo a lo que le va decir el médico o enfermera esto enlaza en el tratamiento a realizar o los procedimientos que se realizara de acuerdo a la inspección del niño, tratamiento a indicar y con bastante temor al uniforme blanco se utiliza. Estar separado de los padres y expuesto a lo desconocido le trae inseguridad de que es lo que le va a pasar, o que le van a hacer

en el que empieza a tener desconfianza, sentir miedo, sentirse incómodo y no colaborar con el trabajo del personal de salud.

Según las estrategias que los niños indican en el que sus padres utilizan, es el de indicarles que se les llevara a una consulta médica o de enfermería, para estar bien en su salud tal como los padres indican; tiene importancia la educación que los padres den a sus niños para llegar a tener acciones que ellos tengan con una imagen positiva evitando amenazas o engaños haciendo lo correcto y ser sinceros con sus niños, para no tener una imagen errónea del personal de salud o que el niño crea imagen negativa. Es

importante mencionar que tenemos en mayor población de las madres no vivió experiencias negativas, así como en los niños, pero si los niños vivieron antecedentes de internación en el mayor porcentaje.

Los fundamentos teóricos de enfermería en salud pública han ofrecido el soporte teórico para el sistema de las actividades lúdicas donde se reconoce un carácter interactivo del desarrollo humano en el medio social, y emocional del paciente pediátrico que se ha visto confirmado una vez más la importancia de las causas del temor a las consultas médicas y de enfermería como medio de conservar la salud de la población infantil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Los miedos más comunes en los niños. Temores infantiles Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/216/los-miedos-mas-comunes-de-los-ninos.html>
2. Pérez Navarro N, González Martínez C, Guedes Pinto AC, Salette Nahás P. Correa M. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cuba Estomatol. diciembre de 2002;39(3):302-27.
3. Rojas MJ, Azevedo Pérez D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario antonio patricio de alcalá, cumana, venezuela. Saber. septiembre de 2013;25(3):273-8.
4. Miriam elaine cerron callupe. 1 Universidad Nacional Federico Villarreal Facultad De Odontología Miedo En Niños De 4 a 12 Años De Edad En Relación a Sus Experiencias Dentales Y La Ansiedad Materna En El Instituto De Salud Oral De La Fuerza Aérea Del Perú – 2010.
5. Urgilez Proaño MJ, Almeida Márquez L, Dir, León Tamayo AL, Calif, Martinez Yacelga A del R, et al. La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el Hospital Municipal de «Nuestra Señora de la Merced» Disertación (Psicología organizacional); 2015 [citado 2 de julio de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/1073>
6. Uyaguari Caguana DC, Valdiviezo Zhunio RM. Temores y sentimientos relacionados con «proceso de embarazo y parto en adolescentes que acuden al Subcentro de Salud Virgen

del Milagro- azuay, 2014». 2015 [citado 7 de febrero de 2016]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23228>

7. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud 2014 [citado 5 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
8. Martín-Caro CG, Soto MCS. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería [Internet]. 1995 [citado 25 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=140083>
9. Morfi Samper R. Gestión del cuidado en Enfermería. Rev Cuba Enferm. marzo de 2010;26(1):1-2.
10. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo CG de, Hanna W, Larrieu M, et al. The essential functions of public health: an emerging theme in health sector reforms. Rev Panam Salud Pública. agosto de 2000;8(1-2):126-34.

## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

**Nombre y apellidos.** Los autores deben seguir el formato de Apellido en Mayúscula y Nombre (primera letra mayúscula) separados por guión. Si son varios autores separados por coma.

Ejemplo: APELLIDO – Nombre, APELLIDO – Nombre.

**Correspondencia.** Se debe incluir el nombre y la dirección completa del autor responsable para intercambiar correspondencia.

**Institución.** Se pueden incluir hasta tres jerarquías de la institución que pertenece (por ejemplo, Carrera, Facultad, Universidad).

### Formato del documento

- Formato de archivo: Word.
- Tamaño de papel: carta (21.6 cm x 27.9 cm).
- Márgenes: superior, inferior y laterales de 2,5 cm
- Fuente: Arial 12 en todo el texto, archivo escrito en formato doc, docx, o .rtf
- Espacio: 1.15 en todo el documento excepto en las tablas, que deben tener un espaciado sencillo.
- Resaltados: Utilizar cursiva para los resaltados. No se permite en el texto: negrita, subrayado, palabras en mayúsculas, marcadores de MS Word
- Número de palabras: Artículos originales y revisión: 5000 palabras.
- Evitar notas de rodapié, excepto en caso imprescindible.

### Tablas

- Hasta 5 elementos entre tablas y figuras, que contienen un título informativo, claro y completo, ubicado encima de la tabla, que indica lo que se pretende representar en ella. Contiene: participantes del estudio, variables, ubicación y tiempo de recolección de datos.
- Letra arial, tamaño 10, interlineado simple.

### PREPARACIÓN DEL ARTÍCULO

Estructura

- Título del artículo
- Autores
- Resumen
- Palabras clave
- Introducción
- Método
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias

### TÍTULO

Título del trabajo. (en letras mayúsculas y minúsculas). El título debe ser conciso pero informativo, ya que es frecuentemente usado para hacer índice por materias, éste no deberá exceder el número de 15 palabras. No debe incluir abreviaciones, acrónimos, formulas químicas y ubicación geográfica.

### RESUMEN

Un párrafo simple que no exceda las 200 palabras, debe indicar clara el objetivo de la investigación, los procedimientos básicos, es decir el método, los principales resultados y las conclusiones más importantes. Debe ser evidente para alguien que no ha leído el texto.

### PALABRAS CLAVE

2 a 4 términos claves para permitir que el manuscrito sea puesto en un índice apropiadamente. Estos términos deben aparecer debajo del resumen. Se pueden utilizar palabras solas o términos compuestos (ej.: atención primaria, síndrome de Burnout, Hipertensión), se recomienda la utilización del Tesauro de Enfermería de la OPS

## **INTRODUCCIÓN**

Esta sección plantea el propósito del artículo sin un despliegue extensivo del tema, define claramente el tema estudiado, destacando su importancia y las brechas del conocimiento. Incluir referencias actualizadas y nacionales e internacionales. Describir el (los) objetivos (s) del estudio al final de esta sección.

## **MÉTODOS**

Describe los procedimientos utilizados en forma breve, pero con suficiente detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

La sección Métodos debe incluir información precisa sobre el tipo de estudio, ubicación, periodo, población, criterios de inclusión y exclusión, muestra, variables del estudio, forma de recolección de datos, organización y análisis de datos y aspectos éticos.

## **RESULTADOS**

Los resultados deben ser descritos en esta sección sin discusión de sus significados o comparaciones, señalar al lector clara y exactamente lo que fueron sus resultados.

Pueden ser expresados en tablas o en figuras cuando sea estrictamente necesario, pero los mismos datos no debe ser reportados bajo las dos formas. El texto contempla los datos importantes y no repite lo que describen las tablas y figuras.

## **DISCUSIÓN**

Esta sección debe enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio, realizando su comparación y contraste de los resultados con otros estudios, y proporcionar los posibles mecanismos o explicaciones de los resultados obtenidos e indicar si los resultados obtenidos proporcionan una respuesta a las preguntas o apoyan la hipótesis planteada. Cabe destacar que los resultados negativos pueden aportar igualmente conclusiones útiles y merecen por ello publicarse, siempre que hayan sido obtenidos a través de experimentos que fueron cuidadosamente diseñados y realizados. Deberá incluir referencias.

## **CONCLUSIONES**

Describir claramente las conclusiones a las que se llegaron con el estudio, este debe responder a los objetivos planteados previamente, restringiéndose a los datos encontrados. No citar referencia y no repetir los resultados.

**\*RECONOCIMIENTOS\***. Especificar el apoyo de fondos económicos. Mencione sólo aquellos individuos que han hecho contribuciones substanciales al estudio y quienes estén de acuerdo en ser nombrados.

## **REFERENCIAS**

Se aplicará a las referencias bibliográficas y de citas, las normas Vancouver.

### **Formato de las citas en el texto**

- Números arábigos, superíndices y entre paréntesis. Por ejemplo, (12).
- Ordenado consecutivamente, sin saltar referencia.
- Citas de referencias secuenciales: separadas por guiones en lugar de comas, sin espacios entre ellas. Por ejemplo, (1-2), (4-5), (5-9).
- Citas de citas interpoladas: separadas por comas, sin espacios entre ellas. Ej. (8,14), (10,12,15).

### **Formato de las referencias al final**

- Sin límite máximo ya que todos ellos son apropiados para el texto y con enlace de acceso a la verificación de texto.
- Referencias con más de 6 autores: seis primeros seguidos de et al.
- Citar la versión del documento en inglés si se tiene disponible.
- Insertar DOI o enlace de acceso en todas las referencias.
- Evitar en lo posible referencias obsoletas o inaccesibles a la comunidad científica (literatura gris) (excepto las esenciales). Literatura gris son libros, tesis, monografías, manuales, normas y legislación, etc.