DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DE LA SALUD Y LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO ANTE EL COVID-19: REFLEXIONES FINALES



Autores:

Yanedsy Díaz Amador Surimana Esthefanía Morocho Idrovo Vicente Antonio Zapata Reyes

Derechos de Autor

Derechos Reservados © Editorial UPSE - INCYT
Universidad Estatal Península de Santa Elena |
Instituto de Investigación Científica y Desarrollo de Tecnologías
Campus principal: Ave. Eleodoro Solórzano. La Libertad, Santa Elena Ecuador CP 240350

Representante legal: Néstor Acosta Lozano, Ph.D
Responsable ISBN: Freddy Villao Santos, Mgt.

Fotografía/diseño de portada: autores
Diagramación y maquetación: Editorial UPSE - INCYT

Nombre del Libro: Determinantes socioculturales de la salud y las conductas de autocuidado ante el COVID-19: Reflexiones finales

1era Edición en español, año 2026

Formato: 21x29,7 cm, 96 páginas
https://incyt.upse.edu.ec

ISBN digital: 978-9942-776-33-4

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS
No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de los autores. El permiso de copia queda abierto para material de uso en seminarios, talleres y cursos, siempre y cuando la reproducción de la página sea completa y se mantenga el Copyright que figura en cada una de las páginas.

Estudiantes Colaboradores

Brithany Micaela Nicolalde Beltrán

Mayerli Gisell Peña Troya

Anabella Jamilex Pozo Pozo

Nallely Melissa Tomalá Ramírez

Jennifer Narcisa Tomalá Domínguez

Diana Verónica Peto Chere

Scarlet Jazmín Palma Vera

Katherine Lisbeth Salinas Domínguez

Aricris Katherine Roca Suárez

Rocío Maribel Roca González

Mishelle Amalia Salinas Malavé

Maeva Nereida Uquillas Roca

Alexander Ricardo Prudente Limones

Prólogo

La formación universitaria en ciencias de la salud exige hoy una comprensión amplia, crítica e integral de los procesos que influyen en la salud y la enfermedad. En este contexto, la obra "Determinantes socioculturales de la salud y las conductas de autocuidado ante el COVID-19: Reflexiones finales" se presenta como un aporte académico relevante, al abordar con rigor científico y profundidad temática los factores sociales, culturales, económicos y conductuales que condicionan la salud de las personas, familias y comunidades, particularmente frente a uno de los mayores desafíos sanitarios de la historia reciente.

El contenido del libro articula de manera coherente la investigación en salud con los fundamentos teóricos del cuidado, sustentados en una visión biopsicosocial e intercultural. A través de un análisis reflexivo, se destaca la influencia de los determinantes socioculturales en las conductas de autocuidado y en la respuesta comunitaria ante la pandemia por COVID-19, evidenciando la necesidad de intervenciones tempranas, contextualizadas y basadas en evidencia científica. Esta perspectiva permite al estudiante comprender que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que es el resultado de complejas interacciones entre el entorno, la cultura, los estilos de vida y el acceso a los servicios de salud.

Desde el ámbito formativo, esta obra constituye una herramienta de consulta esencial para el desarrollo del pensamiento crítico, el razonamiento científico y la integración del conocimiento teórico con la práctica asistencial. El libro fortalece el aprendizaje significativo al vincular los contenidos con el Proceso Enfermero, promoviendo una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad. Asimismo, fomenta la reflexión ética y la humanización del cuidado, valores fundamentales en el ejercicio profesional de la enfermería y en la atención en salud en general.

Finalmente, este texto se proyecta como un recurso académico de valor tanto para estudiantes como para docentes, al contribuir a la formación de profesionales sensibles, comprometidos socialmente y capaces de responder a las necesidades reales de la población. Su enfoque interdisciplinario, ético y humanista lo convierte en una obra pertinente para la academia y la práctica asistencial, ofreciendo fundamentos sólidos para comprender, analizar y transformar las realidades de salud desde una mirada crítica, responsable y orientada al bienestar colectivo.

Contenido

Derechos de Autor **5**

Estudiantes Colaboradores **7**

Prólogo **9**

Contenido **11**

Índice de Imagenes **13**

Índice de Figuras **15**

Índice de Tablas **17**

Capítulo 1. Fundamentos biopsicosociales y socioculturales de la investigación en salud y enfermería. **21**

La investigación en la formación curricular del estudiante de Licenciatura en Enfermería 22

Integración de los proyectos de investigación a la Enfermería 24

Conceptos Fundamentales: Salud y enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial 25

Ejemplos prácticos del modelo biopsicosocial 26

Importancia del modelo biopsicosocial en la atención médica 26

Determinantes sociales de la salud 27

Cultura y salud 28

Creencias y Prácticas Curativas 28

Conductas de autocuidado 28

Importancia del Autocuidado en la Salud 29

Visión del Autocuidado desde la Enfermería 30

COVID-19: Enfermedad a escala global, características del virus y su impacto en la salud pública 30

Características del Virus SARS-CoV-2 31

Impacto en la Salud Pública 31

Estrategias de Prevención y Control 32

Secuelas Post-COVID 32

Visión del cuidado por parte de Enfermería durante la pandemia 33

Capítulo 2. Impacto de los determinantes socioculturales en respuesta al Covid-19 y su importancia **36**

Impacto en la comunicación médico-paciente 38

Importancia de la cultura en la salud 38

¿Cómo las desigualdades sociales han exacerbado las disparidades en salud durante la pandemia por Covid-19? 39

Creencias y actitudes en la adopción de medidas para la prevención 40

La comunicación y la desinformación en la adopción de medidas preventivas 43

Rol de los medios de comunicación en la formación de opiniones y la adopción de conductas para auto cuidarse 44

Impacto de las políticas públicas 45

Las comunidades y las redes sociales en respuesta a la pandemia por Covid-19 46

Capítulo 3. Conductas de autocuidado en el contexto del Covid-19 ..... **49**

Factores que influyen en las conductas de autocuidado 50
Factores Sociales 50
Factores Culturales 51
Factores Económicos 51
¿Cómo influyen estos factores en las conductas individuales? 51
Adherencia a las medidas de prevención 51
Barreras para el autocuidado 52
Promoción del autocuidado en diferentes poblaciones y contextos 53

Capítulo 4. Proyecto de investigación: Determinantes socioculturales de la salud y las conductas de autocuidado ante el Covid-19. Cantón Salinas. Ecuador 2022-2024 57
Formulación del problema 59

Justificación 61
Diagnóstico del análisis de la situación de salud 63
Programa de capacitación acerca de los determinantes socioculturales de la situación de salud 63
Pilotaje de los instrumentos de recolección de datos 65
Ejecución: Actores que intervinieron en la ejecución del proyecto 66
Resultados y metas trazadas 67

Capítulo 5. Lecciones aprendidas y perspectivas futuras 73
Perspectivas futuras como investigadores 74
Principales hallazgos encontrados durante la investigación 75
Implicaciones para la salud pública: Recomendaciones 76
Mejoras en la creación de Políticas y Programas de Salud 77
Desafíos futuros 77

Referencias 82

Anexos 85

Índice de Imágenes

Imagen 1. Fundamentos biopsicosociales y socioculturales 13
Imagen 2. Trabajo curricular en equipo 17
Imagen 3. Determinantes a nivel global 18
Imagen 4. Breves Autocuidados 20
Imagen 5. Meditación personal 21
Imagen 6. Virus SARS-CoV-2 22
Imagen 7. Rol del personal de Enfermería en la pandemia 24
Imagen 8. Resiliencia ante el Covid-19 y los determinantes socioculturales en la población 25
Imagen 9. Desigualdades en la población durante la pandemia 28
Imagen 10. Comunidades rurales 32
Imagen 11. Conductas para autocuidarse 36
Imagen 12. Colapso informativo ante un nuevo virus 39
Imagen 13. Logotipo del proyecto de investigación. Salinas y su diversidad multicolor. 42
Imagen 14. Equipo de trabajo del proyecto de investigación. 56
Imagen 15. Logotipo UPSE y su eslogan. 62
Imagen 16. Cuestionario Fantástico 74
Imagen 17. Cuestionario de factores de riesgos modificables 75

Índice de Figuras

Figura 1. Descripción del Árbol de problemas **61**
Figura 2. Mapa territorial aportado por el GAD Municipal del Cantón Salinas. **64**
Figura 3. Estructura de gestión del proyecto de investigación. **67**

Índice de Tablas

Tabla 1. Cuadro comparativo sobre el papel de las comunidades locales y las redes sociales durante la pandemia..... 44
Tabla 2. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los adultos y adultos mayores con HTA..... 68
Tabla 3. Distribución de la enfermedad asociada según las conductas de autocuidado..... 68
Tabla 4. Distribución del nivel de dependencia de Autocuidado, según las conductas de autocuidado en los adultos mayores con HTA..... 69
Tabla 5. Distribución de las conductas de autocuidado según el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con HTA..... 70

CAPÍTULO

I

Fundamentos biopsicosociales y socioculturales de la investigación en salud y enfermería.

LA SALUD SE RECONOCE COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL Y UN PILAR ESENCIAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Imagen 1. Fundamentos biopsicosociales y socioculturales



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

C1: La salud se reconoce como un derecho fundamental y un pilar esencial para el desarrollo humano. Su comprensión y gestión requiere del análisis detallado de variados factores como biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que ejercen influencia directa en el bienestar de las personas. En este contexto, el modelo biopsicosocial emerge como una alternativa integral que permite entender la salud más allá de la mera ausencia de enfermedad, incorporando elementos emocionales, conductuales y sociales al análisis clínico.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido un enfoque integral para abordar la salud, enfatizando la necesidad de fortalecer los sistemas sanitarios, mejorar el acceso equitativo a la atención médica y fomentar la prevención de enfermedades. Esta perspectiva ha impulsado la adopción de estrategias fundamentadas en el modelo biopsicosocial, particularmente en la lucha contra enfermedades crónicas y pandemias como la COVID-19 (OMS & OPS, 2017).

En el contexto ecuatoriano, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado políticas destinadas a fortalecer la atención primaria de la salud, garantizando el acceso a servicios médicos para toda la población. Programas centrados en la prevención de enfermedades, la promoción del autocuidado y la capacitación del personal de salud han sido cruciales para mejorar los indicadores sanitarios del país.

A nivel local, Santa Elena enfrenta retos particulares debido a sus características socioeconómicas y geográficas. La provincia cuenta con una población diversa, donde factores como el acceso limitado a servicios médicos especializados y la presencia de comunidades rurales representan un desafío significativo para garantizar el bienestar integral. En esta región, se han implementado campañas de prevención enfocadas en enfermedades prevalentes como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades respiratorias, reforzando la importancia del autocuidado y la participación comunitaria.

Este capítulo se centra en la exploración de estos conceptos fundamentales, resaltando su importancia y las estrategias clave para su implementación adecuada en la práctica médica y en la vida diaria de las personas.

La investigación en la formación curricular del estudiante de Licenciatura en Enfermería

La universidad, por definición, es una instancia de conocimiento universal. Cualquiera que sea, donde quiera que esté ubicada, hace docencia, investigación y servicio a la comunidad. Solo así es universidad. Es indudable que la búsqueda de nuevos conocimientos es fundamental para el desarrollo de cualquier profesión, así mismo, una profesión que no valide y renueve su campo de conocimiento en su defecto no se nutre de otras disciplinas ya que está destinada a desaparecer, por lo tanto, la universidad se caracteriza por ser una institución multifacética que desempeña roles cruciales en la sociedad y abarca aspectos relevantes para el desarrollo de la ciencia, a través de los proyectos de investigación donde se hace necesario conocer la realidad, la necesidad social y de salud que en esta época se manifiestan.

En enfermería ha existido un avance importante en la producción científica de las últimas décadas, principalmente en lo referente al desarrollo disciplinar; sin embargo, existen temas pendientes como la consolidación, difusión y aplicación de la investigación en el cuidado directo al paciente, familia

y/o comunidad. Dentro de los principales desafíos que enfrenta la profesión está el desarrollo de la investigación, motivo por el cual busca integrar la investigación de manera profunda, logrando la preparación de los futuros profesionales para una práctica clínica basada en la evidencia, al contribuir en el progreso del conocimiento en enfermería.

Es fundamental que los resultados no se mantengan aislados, reducidos a escritorio y/o revistas científicas, donde la accesibilidad sea limitada a unos pocos, impidiendo que la investigación sea holística. Este suceso conlleva a tres preguntas críticas: ¿Qué se está investigando?, ¿Cómo logramos que los profesionales de enfermería obtengan la información de fuentes seguras y confiables? y ¿Cómo utilizar lo investigado en la práctica clínica diaria? (Da Costa & Goicochea, 2023).

De estas preguntas, sería lógico responder que el profesional de enfermería actúa como actor protagónico en los escenarios prácticos conjugando las habilidades y competencias adquiridas con el conocimiento científico, además de tener en cuenta las necesidades contemporáneas actuales que obligan a prepararse cada día más en poder ampliar el conocimiento con una mirada a las propuestas de solución ante los problemas reales y/o potenciales de salud, que sin duda preocupan a cualquier profesional de la enfermería en formación.

A modo de ejemplo y teniendo en cuenta los lineamientos estratégicos en salud a nivel nacional, dirigidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP), bajo las directrices de la OMS, establecen que las investigaciones aporten directa y significativamente en la mejora continua de las problemáticas de salud encontradas y esto a su vez contribuye en la reducción de gastos personales, costos hospitalarios y prevención de riesgos, bajo el enfoque prioritario de lograr más eficiencia en las acciones ejecutadas desde el primer nivel de atención.

Por consiguiente, la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), utiliza el mapa estratégico de necesidades locales, alineados a los problemas nacionales de salud, evidenciados a través de encuestas nacionales validadas y difundidas por este órgano rector, donde denota la importancia de que los resultados de las investigaciones deben ser publicados en revistas de fácil acceso, sean estos de mediano o alto índice de impacto para que de esta forma también sea notorio en el mundo investigativo nacional, internacional y académico, logrando cambios de mejora en las políticas públicas y en la práctica clínica diaria.

Por ende, enfermería trabaja basado en la evidencia, acorde a los lineamientos que imperan en el medio actual, donde a nivel nacional existen diferentes bases de datos con un sinnúmero de información que despiertan el interés por la investigación en enfermería. Uno de ellos, son los grupos relacionados por el diagnóstico, implementados en el segundo nivel de atención donde relaciona la atención de salud recibida en el sector público con el alto costo para el paciente por dicha atención.

Estos grupos contienen datos sociodemográficos y culturales de los usuarios, tales como: autoidentificación étnica, comorbilidades, complicaciones, motivo de ingreso, tiempo de estadía hospitalaria, entre otros generando estrategias en los Sistemas de Información de la Red Asistencial (SIDRA), que se han implementado en los centros de salud de la Atención Primaria, a través de un registro electrónico que agrupa todo un historial de los pacientes atendidos, incluyendo además información relevante como: Dispensarización de fármacos, episodios agudos de las enfermedades y factores de riesgo, por mencionar algunos.

También, otra fuente de almacenamiento de datos y relacionado al cuidado de enfermería lo constituye el Sistema de Vigilancia y reporte de Eventos Adversos (EA), que permite hacer un seguimiento y análisis sobre la recurrencia y prevalencia de los EA en beneficio de los usuarios, donde el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) implementa su propio sistema de información, denominado S400, el cual recoge datos básicos de la población atendida, antecedentes familiares y personales, motivo de consulta, entre otros, aportando a la/el enfermera/o un sin número de criterios válidos a tomar en cuenta durante el proceso de valoración, según (Da Costa & Goicochea, 2023).

A pesar de la vasta cantidad de conocimiento que existe en la disciplina de enfermería, la publicación de hallazgos en revistas científicas de alto impacto a nivel ecuatoriano se presenta como un desafío considerable. Esto se debe a la limitada disponibilidad de publicaciones periódicas actualizadas en el país, siendo la Revista Ecuatoriana de Neurología y la Chasqui de las pocas existentes, de contenido y enfoque multidisciplinario que abarca las ciencias sociales, artes y humanidades. Esta situación obliga a los profesionales de enfermería a buscar espacios de divulgación en revistas extranjeras, lo que, de acuerdo con (Vizcaíno *et al.*, 2023), impacta negativamente en el desarrollo y visibilidad de la investigación nacional.

Es importante reconocer que tanto la investigación científica como los proyectos que surgen de ella están intrínsecamente ligados a la búsqueda de soluciones prácticas para los problemas sociales identificados. En este sentido, el Estado juega un rol fundamental al dirigir y financiar la investigación científica dentro de las universidades, estableciendo regulaciones y aprobando los recursos necesarios para su ejecución.

Integración de los proyectos de investigación a la Enfermería

La búsqueda inherente de comprensión impulsa el avance del saber, erigiéndose como la principal motivación detrás de toda indagación sistemática. En la disciplina de enfermería, la investigación se establece como un pilar fundamental, al igual que la administración, la práctica clínica y la formación académica. Históricamente, la investigación ha desempeñado un papel crucial en la consolidación de la enfermería como una profesión legítima, impulsando el desarrollo del cuerpo de conocimientos esenciales para brindar atención a las diversas necesidades de la población. Asimismo, la educación en enfermería ha experimentado transformaciones para fortalecer su base científica, con un enfoque en la calidad y la calidez del cuidado, promoviendo el respeto mutuo y el humanismo. Sin embargo, es a través de la investigación continua que los cimientos científicos de la profesión se expanden y perfeccionan.

La ampliación del saber científico permite documentar los resultados de las investigaciones y transferir el conocimiento generado a los profesionales involucrados directamente en la atención al paciente. No obstante, históricamente ha existido una marcada división entre el ámbito de las enfermeras investigadoras y el de las enfermeras asistenciales. Se podría argumentar que la integración de la investigación en la práctica clínica es aún limitada y esta a su vez se ve influenciada por diversos obstáculos y factores que facilitan o dificultan la adopción de la investigación para el avance de una práctica de enfermería basada en la evidencia (Campbell *et al.*, 2022).

Adicionalmente, algunos autores señalan que una de las limitaciones en la investigación en enfermería es la menor aceptación que tradicionalmente han tenido los estudios cualitativos, a pesar de que su

interés va en aumento. Estos enfoques proponen analizar el cuidado considerando la complejidad inherente a los problemas de investigación en salud, incluyendo la influencia de factores culturales, comportamentales y de creencias.

Por ello, se enfatiza la importancia de abordar temas de investigación "científica" utilizando una terminología clara y precisa que sea accesible y comprensible para todos los profesionales de enfermería (Ala & Alicia, 2024).

Imagen 2. Trabajo curricular en equipo.



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

Conceptos Fundamentales: Salud y enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial

La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Esta conceptualización subraya que el bienestar integral depende de factores que trascienden lo biológico, donde la perspectiva biopsicosocial amplía esta definición al considerar que la salud está influenciada por la interacción de factores biológicos (genética, fisiología), psicológicos (emociones, pensamientos, conducta) y sociales (apoyo social, entorno socioeconómico).

El modelo biopsicosocial surge como una alternativa al modelo biomédico tradicional, que se centra exclusivamente en los aspectos biológicos de la enfermedad. La incorporación del contexto psicosocial permite una visión más completa del paciente, facilitando un abordaje terapéutico más eficaz (Berenguer, *et al.*, 2017).

- ***Factores biológicos:*** Incluyen aspectos como la genética, el funcionamiento de los órganos y sistemas del cuerpo, así como el estado nutricional. Factores hereditarios pueden predisponer a ciertas enfermedades, mientras que una buena alimentación y el ejercicio físico contribuyen a mantener un organismo saludable.
- ***Factores psicológicos:*** Las emociones, el comportamiento y la salud mental son determinantes importantes en el bienestar general. El estrés crónico, por ejemplo, puede desencadenar problemas cardiovasculares o inmunológicos. Asimismo, factores como la autoestima, la resiliencia y el manejo emocional son claves para enfrentar situaciones adversas.

- ***Factores sociales:*** Las condiciones de vida, el entorno familiar y comunitario, el acceso a servicios de salud y el apoyo social juegan un papel crucial en la salud. Las personas que cuentan con redes sociales sólidas tienden a afrontar mejor las enfermedades y presentan mayores tasas de recuperación.

Ejemplos prácticos del modelo biopsicosocial

A nivel internacional: En el tratamiento del VIH/SIDA, el modelo biopsicosocial se ha utilizado para abordar tanto los aspectos médicos de la enfermedad como el impacto psicológico y social que enfrentan los pacientes. El acompañamiento psicológico, el acceso a grupos de apoyo y el trabajo con comunidades vulnerables son estrategias fundamentales en este enfoque.

A nivel nacional: En el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado programas que no solo ofrecen medicamentos, sino que también brindan asesoramiento psicológico para mejorar la adherencia al tratamiento y la adopción de hábitos saludables. Además, se promueve la creación de redes comunitarias para apoyar a las personas con enfermedades crónicas.

En la provincia de Santa Elena: En esta región, las enfermedades respiratorias son prevalentes debido a factores ambientales como el polvo y la contaminación en áreas rurales. En respuesta, las autoridades sanitarias locales han implementado campañas de prevención que incluyen educación comunitaria, asistencia psicológica para reducir el estrés asociado a la enfermedad y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria para garantizar un acceso adecuado a la atención médica.

Importancia del modelo biopsicosocial en la atención médica

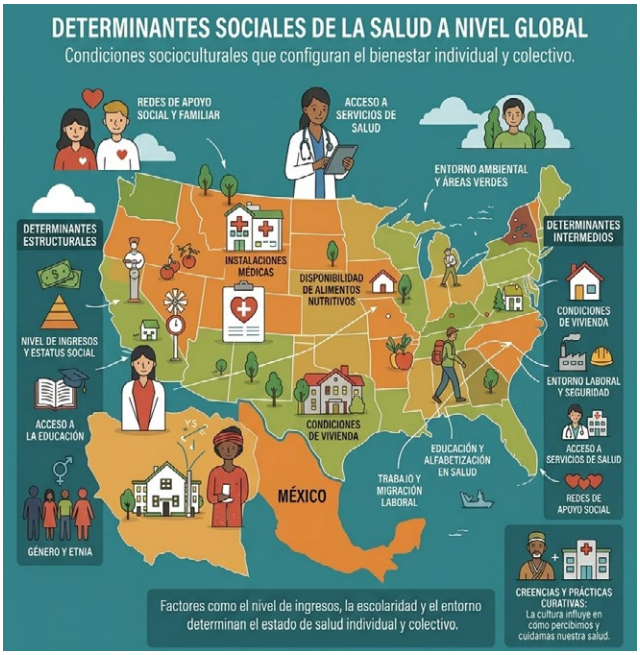
La adopción de este enfoque permite a los profesionales de la salud diseñar estrategias terapéuticas personalizadas que respondan a las necesidades específicas de cada individuo. Además, promueve la empatía en la relación médico-paciente, ya que el profesional se involucra en comprender el entorno y las circunstancias del paciente.

La OMS destaca que este modelo es clave para abordar problemas de salud pública, como las enfermedades crónicas, las adicciones y los trastornos mentales, los cuales requieren un enfoque integral que vaya más allá del tratamiento farmacológico.

En conclusión, el modelo biopsicosocial representa un avance significativo en la comprensión de la salud y la enfermedad, permitiendo intervenciones más completas, humanizadas y eficaces para el bienestar integral de las personas (Ortiz *et al.*, 2017).

Determinantes sociales de la salud

Imagen 3. Determinantes a nivel global.



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

Las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, ejercen una influencia directa sobre su estado de salud. Estos factores, conocidos como determinantes sociales de la salud, abarcan una amplia gama de elementos que configuran el bienestar individual y colectivo de cualquier ser humano, donde podemos clasificarlo u agruparlo en dos categorías principales, tales como:

- ***Determinantes estructurales:*** Comprenden factores socioeconómicos y políticos que generan desigualdades en la distribución de recursos. Ejemplos de estos factores incluyen el nivel de ingresos, el acceso a la educación, el género, la etnia y el estatus social.
- ***Determinantes intermedios:*** Estos factores actúan como mediadores entre los determinantes estructurales y la salud individual, por lo que incluyen las condiciones de vida, el entorno laboral, el acceso a los servicios de salud y las redes de apoyo social (Lazcano, 2020).

Otros ejemplos de determinantes sociales relevantes, tenemos los factores económicos, donde influye el nivel de ingresos, el acceso a recursos materiales y la disponibilidad de alimentos nutritivos, así como también se encuentran los factores educativos que comprende el nivel de escolaridad alcanzado y el acceso a información relacionada con la salud. Por otra parte, y no menos importante tenemos los factores ambientales que ejercen una acción directa frente al estado de salud del individuo, donde puede deberse a factores como las condiciones de vivienda, la calidad del aire y la disponibilidad del agua potable y finalmente tenemos los factores laborales donde prima la seguridad que se tiene en el lugar de trabajo y la exposición a diversos riesgos ocupacionales (Chamizo, 2021).

Cultura y salud

La cultura ejerce una influencia significativa en la percepción individual de la salud y la enfermedad, así como en las decisiones relacionadas con la prevención y el tratamiento de dolencias. Diversos factores, como las creencias religiosas, las prácticas tradicionales, los valores sociales y las costumbres, desempeñan un papel crucial en la configuración de estas decisiones (Monterrosa, *et al.*, 2023).

Dentro de la relación que puede existir entre la cultura y la salud, la cultura no solo determina la interpretación de los síntomas, sino también la gravedad percibida de una enfermedad y el tipo de atención médica que se busca. Por ejemplo, mientras que algunas culturas consideran el dolor físico como una prueba espiritual que requiere estoicismo, otras lo perciben como una condición que exige atención médica inmediata.

Creencias y Prácticas Curativas

En comunidades indígenas, el uso de plantas medicinales y rituales ancestrales puede ser la primera línea de atención en defensa para no contraer diversas enfermedades, en cambio para las culturas asiáticas, la medicina tradicional incluye prácticas como la acupuntura, el tai chi y la fitoterapia, que coexisten con los tratamientos médicos convencionales de esta región (Biscioni *et al.*, 2023).

Conductas de autocuidado

Imagen 4. Breves Autocuidados



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

Las conductas de autocuidado se refieren a las acciones conscientes que los individuos realizan para mantener su salud y prevenir enfermedades. Estas conductas se clasifican en diversas categorías y cada una de ellas se enfoca en un aspecto particular del bienestar. Dentro de los tipos de *conductas de autocuidado* tenemos el autocuidado preventivo, el cual abarca las actividades destinadas a evitar la aparición de enfermedades o a minimizar sus efectos.

Ejemplos comunes incluyen seguir una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico regularmente, mantener una higiene personal adecuada, vacunarse y someterse a chequeos médicos periódicos.

Por otra parte, tenemos el *autocuidado curativo* que hace referencia a las acciones que se toman cuando ya existe una enfermedad, con el fin de controlarla o curarla. Esto incluye la toma correcta de medicamentos, el seguimiento de las indicaciones médicas y la adopción de hábitos que favorezcan la recuperación. También, existe el *autocuidado emocional* el cual se centra en el bienestar mental y emocional de las personas, donde las prácticas de la meditación, la atención plena (mindfulness), la búsqueda de apoyo social y la gestión del estrés son fundamentales para lograr la rehabilitación del individuo en calidad de sano o enfermo.

Así mismo, el *autocuidado social* implica la creación y el mantenimiento de relaciones interpersonales saludables, que proporcionan apoyo emocional y contribuyen a una mejor salud mental y física, acompañado del *autocuidado espiritual* que comprende las prácticas relacionadas con las creencias personales y la búsqueda de un propósito en la vida, que pueden ayudar a mantener el bienestar general (Ramírez & Fernández, 2024).

Importancia del Autocuidado en la Salud

El autocuidado es una herramienta fundamental para prevenir enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida. Las estrategias de autocuidado reducen la carga del sistema de salud y empoderan a las personas, así como la promoción del autocuidado en comunidades rurales, urbanas y poblaciones vulnerables es una medida eficaz para prevenir enfermedades evitables y fortalecer el bienestar físico, mental y social. Además, de ser clave en la adherencia a los tratamientos y el control de los factores de riesgo que dependen en gran medida de la participación del paciente.

En el contexto internacional en países como Japón, el autocuidado preventivo es muy valorado, con prácticas culturales que promueven la salud. En países europeos como Finlandia, se promueven programas de autocuidado centrados en la actividad física para adultos mayores, en el Ecuador el Ministerio de Salud Pública impulsa campañas que promueven el autocuidado preventivo, especialmente en zonas rurales, con programas como “Ecuador Ejercítate” y en Santa Elena específicamente se trabaja en concientizar a la población sobre el autocuidado preventivo mediante talleres y la creación de huertos comunitarios, incentivado además el autocuidado emocional mediante terapias alternativas, lo que garantiza un cuidado holístico y una atención más personalizada centrada en el individuo y considerando su entorno social y espiritual.

Imagen 5. Meditación personal



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

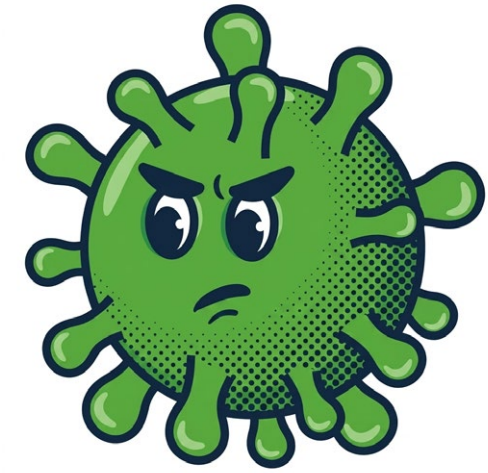
Por tanto, los sistemas de salud pública tienen como papel protagónico la continuidad de la promoción activa en estrategias de autocuidado, ya que empoderan a las personas para que asuman un papel activo en la gestión de su bienestar. Para que estas conductas sean efectivas, es necesario que las personas reciban información adecuada, tengan acceso a los servicios de salud y cuenten con el apoyo de sus redes sociales y familiares.

Visión del Autocuidado desde la Enfermería

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la promoción del autocuidado, ya que está en contacto constante con los pacientes y sus familias. Los profesionales de enfermería actúan como facilitadores para que las personas adopten hábitos de autocuidado, desde la educación sanitaria hasta el seguimiento de los tratamientos. Florence Nightingale, pionera de la enfermería moderna, promovió la importancia de la higiene, la ventilación adecuada y la nutrición como elementos clave para el autocuidado (Sánchez *et al.* 2022).

COVID-19: Enfermedad a escala global, características del virus y su impacto en la salud pública

Imagen 6. Virus SARS-CoV-2



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

Según el contexto histórico de la pandemia de COVID-19 y su impacto global, la irrupción del SARS-CoV-2 a principios de 2020 marcó un antes y un después en la historia de la humanidad. Originado en la ciudad china de Wuhan, el virus se propagó rápidamente por todo el mundo, desencadenando una pandemia de proporciones históricas y sin precedentes.

El COVID-19 no solo fue una crisis sanitaria, sino que desencadenó una cascada de consecuencias sociales, económicas y políticas a nivel global. Algunos de los impactos más significativos incluyeron colapso de los sistemas de salud, donde muchos de estos se vieron abrumados por la demanda de atención médica, lo que llevó a la saturación de hospitales y escasez de equipos de protección personal (Aleixandre *et al.*, 2020).

También, existió restricciones en la movilidad para lo cual fue necesario imponer el confinamiento, la cuarentena y hasta las restricciones de viaje a gran escala, lo que paralizó la actividad económica y social, trayendo consigo una crisis económica global que provocó una recesión económica mundial, con pérdidas de empleo masivos y una contracción del comercio internacional. Además, fue visible la exacerbación de las desigualdades existentes, tanto dentro como entre países, afectando de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables, lo que originó a gran escala un impacto en la salud mental a nivel individual y colectivo, provocado por el aislamiento social, la incertidumbre y el miedo generado por la pandemia del Covid-19 (Gaber *et al.*, 2021).

Otro dato interesante fue la transformación digital, donde la pandemia aceleró la adopción de tecnologías digitales en diversos ámbitos, como el trabajo, la educación y la atención médica, lo que resultó necesario un cambio en las prioridades globales, debido a la importancia de la cooperación internacional y la necesidad de invertir en los sistemas de salud más resilientes, por lo que la pandemia de COVID-19 ha dejado un legado complejo y multifacético al dejar lecciones aprendidas que destacan la importancia de la preparación para futuras pandemias, la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y la importancia de la cooperación internacional.

Sin embargo, aún quedan muchos desafíos por abordar, como la inequidad en el acceso a las vacunas, la recuperación económica y la reconstrucción de las sociedades, lo que ha puesto de manifiesto la fragilidad del mundo globalizado y la necesidad de repensar como los humanos podemos relacionarnos con la naturaleza y entre nosotros mismos.

Por consiguiente, podemos concluir que la pandemia de COVID-19 ha sido un evento sin precedentes que ha dejado una huella profunda en la sociedad. Si bien ha traído consigo grandes desafíos, también ha ofrecido oportunidades para repensar nuestros sistemas y construir un futuro más justo y sostenible (Peralta & Astuñague, 2024).

Características del Virus SARS-CoV-2

El SARS-CoV-2, perteneciente a la familia de los coronavirus, se distingue por su estructura de espigas en forma de corona. Su alta capacidad de transmisión facilitó su rápida propagación a nivel mundial. Sus características principales incluyen:

- ***Período de incubación:*** El virus tiene un período de incubación promedio de 2 a 14 días, durante el cual las personas pueden ser asintomáticas pero contagiosas.
- ***Síntomas comunes:*** Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos seca, fatiga, pérdida del olfato y del gusto, y dificultad para respirar en casos graves.
- ***Complicaciones severas:*** En pacientes con comorbilidades como diabetes, hipertensión o enfermedades respiratorias, el COVID-19 puede provocar neumonía severa, insuficiencia respiratoria e incluso la muerte.

Impacto en la Salud Pública

El COVID-19 generó un impacto global sin precedentes en los sistemas de salud, saturando hospitales y exigiendo la implementación de medidas preventivas urgentes. Además de su efecto directo en la salud física, la pandemia desencadenó importantes secuelas psicológicas en la población, como ansiedad,

depresión y estrés postraumático.

Estrategias de Prevención y Control

Las medidas principales aplicadas para controlar la propagación del virus fueron:

- ***Vacunación masiva:*** El desarrollo y la distribución de vacunas fueron fundamentales para reducir la mortalidad asociada al COVID-19.
- ***Uso de mascarillas:*** Su uso generalizado contribuyó significativamente a disminuir el contagio.
- ***Higiene de manos:*** El lavado frecuente de manos fue esencial para la prevención del virus.
- ***Distanciamiento social:*** Esta medida se implementó para limitar la interacción física y controlar la propagación del virus.

Secuelas Post-COVID

A medida que se profundizó el conocimiento sobre el COVID-19, se identificaron diversas secuelas prolongadas, conocidas como "COVID prolongado". Estas incluyen fatiga crónica, disnea, deterioro cognitivo y trastornos emocionales, lo que destaca la necesidad de estrategias de rehabilitación integrales para los pacientes afectados. La pandemia evidenció la relevancia de contar con sistemas de salud robustos, invertir en investigación científica y fomentar la colaboración global para enfrentar futuras crisis sanitarias.

Imagen 7. Rol del personal de Enfermería en la pandemia



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

El personal de enfermería desempeñó un papel crucial durante la pandemia de COVID-19, actuando en la primera línea de atención sanitaria. Su labor fue esencial no solo en el tratamiento directo de los pacientes infectados, sino también en la educación de la comunidad sobre medidas preventivas y en el apoyo emocional a las personas afectadas.

En el ámbito internacional, en países como Italia y España, el personal de enfermería fue esencial en la contención del virus, gestionando pacientes en unidades de cuidados intensivos, controlando el uso de equipos de protección personal (EPP) e implementando programas de salud mental. A nivel del Ecuador también se trabajó en las campañas de vacunación masiva y se lideró además las campañas educativas en comunidades rurales y a nivel local en Santa Elena se realizó una labor comunitaria

titánica mediante la atención domiciliaria, logrando la entrega de kits de bioseguridad y haciendo énfasis en la educación sobre las medidas preventivas y el aseo en el hogar.

Visión del cuidado por parte de Enfermería durante la pandemia

La visión del cuidado en enfermería durante la pandemia se centró en la atención integral del paciente, abordando sus necesidades físicas, emocionales y sociales. El personal de enfermería asumió un papel proactivo en la identificación de síntomas, el seguimiento de casos y el apoyo psicológico. Sin embargo, el autocuidado fue una herramienta clave promovida por el personal de enfermería, resaltando la importancia de la alimentación saludable, el manejo del estrés y la actividad física en la recuperación post-COVID-19, donde podemos concluir en este capítulo descrito anteriormente que el COVID-19 demostró la necesidad de fortalecer el rol del personal de enfermería en la promoción del autocuidado y el acompañamiento integral de los pacientes, resaltando la importancia del cuidado humanizado en las crisis sanitarias globales (Parra *et al.*, 2021).

CAPÍTULO

II

Impacto de los determinantes socioculturales en respuesta al Covid-19 y su importancia

LOS DETERMINANTES SOCIALES TIENEN UNA RELACIÓN DIRECTA CON LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO LA DIABETES

Imagen 8. Resiliencia ante el Covid-19 y los determinantes socioculturales en la población



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

C2: Los determinantes sociales tienen una relación directa con la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Además, influyen en la mortalidad infantil, el estado nutricional, el acceso a servicios de salud y la calidad de vida en general. Por tanto, las personas que viven en condiciones de pobreza, por ejemplo, enfrentan dificultades para acceder a una alimentación equilibrada, se exponen a riesgos ambientales y en la mayoría de los casos carecen de atención médica oportuna, lo que aumenta la vulnerabilidad a contraer diversas enfermedades (Pérez *et al.*, 2021).

Algunas de las estrategias para abordar los determinantes sociales de la salud, son las políticas públicas, las cuales desempeñan un papel fundamental en la reducción de las desigualdades sociales a nivel de salud y estas a su vez son claves para el desempeño práctico de la política pública en los sectores comunitarios, donde incluyen mejorar el acceso a la educación para fomentar conductas saludables desde edades tempranas; fortalecer los sistemas de salud para garantizar una cobertura universal y equitativa; implementar programas que promuevan viviendas dignas y el saneamiento básico en comunidades vulnerables; así como fomentar la inclusión social y económica para reducir las disparidades en salud.

Los profesionales de la salud también desempeñan un papel crucial al identificar estos factores en sus pacientes y permite diseñar planes de intervención que incorporen un enfoque biopsicosocial, por lo que, al comprender las necesidades sociales y económicas de los individuos, se pueden lograr mejores resultados en temas relacionados a la salud y el bienestar.

Por consiguiente, se pueden plantear algunos ejemplos desde diferentes contextos:

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha observado que en regiones con bajo acceso a la educación y altos índices de pobreza, como en algunas áreas del África Subsahariana, las tasas de mortalidad infantil son significativamente elevadas. En contraste, países con economías desarrolladas, como Suecia, han implementado políticas públicas que reducen las desigualdades sociales mediante programas educativos gratuitos, atención médica universal y acceso equitativo a la vivienda (Berenguer *et al.*, 2017).

En el contexto nacional, las regiones rurales como la Amazonía enfrentan obstáculos para acceder a los servicios de salud, debido a la geografía y la falta de infraestructura hospitalaria, donde el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado programas como "Médico del Barrio" para acercar los servicios de salud a comunidades vulnerables.

Sin embargo, el panorama a nivel provincial en Santa Elena no es diferente al resto del país donde la población enfrenta hoy día importantes desafíos relacionados con factores socioeconómicos y ambientales, donde la falta de agua potable y las condiciones de vivienda precarias en zonas rurales han contribuido al aumento significativo de enfermedades gastrointestinales y respiratorias principalmente. Este panorama inminente conlleva a implementar programas de atención focalizada que permita mejorar el acceso al agua potable, así como también enfatizar en las campañas de vacunación.

En consecuencia, se vuelve esencial enfocar los factores sociales que influyen en la salud desde una óptica pragmática y aplicable, dado que su examen facilita la creación de políticas gubernamentales más eficaces y justas, donde la identificación y el tratamiento de estos elementos son fundamentales para disminuir las disparidades en salud y elevar el bienestar de los grupos de población más susceptibles.

La puesta en marcha de estrategias integrales que compongan la asistencia sanitaria, la formación en salud y el progreso social es primordial para asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud y para la prevención de enfermedades que podrían evitarse.

Impacto en la comunicación médico-paciente

Las diferencias culturales pueden afectar la forma en que los pacientes describen sus síntomas y siguen las indicaciones médicas. En algunas culturas, la expresión del dolor puede considerarse una debilidad, mientras que en otras se espera una descripción detallada de los síntomas. Para los profesionales de la salud, la comprensión del contexto cultural del paciente es esencial para establecer una comunicación efectiva y fomentar la confianza, lo que a su vez mejora la adherencia al tratamiento y los resultados de salud (Asociación Mundial de Ética Médica, 2022).

Dentro de las barreras culturales en el acceso a la salud, tenemos las diferencias lingüísticas, las creencias religiosas y las prácticas sociales que pueden dificultar el acceso a la atención médica, donde algunos grupos étnicos pueden desconfiar de los servicios médicos occidentales y optar por tratamientos tradicionales que no siempre son adecuados para ciertas patologías.

Actualmente, se cuenta con estrategias para una atención sanitaria culturalmente competente, donde enfatizar en la capacitación del personal médico, enfermero en diversidad cultural ayuda a comprender y respetar las creencias de los pacientes, así como también la utilización de mediadores culturales e intérpretes, los cuales permiten facilitar la comunicación con pacientes que no dominan el idioma local e integrar en la atención sanitaria prácticas tradicionales seguras que no representen riesgos para el paciente, lo que puede fortalecer la confianza en el sistema médico convencional. Por lo que, la promoción de la sensibilidad cultural en la atención sanitaria es fundamental para reducir las desigualdades en salud, mejorar la experiencia del paciente y garantizar una atención médica eficaz e inclusiva.

Dentro de la cultura tenemos aspectos que influyen significativamente en la salud de las personas enmarcado en diferentes niveles, tales como: A nivel internacional son muchas las comunidades indígenas de América Latina, donde el uso de plantas medicinales y rituales ancestrales es una práctica común. En Asia, la medicina tradicional desempeña un papel crucial en el tratamiento de enfermedades. En Ecuador, especialmente en la Sierra y la Amazonía, el uso de remedios tradicionales a base de hierbas y técnicas de curación espiritual es una práctica frecuente y de mucha credibilidad para ellos, donde el MSP ha implementado programas que promueven el respeto y la integración de estas prácticas dentro del sistema de salud formal.

En cambio, en la provincial en Santa Elena aún prevalece las creencias tradicionales con el uso de infusiones de hierbas medicinales y rituales de "limpieza espiritual", motivo por el cual denota la importancia de tener un sistema de salud integral donde vincule la medicina ancestral/alternativa y regenerativa con la medicina moderna, de manera que se pueda implementar talleres de educación sanitaria que ayuden a combinar esta ciencia con tratamientos médicos basados en la evidencia científica.

Importancia de la cultura en la salud

La consideración de los factores culturales en la atención médica fortalece la relación médico-paciente, fomenta la confianza y mejora la adherencia al tratamiento. La comprensión de las creencias y prácticas

de una comunidad facilita la implementación de estrategias de salud pública eficaces y culturalmente adaptadas, por lo que el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural son fundamentales para garantizar el acceso equitativo a la atención médica y mejorar los indicadores de salud en todas las poblaciones.

Imagen 9. Desigualdades en la población durante la pandemia



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

¿Cómo las desigualdades sociales han exacerbado las disparidades en salud durante la pandemia por Covid-19?

Ecuador, como muchos otros países latinoamericanos, enfrenta varios desafíos profundos en materia de desigualdad social, estos mismos se han visto reflejados aún más agudo en el sector de la salud, especialmente durante la pandemia de COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (Pérez *et al.*, 2021).

Las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país son cada vez más agudas. Entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida. Además, en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, hay grandes inequidades entre distintos grupos de población por lo que respecta al estado de salud.

En los países de ingresos altos se observan diferencias de más de 10 años en la esperanza de vida de distintos colectivos, en función de factores como la etnicidad, el género, la situación socioeconómica o la zona geográfica. En los países de ingresos bajos de todas las regiones, los índices de mortalidad en la niñez difieren notablemente según el nivel de riqueza de cada hogar (Vilchis *et al.*, 2019).

Sin duda alguna, dentro de los efectos con mayor impacto de la pandemia a largo plazo será la transmisión intergeneracional de las desigualdades sociales, lo que representa un rol muy importante en el modo de vida de un ecuatoriano promedio, donde las condiciones relacionadas con la educación a distancia a través de la virtualidad dejo en desventaja a muchos ciudadanos, sumándole a esta situación la conservación del empleo, en el país fue aproximadamente del 50 % de trabajadores que no cuentan con un trabajo formal, eso implica el no tener un seguro social lo cual crea una brecha para el acceso a los servicios de salud y calidad en la atención.

Algo importante a destacar es que, el Ecuador no tenía un sistema de salud preparado para un evento de tal magnitud, una pandemia que venía no solo a generar impacto en la salud, sino también en la economía y la alimentación, lo que manifestó desigualdades en diversas dimensiones, incluidas el acceso a la educación dichas desigualdades sociales mostraron la poca capacidad para adoptar medidas preventivas ante una crisis sanitaria global que generó impacto en la calidad de vida, evidenció además las disparidades preexistentes y claramente exacerbaron las condiciones de vulnerabilidad de varios grupos sociales, disminuyendo los porcentajes de ingreso disponible de los hogares, acrecentado por las desigualdades sociales.

También, es válido resaltar que el porcentaje de perceptores de ingresos cae bruscamente en 2020 y luego se recupera a finales del mismo año, pero no vuelve a los niveles históricos iniciales. Antes de la pandemia, ya existían claras diferencias en la cobertura y calidad del sistema de educación para el empleo entre los más vulnerables. poblaciones, particularmente en áreas rurales y comunidades indígenas, que ya enfrentaban barreras significativas para acceder a la atención médica, la educación o desigualdad en la calidad del empleo formal, que expuso la inseguridad en las zonas más pobres del país.

El colapso del sistema de salud durante el pico de la pandemia afectó principalmente a las poblaciones más vulnerables, que anteriormente habían enfrentado barreras de acceso. La falta de camas para cuidados intensivos, ventiladores y personal médico capacitado tuvo un impacto desproporcionado en quienes no tenían los medios para acceder a servicios privados. Además, la percepción de falta de confianza en las agencias gubernamentales es otro factor que ha afectado la implementación de las leyes.

Creencias y actitudes en la adopción de medidas para la prevención

La pandemia ha visibilizado, otra vez, el conflicto entre la autonomía individual y la salud pública, cuyos intereses pueden estar contrapuestos, como en el caso de la objeción extrema liberal de no vacunarse. Sin embargo, esta visión extrema que enfatiza la autonomía individual absoluta no es sostenible bajo un orden público colectivista, en el que prima el bien jurídico colectivo de la salud pública sobre la autonomía personal. Argumento que es justificado desde el principio de beneficencia colectiva, y el principio de daño de Stuart Mill, que limitan la autonomía personal en caso de riesgo o grave daño a terceros a favor de la población (Biscioni & Albuquerque, 2023).

Si bien el Gobierno ecuatoriano gestionó la adquisición y distribución de vacunas, las desigualdades en el acceso a la información, la conectividad y la organización logística pudieron haber generado disparidades en la cobertura de vacunación entre diferentes grupos sociales en las zonas rurales y tradicionales, donde las relaciones con el Gobierno son malas, la epidemia ha aumentado la desconfianza en el sistema sanitario, lo que ha dificultado el uso de medidas preventivas y preventivas.

Este evento no solo ha aumentado el número de personas que mueren por COVID-19 en estos sectores, sino que también ha provocado desconfianza en el sistema de salud, lo que ha afectado la cantidad de prevención y las medidas preventivas tomadas por la mayoría de las personas en esta crisis. no son suficientes para abordar las profundas desigualdades del sistema, lo que permite que las desigualdades en salud persistan y, en algunos casos, aumenten la epidemia COVID-19 también ha revelado profundas desigualdades en las condiciones económicas y sociales de la población ecuatoriana.

La población objetivo fue considerada de acuerdo con el "Manual de planificación de la vacunación contra la COVID-19", por grupo etario, en pueblos y nacionalidades se incluyó en la vacunación a toda la población objetivo, en zonas de difícil acceso a los establecimientos de salud, los criterios de exclusión se evaluaron con relación a las especificaciones técnicas de cada vacuna (Maldonado & Bustamante, 2024).

Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha afectado profundamente al mundo entero, revelando no solo la vulnerabilidad sanitaria de las poblaciones, sino también la importancia de las creencias, actitudes y comportamientos sociales frente a una crisis de salud pública. En Ecuador, dos de los grupos más afectados por la propagación del virus han sido los pueblos indígenas y montubios.

Estos grupos, a pesar de compartir algunos elementos culturales, poseen historias, cosmovisiones y contextos socioeconómicos muy diferentes, lo que ha influido significativamente en sus respuestas ante el COVID-19.

Las creencias y actitudes hacia el virus y las medidas de prevención adoptadas han jugado un papel fundamental en la eficacia de las políticas de salud pública. Este ensayo busca analizar cómo las creencias y actitudes de los pueblos indígenas y montubios en Ecuador han influido en la adopción de medidas preventivas frente al COVID-19, con un enfoque particular en cómo las diferencias culturales y sociales han condicionado sus respuestas.

Los pueblos indígenas de la Región Sierra del Ecuador, como los Kichwas, Shuar, Saraguro, entre otros, tienen una cosmovisión profundamente conectada con la naturaleza y una forma particular de comprender la salud y la enfermedad. Para estas comunidades, la salud no se entiende solo como la ausencia de enfermedad, sino como un equilibrio entre el cuerpo, el espíritu y el entorno. Así, la enfermedad, incluida la pandemia del COVID-19, es muchas veces vista como una manifestación de desequilibrios espirituales, sociales o cósmicos.

El talento humano de pueblos y nacionalidades que forma parte de la brigada de vacunación deberán brindar apoyo en mediación cultural y traducción a idioma ancestral en todas las áreas del centro de vacunación, principalmente en el llenado del formulario de aceptación informado individual. Es recomendable que, en la sala de espera para la vacunación, el personal de salud se encuentre socializando información de la vacuna a ser administrada y de igual manera solventando dudas de los usuarios, de manera que se refuerce el conocimiento que tienen y se genere más confianza al proceso de vacunación, asegurando su asistencia a la segunda dosis, en casos de que la vacuna no haya sido una sola dosis (Figueroa, 2019).

Este enfoque holístico y profundamente espiritual de la salud puede generar una respuesta inicial de escepticismo frente a las medidas de prevención impuestas desde el Estado. En muchas comunidades

indígenas, especialmente aquellas más alejadas de los centros urbanos, el uso de mascarillas, el distanciamiento social o incluso las vacunas fueron percibidos con desconfianza. La desconfianza histórica hacia las instituciones gubernamentales y los sistemas de salud pública, sumada a una falta de información culturalmente adaptada, generó una reticencia en la adopción de medidas preventivas, y especialmente en la vacunación.

Además, en varias comunidades indígenas, el COVID-19 fue visto como una enfermedad que había sido traída desde fuera, un fenómeno ajeno a su cosmovisión, lo cual dificultó la percepción de su gravedad. En este contexto, las creencias tradicionales y las prácticas de salud ancestrales se erigieron como respuestas alternativas al enfoque médico occidental. Muchos líderes indígenas, al no recibir información oportuna y comprensible sobre el virus en su lengua materna, optaron por enfoques más relacionados con la medicina ancestral y los rituales comunitarios para enfrentar la crisis sanitaria.

La emergencia sanitaria por el COVID-19 enfrentó a las poblaciones indígenas de la región, al igual que a muchas otras alrededor del mundo, a restricciones para acceder a los sistemas sanitarios, por lo que muchos habitantes, sobre todo de la Amazonía de Ecuador y Perú, sufrieron especialmente la pandemia. De acuerdo con la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), más de 60.000 personas se contagiaron en dicha región. Sin embargo, pese al alto nivel de contagio, la mortalidad no fue tan alta como pudiera esperarse.

Un claro ejemplo se vio en las comunidades indígenas de la Región amazónica, donde hubo un contagio muy generalizado con una mortalidad notablemente baja, información publicada en el artículo «Resiliencia contra la pandemia de COVID-19 en comunidades Kichwas, entre marzo y agosto de 2020».

El secreto de ese éxito pudo estar en el uso extensivo de las plantas medicinales, así como también en la experiencia de los diferentes saberes ancestrales y tradicionales para enfrentar esta pandemia de escala global. dice a Sputnik Belén Páez, directora Ejecutiva de Fundación Pachamama (Pico *et al.*, 2023).

No obstante, en algunas regiones, los líderes indígenas han logrado establecer un diálogo con el sistema de salud oficial para combinar los conocimientos tradicionales con las recomendaciones científicas. Esto permitió que algunas comunidades aceptaran gradualmente medidas preventivas, como el uso de mascarillas y el aislamiento social, mientras que simultáneamente mantienen sus prácticas ancestrales para el tratamiento de enfermedades. El pueblo montubio, una población mestiza rural que habita principalmente en la región costera y los valles interandinos, poseen una identidad que combina elementos de las culturas indígenas y mestizas.

En cambio, al comparar este pueblo con el resto de los pueblos y nacionalidades, los montubios tienen una relación más directa con el Estado y sus instituciones, especialmente en términos de acceso a servicios de salud, lo que ha facilitado, en general, una mayor adherencia a las políticas públicas nacionales. Sin embargo, la percepción del COVID-19 y las actitudes hacia las medidas de prevención no fueron homogéneas. Para muchos montubios, la pandemia fue inicialmente considerada una amenaza lejana, debido a la falta de información y a la distancia con los centros urbanos más afectados, sin embargo, a medida que la situación se agravó, la respuesta a las medidas preventivas fue variando.

Si bien algunos pobladores adoptaron rápidamente medidas de control, como el uso de mascarillas y

el distanciamiento social, otros mostraron resistencia a estas prácticas debido a la falta de confianza en la información oficial, la desinformación que circulaba en las redes y las condiciones sociales y económicas que dificultó la implementación de medidas preventivas.

La dependencia de la economía informal y la dificultad para acceder a servicios médicos de calidad en zonas rurales también influenciaron la adopción de las medidas de prevención. En áreas donde las personas dependen del trabajo agrícola y de la venta de productos en mercados locales, el cumplimiento del distanciamiento social resultó ser un desafío. Para muchos, las restricciones impuestas por el gobierno representaban una amenaza no solo para su salud, sino también para su supervivencia económica.

Las creencias hacia el COVID-19 en los montubios también estuvieron marcadas por el temor a lo desconocido y por la fuerte presencia de religiosidad popular. La pandemia fue vista como una prueba, un castigo divino o incluso una cuestión de suerte. En este sentido, la creencia en la intervención divina para proteger a las personas, combinada con el temor y la incertidumbre, generó respuestas tanto de aceptación como de resistencia ante las medidas de prevención, dependiendo de la cercanía de la comunidad con las instituciones religiosas o con los líderes locales.

La comunicación y la desinformación en la adopción de medidas preventivas

Imagen 10. Comunidades rurales



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

Un aspecto crucial que ha influido en las actitudes hacia el COVID-19 en ambas comunidades es la forma en que la información sobre el virus y las medidas preventivas ha sido comunicada. En el caso de los pueblos indígenas, la falta de información adecuada en sus lenguas nativas y la escasa presencia de líderes indígenas en la formulación de políticas de salud pública contribuyó a una comunicación deficiente. La ausencia de fuentes confiables que hablaran en sus propios términos y el historial de desconfianza hacia las instituciones públicas dificultaron la adopción de las medidas de prevención.

Por otro lado, en las comunidades montubias, aunque la información en español estuvo más accesible, la proliferación de rumores y desinformación a través de las redes sociales afectó la percepción de la pandemia. La presencia de mitos y teorías conspirativas, como la creencia de que el COVID-19 era un invento o que las vacunas eran peligrosas, contribuyó a que una parte significativa de la población montubia dudara de las recomendaciones oficiales.

La clave para superar estas barreras radica en la implementación de estrategias de comunicación culturalmente adaptadas. Involucrar a los líderes locales, tanto indígenas como montubios, en las campañas de prevención y asegurar que los mensajes sean claros, respetuosos de las creencias locales y traducidos a las lenguas originarias puede aumentar significativamente la efectividad de las políticas sanitarias.

Rol de los medios de comunicación en la formación de opiniones y la adopción de conductas para auto cuidarse

El rol de los medios de comunicación durante la pandemia de COVID-19 fue crucial a la hora de formar opiniones y adoptar comportamientos. Actuaron como los principales divulgadores de información científica, medidas preventivas y actualizaciones sobre el desarrollo de la pandemia. Sin embargo, también se difundió información errónea y noticias falsas, generando confusión y ansiedad entre la población. La forma en que los medios enmarcaron la información influyó directamente en la percepción de riesgo y en la adopción de medidas como el distanciamiento social, el uso de mascarillas y la vacunación.

Tabla 1. Cuadro comparativo sobre el papel de las comunidades locales y las redes sociales durante la pandemia

	Comunidades locales	**Redes sociales**
Apoyo directo	Organización de redes de ayuda (alimentos, medicinas, mascarillas, transporte).	Difusión de campañas de recaudación, donaciones y voluntariado.
Información	Comunicación cara a cara en barrios y asociaciones para educar sobre medidas de prevención.	Canal masivo para difundir información oficial y consejos de salud; riesgo de *infodemia*.
Conexión social y emocional	Acompañamiento a personas vulnerables, visitas comunitarias, redes de vecinos solidarios.	Mantenimiento de vínculos familiares, escolares y laborales mediante videollamadas y grupos virtuales.
Movilización social	Acciones comunitarias locales (brigadas de limpieza, campañas de vacunación barriales).	Visibilización de problemas globales (escasez de oxígeno, inequidad en vacunas), organización de movimientos ciudadanos.
Limitaciones	Alcance reducido y dependiente de recursos locales.	Riesgo de desinformación, noticias falsas y saturación de información.

Nota: Elaboración propia de los autores

Por lo tanto, la responsabilidad de los medios de comunicación al transmitir información veraz y verificada era crucial para una respuesta eficaz a la crisis sanitaria.

La Covid-19 no sólo desencadenó una pandemia que puso en peligro los sistemas sociales, económicos y sanitarios a nivel global, sino también una infodemia donde proliferan las informaciones falsas, los bulos y las noticias sesgadas (Gregorio & López, 2022), que sin duda generó inicialmente un ambiente de incertidumbre y miedo, caracterizado por el desconocimiento sobre la enfermedad, ya que a medida que avanzó la pandemia se observó adaptación con adherencia variable a las medidas de bioseguridad.

Lamentablemente, la influencia de los medios de comunicación no siempre ayudó a mantener la paz; mientras informaban sobre la situación, hubo momentos de emoción y la difusión de información no verificada que causó preocupación y pánico. Una comunicación clara y oportuna basada en pruebas científicas era esencial, pero no siempre podía lograrse, lo que dificultó una respuesta coherente y tranquila ante la crisis. Uno de los retos más visibles en el Ecuador, fue el estado de emergencia a finales de febrero de 2020, cuando autoridades sanitarias informaron al país sobre el primer caso confirmado, lo que transformó la sociedad a nivel social, político, económico, educativo y en lo que respecta a la salud pública.

El tratamiento informativo del COVID-19 abarcó todos los géneros y perspectivas, incluidos el humor y la sátira con diversos fines, el educacional incluido. Las caricaturas y el humor son una herramienta para una educación informal eficaz. Las sátiras nos permiten aproximarnos a temas de interés general desde una mirada ácida. Cómo gestionan temáticamente este espacio los diarios nos permite vislumbrar la función social que cumple este género y su grado de crítica hacia la gestión de la pandemia.

La confianza en los medios de comunicación en Ecuador ha cambiado significativamente durante la pandemia de COVID-19. Al principio, muchos ecuatorianos recurrieron a los medios tradicionales para obtener información sobre medidas de salud pública y políticas gubernamentales. Sin embargo, la rápida difusión de noticias falsas, la falta de verificación y los informes contradictorios entre diferentes fuentes han creado desconfianza. Pese a ello, los medios de comunicación, que se centraron en brindar información veraz y basada en evidencia científica, lograron mantener una gran credibilidad. Ante la incertidumbre, la rendición de cuentas periodística se ha convertido en un factor clave para generar confianza pública y guiar la respuesta al virus.

Impacto de las políticas públicas

Durante este escenario pandémico, Ecuador implementó diversas políticas públicas para mitigar sus efectos. Entre ellas, destacan la declaración de emergencia sanitaria, el confinamiento obligatorio y el establecimiento de toque de queda. Además, se realizaron esfuerzos por fortalecer el sistema de salud y distribuir vacunas. Sin embargo, la falta de infraestructura hospitalaria adecuada y la escasa coordinación entre niveles de gobierno dificultaron su efectividad. Las desigualdades sociales y la informalidad laboral también afectaron la implementación de medidas como el distanciamiento social. Si bien se lograron avances en vacunación, la respuesta fue desigual y con limitaciones en su cobertura.

Inicialmente, hubo aciertos como la restricción de movilidad y el cierre de fronteras. Sin embargo, la gestión se vio afectada por la falta de planificación a largo plazo, la corrupción en la adquisición de insumos médicos y la debilidad del sistema de salud pública. Esto resultó en una alta tasa de mortalidad y un impacto económico severo. La vacunación masiva fue un avance, pero llegó tarde. En resumen, la efectividad fue mixta, con respuestas iniciales adecuadas, pero con falencias estructurales que limitaron

su impacto a largo plazo.

La magnitud de este virus obligó a casi todos los países del mundo a diseñar e implementar políticas de control en plazos muy cortos. Este fue un evento de especial singularidad, por cuanto la gran mayoría de las políticas para enfrentar problemas comunes en el mundo, a pesar de enfrentar críticos desafíos, se diseñan y ejecutan en períodos mucho más largos. De allí que, la gran heterogeneidad de contextos sociales, políticos y culturales influyeron en que las políticas de control de la pandemia fueran diversos, pero paradójicamente, también parecidos.

Por tanto, la economía mundial se vio notablemente afectada a causa de la crisis sanitaria generada por la pandemia del COVID-19, en el contexto económico los países periféricos ya presentaban un débil desempeño fiscal y en el ámbito político varios Estados ya enfrentaban problemas de legitimidad y la insatisfacción ciudadana sobre su gestión a nivel regional, nacional y local.

Las comunidades y las redes sociales en respuesta a la pandemia por Covid-19

Durante las crisis de salud pública como la pandemia provocada por la COVID-19, los gobiernos y las autoridades sanitarias necesitaron métodos rápidos y precisos para comunicarse con los ciudadanos. Si bien las redes sociales pudieron servir como una herramienta útil para una comunicación eficaz durante los brotes de enfermedades, pocos estudios han abordado cómo los Ministerios de Salud utilizar estas plataformas.

Sin embargo, un estudio realizado por la Unión Europea sobre explorar el uso de Facebook ante la respuesta del público en términos de interacción y seguimiento durante las diferentes etapas de la pandemia a lo largo del año 2020, demostró que de los 10 países más poblados de Europa 7 de ellos obtuvieron resultados alentadores del 89%, contribuyendo a la cultura informativa de los medios oficiales y de cómo poder actuar en caso de complicaciones, resultó ser efectivo ante la contención del virus (Sánchez *et al.*, 2022).

Durante este periodo, tanto las comunidades como las redes sociales desempeñaron un papel fundamental en la difusión de información, la respuesta comunitaria y el apoyo emocional mutuo, donde la rápida propagación del virus requirió formas efectivas de comunicación y coordinación de las redes sociales, logrando de estas herramientas un puente valioso y fundamental para las comunidades, principalmente las de difícil acceso, por lo que en el ámbito local las redes sociales actuaron con solidaridad tangible, mientras que en lo global con comunicación y movilización masiva.

Difusión de información y desinformación: Las redes sociales permitieron la rápida difusión de ciertas noticias y actualizaciones sobre la pandemia, donde las organizaciones de salud y los gobiernos utilizaron estas plataformas para comunicar medidas de prevención y actualizaciones diarias. Sin embargo, la desinformación también se difundió rápidamente, donde las plataformas digitales colaboran con organizaciones sanitarias para proporcionar información verificada y eliminar noticias falsas estableciendo un sistema de verificación y eliminación de contenidos engañosos. Por otra parte, los filtros y etiquetas de advertencia sobre la veracidad de la información se convirtieron en una constante principalmente en la etapa del confinamiento.

También, cabe destacar que durante el aislamiento preventivo y obligatorio que tocó vivir, las redes sociales facilitaron el apoyo emocional y psicológico entre las personas, donde los grupos de apoyo en línea, los seminarios web y los recursos digitales contribuyeron significativamente a la resiliencia de la comunidad, reduciendo los efectos del estrés, la ansiedad y la soledad. Por consiguiente, las comunidades digitales organizaron colecciones de alimentos, medicinas y otros recursos vitales para las personas vulnerables creando redes de voluntariado y apoyo mutuo, en beneficio especialmente aquellos afectados directamente por la COVID-19.

Uno de los mayores desafíos que se enfrentó durante la etapa de pandemia fue el nivel de desinformación que se difundía masivamente sobre los remedios y teorías conspirativas, las cuales generaron confusión y desconfianza en algunos profesionales de la salud y a su vez ciertas autoridades se plantearon preocupaciones respecto a la privacidad y seguridad de los datos personales compartidos en redes sociales. En cambio, las empresas tecnológicas tuvieron que implementar nuevas políticas para garantizar la protección de la información.

CAPÍTULO

III

Conductas de autocuidado en el contexto del Covid-19

LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EMERGIERON COMO UN PILAR FUNDAMENTAL PARA LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Imagen 11. Conductas para autocuidarse



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

C3: En el contexto global de la pandemia por COVID-19, las conductas de autocuidado emergieron como un pilar fundamental para la preservación de la salud física y mental, tanto a nivel individual como colectivo. Más allá de las medidas de bioseguridad recomendadas, como el uso de mascarillas y el distanciamiento social, el autocuidado durante este periodo abarcó la adopción de hábitos saludables en la alimentación, l*a priori*zación del descanso, la gestión del estrés y la búsqueda de estrategias para mantener la conexión social de manera segura. Estas prácticas se volvieron cruciales para fortalecer la resiliencia individual frente a la incertidumbre, el aislamiento y las diversas tensiones generadas por la crisis sanitaria, demostrando ser un componente esencial en la mitigación de los efectos adversos de la pandemia en la salud integral de la población.

Factores que influyen en las conductas de autocuidado

En el intrincado entramado de las conductas de autocuidado, convergen una multiplicidad de factores que moldean las decisiones y acciones individuales en pro de la salud y el bienestar. Entre estos, los factores psicológicos juegan un papel crucial. La autoeficacia, o la creencia en la propia capacidad para llevar a cabo conductas saludables, emerge como un potente predictor del autocuidado. Individuos con alta autoeficacia son más propensos a adoptar y mantener hábitos beneficiosos. Asimismo, la motivación intrínseca, el locus de control (interno vs. externo) y la percepción del riesgo influyen significativamente en l*a priori*zación del autocuidado. Estados emocionales como el estrés, la ansiedad o la depresión pueden actuar como barreras, disminuyendo la energía y la disposición para participar en actividades de autocuidado.

Además de la dimensión psicológica, los factores sociales y culturales ejercen una influencia considerable. Las normas sociales, las creencias culturales sobre la salud y la enfermedad, el apoyo social disponible y las relaciones interpersonales modulan las prácticas de autocuidado. El acceso a redes de apoyo sólidas puede fomentar la adopción de conductas saludables, mientras que el aislamiento social o la falta de recursos comunitarios pueden limitarlas. Las desigualdades socioeconómicas, el nivel educativo y la ocupación también se entrelazan con las conductas de autocuidado, afectando el acceso a la información, los recursos y las oportunidades para participar en actividades promotoras de la salud (Naranjo & Rodríguez, 2017).

Por tanto, entendemos que los factores sociales; culturales y económicos, incluyen:

Factores Sociales

- ***Condiciones de vida:*** El acceso a una vivienda adecuada, agua potable, saneamiento básico y un entorno seguro son determinantes clave para la salud.
- ***Educación:*** Un mayor nivel educativo se asocia con mejores conocimientos sobre salud, mayores ingresos y un estilo de vida más saludable.
- ***Empleo:*** Las condiciones laborales, la seguridad laboral y el nivel de ingresos influyen en la salud física y mental de las personas.
- ***Redes sociales:*** El apoyo social y las relaciones interpersonales positivas son factores protectores para la salud.

Factores Culturales

- ***Creencias y valores:*** Las creencias culturales sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo influyen en las prácticas de salud y la búsqueda de atención médica.
- ***Prácticas culturales:*** Las tradiciones y costumbres culturales pueden influir en la dieta, los hábitos de ejercicio y el uso de servicios de salud.
- ***Roles de género:*** Los roles de género asignados culturalmente pueden influir en el acceso a la salud y en las decisiones sobre el cuidado de la salud.

Factores Económicos

- ***Ingreso:*** El nivel de ingresos determina el acceso a alimentos saludables, vivienda adecuada, atención médica y otros recursos necesarios para la salud.
- ***Desigualdad económica:*** La desigualdad económica genera disparidades en salud, con los grupos de bajos ingresos experimentando peores resultados de salud.
- ***Políticas públicas:*** Las políticas económicas y sociales pueden tener un impacto significativo en la salud de la población, al influir en el acceso a servicios básicos y en la distribución de los recursos.

¿Cómo influyen estos factores en las conductas individuales?

Estos factores influyen directamente en el acceso a la atención médica, principalmente en la decisión de buscar el tipo de atención que se recibe y la adherencia a los tratamientos. Así como también, en la adopción de estilos de vida saludables o no saludables, como la alimentación, el ejercicio físico y el consumo de tabaco y alcohol y mediante la percepción del riesgo, donde la presencia de enfermedades hace que el individuo tome medidas preventivas de manera que no lleguen a convertirse en patologías crónicas.

Finalmente, los factores ambientales configuran el contexto en el que se desarrollan las conductas de autocuidado. El acceso a entornos seguros y saludables, la disponibilidad de espacios verdes para la actividad física, la calidad del aire y el agua, y la presencia de recursos comunitarios como centros de salud y gimnasios influyen directamente en la capacidad de los individuos para llevar a cabo prácticas de autocuidado. Un entorno que facilita la actividad física y ofrece opciones alimentarias saludables, por ejemplo, puede promover conductas de autocuidado activas. Por otro lado, la exposición a la contaminación, la inseguridad o la falta de acceso a servicios básicos pueden representar barreras significativas para el autocuidado efectivo.

Adherencia a las medidas de prevención

En el complicado tapiz de la salud pública, la adherencia a las medidas de prevención no es un acto aislado, sino un comportamiento profundamente influenciado por el entorno cultural y social del individuo. Las normas culturales, las creencias arraigadas sobre la salud y la enfermedad, y las tradiciones comunitarias moldean la percepción del riesgo y la aceptabilidad de las intervenciones preventivas. Por ejemplo, en algunas culturas, ciertas prácticas de higiene pueden ser consideradas rituales importantes, facilitando la adopción de medidas como el lavado de manos. Por otro lado, creencias fatalistas sobre la enfermedad o la desconfianza hacia las autoridades sanitarias pueden obstaculizar la adherencia a

programas de vacunación o al seguimiento de recomendaciones médicas. Comprender estas dinámicas culturales es esencial para diseñar estrategias de prevención que sean culturalmente sensibles y, por lo tanto, más efectivas.

El tejido social que rodea al individuo también juega un papel crucial en su disposición a adoptar medidas preventivas. El apoyo social de la familia, los amigos y la comunidad puede actuar como un poderoso motivador para la adherencia. Cuando las personas perciben que su entorno valora y practica las medidas de prevención, es más probable que ellos también lo hagan. La influencia de líderes comunitarios, figuras religiosas y personas de confianza puede ser determinante para promover la adopción de comportamientos saludables. Por el contrario, el aislamiento social, la estigmatización asociada a ciertas enfermedades o la falta de redes de apoyo pueden erosionar la motivación individual y dificultar el seguimiento de las recomendaciones preventivas.

Las normas sociales, entendidas como las reglas implícitas o explícitas que rigen el comportamiento dentro de un grupo, tienen un impacto significativo en la adherencia. Si una medida preventiva, como el uso de mascarillas en espacios públicos durante una pandemia, se convierte en una norma social aceptada y practicada por la mayoría, la presión social puede influir positivamente en la adherencia individual. El miedo al rechazo o a la desaprobación social puede ser un factor poderoso para alinear el comportamiento individual con las expectativas del grupo. Sin embargo, si la norma social es débil o está dividida, la adherencia individual puede ser más variable y depender de las convicciones personales o de la influencia de subgrupos específicos.

Finalmente, es crucial reconocer que el entorno cultural y social no es estático; evoluciona con el tiempo y se ve afectado por diversos factores, incluyendo la educación, la información difundida por los medios de comunicación y las políticas públicas implementadas. Las campañas de salud pública que tienen en cuenta el contexto cultural y social, utilizando un lenguaje y unos canales de comunicación apropiados, y que buscan construir confianza y participación comunitaria, tienen una mayor probabilidad de éxito en la promoción de la adherencia a las medidas de prevención. Adaptar las estrategias a las particularidades de cada grupo social y cultural es fundamental para lograr un impacto duradero en la salud pública.

Barreras para el autocuidado

Imagen 12. Colapso informativo ante un nuevo virus



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

Diversas barreras, tanto internas como externas al individuo, dificultan la adopción y el mantenimiento de conductas de autocuidado efectivas. Entre las barreras individuales, se encuentran la falta de tiempo percibida o real, l*a priori*zación de otras responsabilidades (laborales, familiares), la baja motivación o falta de conciencia sobre la importancia del autocuidado, y la presencia de condiciones de salud mental como la depresión o la ansiedad, que pueden disminuir la energía y la capacidad para involucrarse en actividades de bienestar. Las creencias negativas sobre uno mismo o la falta de autoeficacia también pueden obstaculizar la implementación de hábitos saludables.

En el ámbito de las barreras sociales y económicas, el acceso limitado a recursos como alimentos saludables, instalaciones para la actividad física o servicios de salud mental representa un obstáculo significativo. Las desigualdades socioeconómicas, la falta de apoyo social, las normas culturales que no priorizan el autocuidado y el estrés asociado a la pobreza o la discriminación pueden erosionar la capacidad de los individuos para invertir en su bienestar. La falta de información accesible y culturalmente apropiada sobre el autocuidado también constituye una barrera importante, impidiendo que las personas comprendan los beneficios y sepan cómo implementar prácticas saludables en su vida diaria.

Finalmente, las barreras relacionadas con el entorno y el sistema de salud también juegan un papel crucial. La falta de entornos seguros y propicios para la actividad física, la exposición a la contaminación, la disponibilidad limitada de opciones de transporte activo y la falta de políticas públicas que promuevan el autocuidado a nivel comunitario son factores que dificultan la adopción de conductas saludables. Asimismo, las barreras dentro del sistema de salud, como los altos costos de la atención, la falta de accesibilidad a servicios preventivos y la orientación predominantemente centrada en la enfermedad en lugar de la promoción de la salud, pueden desincentivar el autocuidado proactivo.

Promoción del autocuidado en diferentes poblaciones y contextos

La promoción del autocuidado en diversas poblaciones y contextos frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y el COVID-19 requiere un enfoque multifacético y adaptado a las necesidades específicas de cada grupo. En el caso de las personas con ECNT, el autocuidado se vuelve aún más crítico durante la pandemia, ya que presentan un mayor riesgo de complicaciones graves por COVID-19.

Las estrategias deben centrarse en el mantenimiento de sus tratamientos habituales, la adopción de medidas de bioseguridad reforzadas, el monitoreo regular de su condición y el manejo del estrés y la ansiedad exacerbados por la situación pandémica. El acceso a información clara y concisa, así como el apoyo remoto a través de tele consultas y herramientas digitales, son fundamentales para empoderar a estos pacientes en la gestión de su salud. Para las poblaciones vulnerables, que a menudo enfrentan mayores barreras socioeconómicas y de acceso a la salud, la promoción del autocuidado debe abordar estas inequidades de maner*a priori*taria. Esto implica estrategias que consideren su contexto cultural, nivel educativo y recursos disponibles. Las intervenciones deben ser culturalmente sensibles, utilizando canales de comunicación accesibles y confiables dentro de sus comunidades. El fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario, la capacitación de líderes locales como promotores de salud y la provisión de recursos básicos para el autocuidado (como kits de higiene y alimentos saludables) son acciones clave para reducir las desigualdades en salud.

En el contexto del COVID-19 para la población general, la promoción del autocuidado se ha centrado en la adopción de medidas preventivas como el uso de mascarillas, el lavado frecuente de manos y el distanciamiento social. Sin embargo, es crucial mantener un enfoque en el bienestar integral, fomentando hábitos de vida saludables que fortalezcan el sistema inmunológico y la resiliencia mental. Campañas de información claras y consistentes, adaptadas a diferentes grupos de edad y niveles de comprensión, son esenciales para mantener la adherencia a estas medidas a largo plazo. Además, se debe promover el acceso a recursos para el manejo del estrés, el apoyo emocional y la lucha contra la desinformación.

En el ámbito laboral y educativo, la promoción del autocuidado debe integrarse en las políticas y prácticas institucionales. Esto puede incluir la implementación de horarios flexibles, la promoción de pausas activas, el acceso a programas de bienestar y salud mental, y la creación de entornos que fomenten la comunicación abierta y el apoyo entre compañeros. Fomentar una cultura organizacional que valore el autocuidado puede contribuir a reducir el estrés laboral y académico, mejorar la productividad y fortalecer la salud integral de los individuos.

Consecuentemente, la promoción del autocuidado en todos los contextos requiere un enfoque colaborativo entre los individuos, las familias, las comunidades, los profesionales de la salud y los responsables de la formulación de políticas. Es fundamental reconocer el papel activo de las personas en el cuidado de su propia salud y proporcionarles las herramientas, la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas. Invertir en la promoción del autocuidado no solo contribuye a la prevención y el manejo de las ECNT y el control de pandemias como la del COVID-19, sino que también fortalece la salud pública y el bienestar general de la sociedad.

CAPÍTULO

IV

Proyecto de investigación: Determinantes socioculturales de la salud y las conductas de autocuidado ante el Covid-19. Cantón Salinas. Ecuador 2022-2024

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) COMPRENDEN EL CONJUNTO DE FACTORES CONTEXTUALES

Imagen 13. Logotipo del proyecto de investigación. Salinas y su diversidad multicolor.



Leonardo AI, 2024, [imagen generada con IA]

C4: Los determinantes sociales de la salud (DSS) comprenden el conjunto de factores contextuales en los que los individuos nacen, se desarrollan, desempeñan sus actividades laborales, residen y transitan hacia la vejez, ejerciendo una influencia directa en las condiciones de su existencia diaria. Si bien los sistemas de salud tienen la misión de abordar las enfermedades que afectan a la población, su labor se ve intrínsecamente ligada a diversas fuerzas interconectadas: económicas, sociales, normativas y políticas. Estas fuerzas interactúan de múltiples maneras con aspectos biológicos, hereditarios, individuales, familiares, sociales, ambientales, nutricionales, económicos, laborales, culturales, educativos, sanitarios y religiosos, configurando así el panorama de la salud de las comunidades.

Por otra parte, Lalonde en el año 1974 estableció la importancia que tienen los determinantes sobre los niveles de salud pública y definió un marco conceptual integral para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria, además planteó como los factores condicionantes de la salud dentro de una población enmarcan las cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominados "campos de la salud", dentro de los que se consideran el ambiente, la biología humana, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud, según fuentes de las (Naciones Unidas & OMS, 2022).

Este enfoque surge como un nuevo paradigma desde el abordaje de las inequidades y desigualdades de salud, al identificar los elementos que condicionan el estado de salud de las personas. En la Región de las Américas, se dispone de datos probatorios sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en una amplia gama de resultados en materia de salud y de actividades encaminadas al logro de la salud universal, como se reflejó en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en las formas en que los países se esforzaron por alcanzarlos, según lo descrito por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Nacional de Salud (OMS, 2022).

De igual forma, se describe que el COVID- 19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero del 2020 como una emergencia sanitaria de preocupación internacional, debido al impacto que ocasionó el virus a escala global, donde existieron estadísticas significativas en el número de casos confirmado por coronavirus (COVID-19) tanto en América Latina y el Caribe a la fecha 31 de octubre de 2021. Sin embargo, se puede destacar que en Ecuador para el primer trimestre del año 2022 las cifras de casos confirmados ascendieron a los 515.859 casos con diagnóstico de dicha enfermedad (Gregorio & López, 2022).

Ahora bien Ecuador, signado por la globalización aún presenta poblaciones que viven en condiciones insalubres, sin acceso al agua potable, viviendas desfavorables, alimentos insuficientes y de escasa adquisición económica, educacional y de salud; donde las tasas de mortalidad infantil y materna son elevadas comparado con la esperanza de vida, lo cual no bordea actualmente los 75.2 años, sin embargo, el 72.3 años lo representa la población masculina y el 78.2 años la femenina, según datos de (SENPLADES, 2023).

Todo esto rebasa el concepto de determinantes sociales de salud expresado por la OMS, donde se conciben los determinantes estructurales, como las causas de las dificultades existentes en las condiciones de vida, principalmente en los actuales momentos, donde se desconoce qué ha pasado en la población peninsular en respuesta al COVID-19 principalmente en las parroquias del cantón Salinas, distribuidas por: Urbanas (General Alberto Enríquez Gallo; Carlos Espinosa Larrea; Santa Rosa y Vicente Rocafuerte) y Rurales (Anconcito y José Luis Tamayo (Muey), según la división política administrativa de la provincia.

No cabe duda que esta situación de los determinantes puede favorecer a la propagación de la pandemia causando el colapso del sistema de salud en la provincia y en las parroquias en mención, donde solo se cuenta con un hospital Básico que brinda sus servicios a esta localidad cercana y 3 subcentros que dan atención directa pero que todavía son insuficientes ante nuevos brotes del virus, por lo que las grandes desigualdades sanitarias afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible, circunstancia que no solo afecta la salud, sino también la educación, las condiciones de trabajo y tiempo libre, el entorno familiar y comunitario que limitan la posibilidad de tener una vida digna y próspera.

En este contexto, se hace necesario y pertinente desarrollar un sistema de acciones, diagnóstico y de capacitación acerca de los determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, en parroquias de Salinas, durante el período 2022-2024 para así conocer qué está incidiendo sobre los determinantes, ya sea por el comportamiento de las personas, familias y comunidades, elementos necesarios para mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades, además del alcance de objetivos, metas y aspiraciones del resto de las organizaciones, sectores e instituciones que inciden en la salud y la calidad de vida.

Formulación del problema

Los elementos que se abordaron en esta investigación permitieron realizar una caracterización integral, destacando lo siguiente:

El cantón Salinas, según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de Santa Elena 2014-2019 lo ubica en la Zona 5 del Litoral Costero del Ecuador al oeste con el cantón La Libertad y el Océano Pacífico. El 75,5 % de su población reside en el Área Rural y se caracteriza por ser una población joven, ya que el 43,7 % de la población son menores de 20 años, según lo evidencia la Pirámide de Población por edades y sexo (INEC, 2019).

El territorio cuenta con importantes recursos naturales y culturales, con posibilidades de potenciar el desarrollo, pero con un significativo porcentaje de población viviendo aún en condiciones de pobreza, donde aún no se desarrolla una cultura de planificación y de ordenamiento territorial para aprovechar de mejor manera su riqueza natural y a su vez que permita orientar/optimizar la inversión pública, a fin de disminuir las grandes brechas de pobreza y desigualdad que persisten, especialmente en el ámbito rural. Estas precariedades agudizan la limitada coordinación intra e interinstitucional y con la comunidad, así como la débil cultura de colaboración interdisciplinaria, que determinan que actualmente exista muy poca articulación entre la planificación y las acciones entre los diversos niveles del gobierno y entre los diversos espacios territoriales de la provincia de Santa Elena (Serra & Viera, 2018).

Sin embargo, lo referido anteriormente, indica la necesidad de avanzar en poder realizar un diagnóstico desde el análisis de la situación de salud sobre los determinantes socio culturales y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, lo que permitió desarrollar un sistema de acciones, diagnóstico y de capacitación acerca de la problemática diagnosticada en las parroquias urbanas y rurales del cantón Salinas, como ente de cambio para estos pobladores y además como aporte universitario y de Carrera para contribuir con un nuevo insumo que permita mejorar las políticas de salud en función a las necesidades detectadas.

Esta problemática se reconoce, a partir de un acercamiento que las docentes investigadoras tuvieron con la población objeto de estudio desde una investigación piloto sobre "Percepciones y Conocimiento sobre el COVID-19" liderada por una ONG como respuesta rápida de ayuda a los países de escasos recursos y los planteamientos encontrados fueron el motor impulsor y la motivación para poder de manera oportuna intervenir sobre la salud de la población vulnerable ya que generalmente, el proceso de salud – enfermedad de una poblacional se expresa de acuerdo al momento histórico, las corrientes de pensamiento y el sistema socioeconómico imperante y en la actualidad existe una tendencia a profundizar en el estudio de todos los elementos que determinan la salud como un producto social, así como también responde a un enfoque predominantemente biologicista.

Es por ello que cualquier política, estrategia o meta en función de lograr o mantener salud, debe dirigirse hacia los determinantes sociales de salud (identificación de problemas a la salud, el medio ambiente, las características higiénicas sanitarias del hogar y los comportamientos individuales que pueden aumentar el riesgo de la comunidad ante nuevas emergencias por la COVID-19 u otros virus existentes, logrando minimizar el impacto en los hogares y la recuperación a largo plazo de la comunidad.

A finales del siglo XX una serie de discusiones sobre el rol de lo biomédico y lo social en los procesos de salud y enfermedad, sirvieron de necesario preámbulo para el desarrollo conceptual y empírico de lo que posteriormente se conocería como los determinantes sociales de la salud y en relación con esta perspectiva, surge la siguiente interrogante ¿cuál puede ser el rol de los sistemas de salud modernos desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud? Dando como respuesta que desde una mirada alternativa se plantea su importancia e influencia a nivel estructural, sin dejar de abordar sus implicancias como determinantes intermediarias en las inequidades de la salud (CEPAL, 2020).

Tal fue así que, pese a que desde hace ya varios siglos el pensamiento teórico y el desarrollo de la práctica ha presentado pruebas claras de la importancia de una consideración más amplía en la construcción del concepto de salud y sus determinantes, dichos argumentos y antecedentes han despintado el impetuoso desarrollo de la medicina como ciencia natural. En este sentido, es posible argumentar que, bajo esta evidencia, los sistemas de salud no pueden seguir funcionando desde los mismos paradigmas sobre los que se ha venido sustentado hasta entonces, dejando de lado al primer nivel de atención con énfasis en la comunidad, situación que no era esperable ante esta emergencia sanitaria por la COVID-19 (Antoñanzas & Gimeno, 2022).

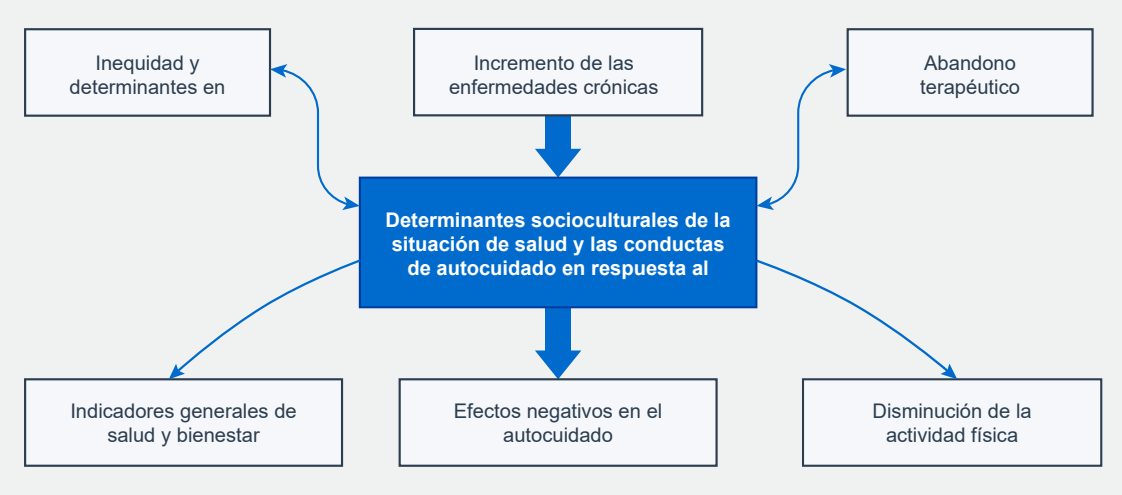
Es por ello que, los determinantes sociales de la salud y las conductas de autocuidado se sitúan en la enfermedad COVID-19, desde lo estructural en la no existencia en todos los países de un sistema de salud único, en la falta de unidades, servicios y recursos asistenciales, en las inequidades y desigualdades para acceder a la atención médica, mientras que en lo intermedio están las condiciones de vida, la pobreza, el hambre, el desempleo, lo que conlleva a un estilo de vida deplorable y esto se pudo evidenciar desde las informaciones sistemáticas sobre la COVID- 19 como países desarrollados, sin un sistema único de salud, con desigualdades e inequidades, las poblaciones tienen una alta tasa de enfermos y fallecidos, así como los países subdesarrollados, que por su condición no han logrado el desarrollo de la atención a la salud.

Válido resaltar que toda Latinoamérica tiene en común, el no cumplimiento de los planteamientos de las Declaraciones de Alma Ata 1978 con el objetivo de Salud para todos en el Año 2000, donde se expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios

y los implicados en el desarrollo de cualquier nación, así como también de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, como pilar fundamental para combatir esta pandemia, por lo que tampoco se cumplieron los acuerdos de Astaná, Kazajistán 2018, objetivos que propone se cumpla con la gratuidad de los servicios, orientación profiláctica, aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, participación de la población y la colaboración, integración y desarrollo planificado en el bien de la población, aspecto que Ecuador cumple medianamente por la desestabilización en ámbitos gerenciales de su Ministerio.

Según la doctora Margaret Chan, en la presentación del informe en Almaty (Kazajstán) refirió: "Un mundo que presente importantes desequilibrios en materia de salud no es estable, ni es seguro", por lo que esto implica que los actores intersectoriales (médico, enfermera comunitaria y el resto de profesionales del grupo básico de trabajo) tomen medidas para alcanzar el desarrollo y habilidades necesarias en los aspectos de formas, niveles y vías de comunicación, sobre la influencia que ejercen en las personas, las familias y las comunidades al logro de educar, informar, convencer y explicar sobre los comportamientos individuales y sociales saludables, proporcionando a las personas, familias y comunidades las ventajas y elementos necesarios para mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades. Por lo que el trabajo de investigación que aquí se está describiendo permitió a partir de las respuestas al COVID-19 afrontarlo desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación en el territorio seleccionado (Santarpia *et al.*, 2020).

Figura 1. Descripción del Árbol de problemas



Nota: Elaboración propia de los autores.

Justificación

A los efectos del presente proyecto se conceptualiza los determinantes socioculturales como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" en cambio las conductas de autocuidado se definen como las decisiones o acciones que el individuo realiza en beneficio de la propia salud y tiene una gran importancia para todas las personas.

Dentro de estas actividades se orientan a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde el manejo de pequeñas dolencias cotidianas, y el control o curación de enfermedades o condiciones crónicas, por lo que se deben cumplir con una alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos entre otras que hoy día dan respuesta al COVID-19.

El Autocuidado y el aprendizaje considera a la familia, la escuela, el entorno social y el personal sanitario los cuales pueden favorecer y capacitar a las personas para un mayor y mejor autocuidado. Los grupos de apoyo, asociaciones, instituciones, sociedades científicas, proporcionan cada vez más información que puede ser utilizada para el autocuidado. Es un proceso voluntario, pero que debe ser alentado desde todos los niveles, incluyendo los gobiernos, el pregrado en la formación profesional y para todas las edades. También en personas de edad avanzada o con varias patologías subyacentes, resulta necesario el cuidado por parte de otra persona, lo que permite promover estrategias de autocuidado adaptadas a las habilidades y posibilidades del adulto mayor, evitando así el estado de dependencia. También, la compañía para estas personas adultas contribuye en estabilidad emocional y de autoestima, lo que promueve una calidad exitosa con implicación de cuidados, donde no descuiden el plan terapéutico prescrito ni alteren sus actividades cotidianas, algo evidente y poco practicado antes de experimentar la magnitud de una pandemia provocada por una enfermedad denominada COVID-19.

Sin embargo, Macias *et al.* (2024). Describen que el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 es declarada su existencia el 31 de diciembre de 2019, donde la OMS informa al mundo sobre la existencia de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en la ciudad de Wuhan, China. También detallan que las personas que desarrollan los síntomas, en su mayoría alrededor del 80% se recupera de la enfermedad sin necesidad de recibir tratamiento hospitalario, pero si alrededor del 15% desarrollan enfermedades graves que requieren del soporte oxígeno, donde el 5% de ellas llegan a un estado crítico y precisan de los cuidados intensivos.

En cambio, las principales complicaciones que pueden llevar a la muerte de quienes sufren la enfermedad, se encuentra la insuficiencia respiratoria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia y el choque septicémico, la tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica, incluidas las lesiones cardíacas, hepáticas y renales, por lo que rara vez, los niños pueden manifestar un síndrome inflamatorio grave unas semanas después de la infección, por lo que protegerse adoptando ciertas precauciones sencillas, tales como: mantener el distanciamiento físico; utilizar mascarilla, especialmente cuando no se pueda mantener el distanciamiento; mantener las habitaciones bien ventiladas; evitar las aglomeraciones y el contacto estrecho con otras personas; lavarse las manos de forma periódica; y toser cubriéndose con el codo flexionado o con un pañuelo evita contraer el virus y de igual forma transmitirlo.

La Organización Mundial de la Salud en conjunto con las direcciones ministeriales de salud de los países Latinoamericanos, han trabajado en el seguimiento a la enfermedad antes mencionada desde que se emitió la alerta mundial. Actualmente se siguen identificando periodos de contagios masivos por las diversas variantes: Alpha, Delta, Gamma, Iota, Lambda, Mu y Ómicron, donde el COE Nacional para la coordinación de acciones frente a la emergencia mantuvo activo las acciones emergentes, tal así que fueron reportados en el mes de enero del 2022, alrededor de 16 340 casos positivos en la primera semana, 47 719 en la semana siguiente, 43 805 en la tercera semana y 6 985 casos en la semana epidemiológica número 4.

Por lo que en el cantón Salinas a mayo/2023 ya existían 799 140 casos confirmados con el 3,8 % desde la semana antes del reporte mencionado y 35 036 muertes reportadas por las fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP), durante el año 2022, lo que denota una importante preocupación sobre el autocuidado en los pobladores poniendo en peligro el aumento en los determinantes de la salud que traerán miles de consecuencias a la vida futura (OMS, 2022). Lo que permite desde el estudio planteado diseñar un programa de capacitación que contribuya a minimizar el impacto de los determinantes socioculturales mediante la articulación del autocuidado en respuesta al COVID-19 de la población parroquial de Salinas, donde desde el:

Diagnóstico del análisis de la situación de salud

El diagnóstico de la situación de salud (DSS) resulta ser un proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para el diagnóstico de salud incluyendo los daños, problemas de salud y sus determinantes, sean estos del sector salud o de otros sectores, con la participación de todos los actores en un espacio geográfico determinado, por lo que cumplir con una alimentación adecuada a las necesidades, cumplir con las medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos entre otras que hoy día dan respuesta al COVID-19 (Martínez, 2017).

También, mediante el diagnóstico de salud se puede tener un juicio de valor en torno a la situación del proceso salud enfermedad de las comunidades que se persigue intervenir, lo que permite vislumbrar las necesidades de respuesta social organizada y el control de los daños, por lo que es de suma importancia que la universidad, docentes y estudiantes en formación adquieran las competencias necesarias para identificar el diagnóstico de salud como una herramienta necesaria para la planeación de intervenciones destinadas a mejorar la situación de salud de una comunidad y prevenir el daño que pudo ocasionar el COVID-19 (Santarpia *et al.*, 2020).

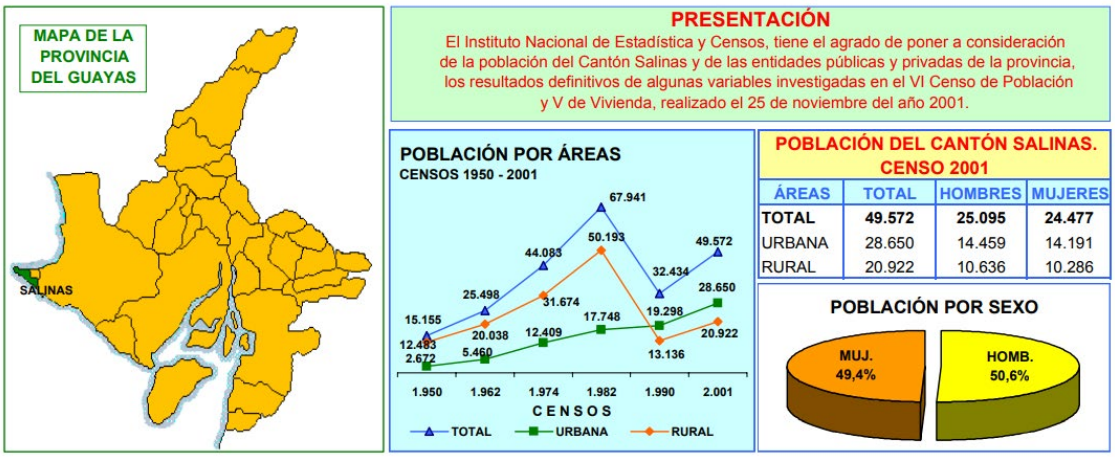
Programa de capacitación acerca de los determinantes socioculturales de la situación de salud

El Programa de capacitación sobre los determinantes sociales de la salud, permitirá identificar las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir el COVID-19, a su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas que han sido diseñadas durante la pandemia por COVID-19, donde los determinantes estarán relacionados con aspectos tan variados tales como: biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos de las parroquias del cantón Salinas, durante el período 2022-2024.

De acuerdo con la proyección para el 2023 conociendo la tasa de crecimiento poblacional de este sector y de sus barrios, se considera que esta aumentará en un 21,18 % como mínimo, datos obtenidos del municipio del cantón Salinas. También es importante considerar los datos alarmantes de las condiciones de desigualdad estructural que impactan con mayor fuerza en los sectores rurales con el que se cuenta,

con un 34% de su población con servicios básicos satisfechos, mientras que el resto aún carece de esta determinante estructural.

Figura 2. Mapa territorial aportado por el GAD Municipal del Cantón Salinas.



Fuente: (INEC, 2010) **Nota:** GAD Municipal del Cantón Salinas.

La población objetivo del proyecto estuvo dirigida principalmente al sector social comunitario, en la que participan 3 docentes de la Carrera de Enfermería y con experiencia en la educación superior, estudiantes y otros actores sociales comunitarios. Los beneficiarios fueron los pobladores y sus familias de las 3 parroquias pertenecientes al cantón Salinas, así como los estudiantes que formarán parte del estudio y las instituciones u organizaciones a las que pertenecen tanto docentes, estudiantes y actores externos que participaron de la experiencia investigativa.

Los objetivos de la investigación permitieron:

Objetivo general: Desarrollar un sistema de acciones, diagnóstico y de capacitación acerca de los determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, en parroquias del Cantón Salinas, período 2022-2024.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra de estudio, según datos sociodemográficos predominantes.

2. Explorar el diagnóstico de la situación de salud de los pobladores de las parroquias de Salinas en respuesta al COVID-19.

3. Identificar los determinantes socioculturales de la situación de salud, las conductas de autocuidado y los factores de riesgos modificables en respuesta al COVID-19, según la situación de salud diagnosticada.

4. Diseñar un programa de capacitación que contribuya a reducir el nivel de impacto que ocasiona los determinantes socioculturales mediante la articulación del autocuidado y factores de riesgos modificables en respuesta al COVID-19 de las parroquias del Cantón Salinas.

5. Aplicar programa de capacitación, acerca de los determinantes socioculturales de la salud, conductas de autocuidado y factores de riesgos modificables como agente de cambio en la salud de los pobladores parroquiales.

6. Crear un libro y dos artículos científicos a partir de los resultados de indagación científica realizada.

Diseño metodológico

La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional porque a través del estudio descriptivo se estableció la base de datos estadísticos sobre los determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado como objetivo principal de la salud y bienestar como consecuencia de la pandemia por el COVID-19 en pobladores que conviven en las parroquias urbanas y rurales del cantón Salinas, en el que se estableció desde la primera fase del proyecto. De acuerdo, a los resultados se determinó las acciones que beneficiaron a los moradores y sus familias en aras de minimizar el impacto que las enfermedades crónicas no transmisibles pueden ocasionar en la salud a nivel general y posteriormente se evaluaron los resultados finales, tornando la investigación – acción participativa. Los pasos del proceso fueron descritos en el Marco Lógico.

La población de estudio estuvo conformada por personas adultas mayores residentes en las parroquias urbanas y rurales del cantón Salinas, quienes convivieron durante el periodo posterior a la pandemia por COVID-19 y la muestra quedó representada por (n=118) personas. La selección de la muestra se realizó considerando los objetivos del estudio y el enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional de la investigación.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo consecutivo, donde se incluyó a todos los sujetos accesibles durante el periodo de tiempo destinado a la investigación hasta alcanzar el tamaño de muestra deseado seleccionando a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos: personas mayores de 18 años, residentes permanentes en los 6 barrios seleccionados de las parroquias urbanas y rurales del cantón Salinas (General Alberto Enríquez Gallo; Carlos Espinosa Larrea; Santa Rosa y Vicente Rocafuerte), Rurales (Anconcito y José Luis Tamayo (Muey), personas con capacidad para responder los instrumentos y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante el consentimiento informado. Se excluyeron personas con dificultades cognitivas severas o condiciones que impidieran la comprensión de los cuestionarios. El cálculo muestral estuvo a cargo de la calculadora QuestionPro, la cual permitió cuantificar de forma rápida y efectiva el tamaño de la muestra considerando un índice de confianza del (IC95%) y un margen de error del 5%, por lo que esta estrategia permitió obtener información representativa sobre los determinantes socioculturales, la calidad de vida, las conductas y la capacidad de agencia de autocuidado, facilitando el análisis de la relación entre dichas variables en la población adulta mayor.

Pilotaje de los instrumentos de recolección de datos

Previo a la aplicación definitiva de los instrumentos, se realizó un proceso de pilotaje con el fin de evaluar la claridad, comprensión, pertinencia cultural y tiempo de aplicación de los cuestionarios empleados. El pilotaje se efectuó en un grupo reducido de personas adultas mayores del cantón Salinas, con características similares a la población de estudio, quienes no formaron parte de la muestra final.

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario adaptado WHOQOL-BREF (Torres *et al.*, 2008), para medir la calidad de vida; la Escala de Conductas de Autocuidado (ECA) (Guerra *et al.*, 2008); y la Escala ASA (Evers *et al.*, 1983), para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado, así como también el cuestionario Fantástico (Barrigas, 2020) y el cuestionario de factores de riesgos modificables (Yagus, 2020). Durante el pilotaje se identificaron posibles dificultades en la redacción de algunos ítems, así como la necesidad de aclaraciones semánticas para facilitar la comprensión, especialmente en participantes con bajo nivel educativo.

Los resultados del pilotaje permitieron realizar ajustes mínimos en la redacción y en las instrucciones de aplicación, garantizando la validez aparente y la adecuación cultural de los instrumentos. Asimismo, se confirmó la viabilidad del tiempo de aplicación y la aceptación de los cuestionarios por parte de la población, asegurando condiciones óptimas para la recolección de datos en la fase definitiva del estudio, obteniendo como resultado para cada instrumento una consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach de (0,79), (0,86) y (0,80) respectivamente (Rodrigo *et al.*, 2021).

Todos los análisis estadísticos se realizaron en SPSS versión 27.0 (IBM Corporation, Armonk, Nueva York). La normalidad de los datos se verificó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Se calcularon las medias y desviaciones estándar de las variables cuantitativas y los porcentajes de las variables categóricas. La prueba de chi cuadrada sirvió para comparar las variables categóricas. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Los tamaños del efecto se caracterizaron como pequeño, moderado o grande y se establecieron mediante RM de 1.68, 3.47 y 6 71, respectivamente.

También, se realizó una revisión sistemática de estudios científicos referente a la temática investigada, por la relevancia que posee en este grupo poblacional que representan los adultos mayores. La estrategia de búsqueda que se llevó a cabo fue mediante las bases de datos de SciELO, PubMed y Scopus, así como también artículos publicados en relación con la temática de estudio; las revisiones sistemáticas de la literatura científica incluyeron artículos tanto en inglés como en español de estudios originales. Además, se pudo analizar algunas referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluibles para la revisión. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, y la herramienta que se utilizó fue la encuesta aplicada para medir el nivel de correlación entre las variables del estudio en la población objeto.

Para el cálculo del presupuesto se basó en la experiencia adquirida en estos años por los profesionales del equipo investigador. Las actividades y su financiación fueron presupuestadas según una valoración general de los costos de mercado. Se estableció un método costo – beneficio que permitió determinar los costos necesarios para cumplir el objetivo de investigación, en base a requerimientos y necesidades, por lo que se consideraron varios aspectos para la determinación de la inversión total, los cuales han sido considerados en el tiempo de ejecución.

Ejecución: Actores que intervinieron en la ejecución del proyecto

La estrategia de ejecución esta reglamentada a través de los diferentes instructivos establecidos por la dirección administrativa de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. La estructura de la gestión del proyecto se resume de la siguiente manera:

Figura 3. Estructura de gestión del proyecto de investigación.



Nota: Extraído del Proyecto SENPLADES.

Resultados y metas trazadas

El monitoreo de las actividades en relación con los resultados esperados, las actividades previstas y el presupuesto asignado se efectuaron a través de los mecanismos de planificación, seguimiento y evaluación continua, según cronograma. Además, se pudo comparar la ejecución de los indicadores de cada una de las actividades tal y como se mostraron en la matriz de marco lógico.

Las verificaciones a la gestión y demás procesos del proyecto fueron continuas, para poder comprobar el avance de las actividades en relación con los indicadores propuestos en la matriz de marco lógico. Por ello, el monitoreo permitió comparar el desempeño real del cronograma de implementación del proyecto de manera continua, así como, ser cautelosos a la hora de dar respuestas correctivas e implementar los cambios necesarios para encauzar el fin del proyecto.

Por tanto, la ejecución del proyecto fue dinámico, siempre y cuando se trabajó en pro del cumplimiento de los objetivos y en coordinación con el equipo de trabajo, todos comprometidos a cumplir con sus actividades específicas, en aras de poder tomar decisiones asertivas conforme a las observaciones técnicas.

En relación con la caracterización sociodemográfica de la población objeto del estudio (n=118), en la Tabla 2 se puede apreciar que el 60,16% tenían edades entre 65 y 75 años, representado por el 64,40% mujeres y el 35,60% hombres, con una representatividad en el estado civil en divorciados (43,22%), (30,50%) casados y (19,49%) solteros.

También existió un predominio en el nivel de instrucción educativa con apenas la enseñanza secundaria culminada con el 34,74% y otro porcentaje importante con solo la primaria cursada 29,01%; el 69,49% de ellos tuvieron como enfermedad asociada la hipertensión arterial con un nivel de dependencia de su autocuidado del 73,72%, en (87 participantes) por el solo hecho de vivir solos y dependían de sí mismos.

Siguiendo con el análisis de los resultados, en la Tabla 3 se observa la evaluación del autocuidado en los adultos mayores estudiados (n=118), donde solo el 3,7% tuvieron altas conductas de autocuidado, mientras que el 12,2% fueron aceptable; 62,2% presentaron bajas conductas en el autocuidado y el 22,2% muy bajas respectivamente.

Tabla 2. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los adultos y adultos mayores con HTA

Variables	Escalas	Frecuencia	% (n=118)
Edad (años)	65 a 75	71	60,16*
	76 a 85	47	39,84
Sexo	Mujer	76	64,40*
	Hombre	42	35,60
Estado civil	Soltero	23	19,49
	Casado	36	30,50
	Divorciado	51	43,22*
	Unión Libre	3	2,54
	Viudo	5	4,25
Nivel de instrucción educativa	Analfabeto	11	9,32
	Primaria	34	29,01
	Secundaria	41	34,74*
	Bachiller	28	23,55
	Universitario	4	3,38
Enfermedades asociadas	Hipertensión Arterial (HTA)	82	69,49*
	Diabetes Mellitus tipo 2 (DM)	21	17,79
	HTA y DM	13	11,01
	Otras (*)	2	1,71
Dependencia de autocuidado	Solo	87	73,72*
	Esposo/a	10	8,47
	Hijos/as	18	15,27
	Familiares	3	2,54

Fuente: Software estadístico SPSS versión 27.0 **Nota:** (*) Resalta la significancia en el comportamiento de las variables.

Sin embargo, al referirnos a la enfermedad asociada que estos AM presentaron según las conductas de autocuidado, se encontró que el 62,2% (51 participantes) tuvieron diagnóstico de HTA cuyas conductas de autocuidado fueron bajas; el 22,0% también padecen de HTA con conductas de autocuidado muy bajas y solo el 12,2% de ellos reportados con la misma enfermedad tuvieron conductas de autocuidados aceptables. Por otro lado, se encontró que (10 adultos mayores) con el 47,6% presentaron DM, por lo que al someter estos hallazgos al procesamiento estadístico demostró una significancia estadística alta con un (p=0,004) con una fuerza de asociación media entre ambas variables y un (Coeficiente de contingencia =0,412).

Tabla 3. Distribución de la enfermedad asociada según las conductas de autocuidado

Enfermedad asociada	Autocuidado					
	Tipo	Muy bajas conductas	Bajas conductas	Aceptables conductas	Altas conductas	Total
Hipertensión arterial (HTA)	n°	18	51	10	3	82
	%	22,0	62,2	12,2	3,7	100,0
Diabetes Mellitus (DM)	n°	8	10	1	2	21
	%	38,1	47,6	4,8	9,5	100,0
HTA asociado a la DM	n°	0	5	7	1	13
	%	0,00	38,5	53,8	7,7	100,0
Otros	n°	0	1	1	0	2
	%	0,00	50,0	50,0	0,00	100,0
Total	n°	26	67	19	6	118
	%	22,0	56,8	16,1	5,1	100,00
Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson p=0,004				Coeficiente de contingencia = 0,412		

Fuente: Software estadístico SPSS versión 27.0

Por otra parte, se puede evidenciar en la Tabla 4, la relación que existió entre la dependencia de autocuidado y las conductas de autocuidado de los adultos mayores, donde preexistió la dependencia principalmente en los que viven "solos" con el 58,6% que a su vez registraron bajas conductas de autocuidado, lo que puede deberse al escaso rol familiar en esta población.

A demás el análisis estadístico, mediante el chi (X^2) de Pearson demostró una fuerte asociación estadísticamente significativa con un (p= <. 001) entre ambas variables y un Coeficiente de contingencia= 0,443, lo que permite afirmar que la dependencia de autocuidado en el participante que vive solo se relaciona en mayor medida con las conductas de autocuidado de los AM con Hipertensión Arterial.

Tabla 4. Distribución del nivel de dependencia de Autocuidado, según las conductas de autocuidado en los adultos mayores con HTA

Dependencia de autocuidado	Conductas de Autocuidado					
	Tipo	Muy bajas conductas	Bajas conductas	Aceptables conductas	Altas conductas	Total
Solo	n°	20	51	13	3	87
	%	23.0%	58.6%	14.9%	3.4%	100.0%
Esposo/a	n°	2	6	1	1	10
	%	20.0%	60.0%	10.0%	10.0%	100.0%
Hijos/as	n°	3	10	5	0	18
	%	16.7%	55.6%	27.8%	0.0%	100.0%
Familiares	n°	1	0	0	2	3
	%	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	100.0%
Total	n°	25	62	25	6	118
	%	21.2%	52.5%	21.2%	5.1%	100.0%
Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson p=<.001			Coeficiente de contingencia = 0,443			

Fuente: Software estadístico SPSS versión 27.0

También, al describir el autocuidado y cómo este se relaciona con la calidad de vida de los AM con HTA, en la tabla 5 se observa que el 90,2% de ellos presentaron bajas conductas de autocuidado con una media calidad de vida. Sin embargo, en los casos de muy bajas conductas de autocuidado (88,5%); aceptables conductas (60,0%) y altas conductas para su autocuidado (66,7%) reportó tener una media calidad de vida, lo que puede interpretarse que el nivel educativo que presentó la mayoría de la muestra y el escaso rol familiar pudo influir en estos casos. Dicho hallazgo permite afirmar la relación directa estadísticamente significativa entre las conductas de autocuidado y la calidad de vida de los participantes con HTA, al obtener un (p=0,002) y un Coeficiente de Contingencia=0,386.

Se concluye que, los adultos mayores con hipertensión en este estudio presentaron un perfil sociodemográfico caracterizado por un bajo nivel educativo y una alta proporción de mujeres divorciadas, en su mayoría fueron dependiente por el hecho de vivir solo y no tener la presencia de la familia.

La hipertensión arterial es una condición altamente prevalente en la población estudiada, a menudo acompañada de otras comorbilidades como la diabetes, por lo que la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas complica el manejo de la hipertensión y subraya la necesidad de un enfoque integral en la atención al paciente.

Tabla 5. Distribución de las conductas de autocuidado según el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con HTA

Conductas de autocuidado	Calidad de vida				
	Tipo	Baja calidad	Media calidad	Alta calidad	Total
Muy bajas conductas	n°	0	23	3	26
	%	0,0%	88,5%	11,5%	100,0%
Bajas conductas	n°	6	55	0	61
	%	9,8%	90,2%	0,0%	100,0%
Aceptables conductas	n°	6	15	4	25
	%	24,0%	60,0%	16,0%	100,0%
Altas conductas	n°	2	4	0	6
	%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
Total	n°	14	97	7	118
	%	11,9%	82,2%	5,9%	100,0%
Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson p=0,002			Coeficiente de contingencia = 0,386		

Fuente: Software estadístico SPSS versión 27.0

Los resultados indicaron un nivel general bajo de autocuidado en el manejo de la hipertensión, a pesar de su importancia para el control de la enfermedad, al resaltar que la falta de adherencia al tratamiento y a las recomendaciones médicas pone en riesgo la salud de los adultos mayores con Hipertensión y aumenta el riesgo de complicaciones.

Existió una asociación significativa entre el nivel educativo, la enfermedad asociada, la dependencia en el autocuidado y las conductas de autocuidado, al denotar que estos hallazgos sugieren que factores socioeconómicos y clínicos influyen de manera importante en las prácticas de autocuidado de los adultos mayores de la población estudiada.

Además, en cuanto a las *metas trazadas* se logró la elaboración de la ficha técnica en cada parroquia del cantón Salinas con todos los datos sociodemográficos predominantes. Se pudo explorar el diagnóstico de la situación de salud de cada parroquia del cantón Salinas, lo que permitió ejecutar las fases de elaboración y aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra seleccionada.

Posteriormente, se realizó el diseño del programa de capacitación sobre los DSS, enfermedades crónicas y el autocuidado para una vez diseñado poder aplicar el programa de capacitación mediante actividades, donde asistieron aproximadamente el 90% de las parroquias consideradas en el estudio y en cada una de ella se entregó el informe de resultados, acerca de los determinantes socioculturales y las conductas de autocuidado como agente de cambio en la salud de los pobladores parroquiales.

Finalmente, se logró revertir los resultados investigativos a través de dos artículos científicos publicados y se creó este libro donde se describen aspectos interesantes de la temática de estudio como soporte académico que puede ser utilizado por docentes y estudiantes en vía de formación.

CAPÍTULO

V

Lecciones aprendidas y perspectivas futuras

LA INNEGABLE INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL EN LA ADOPCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS

Imagen 14. Equipo de trabajo del proyecto de investigación.



Nota: *Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.*

C5: Como investigadores inmersos en el estudio de los determinantes socioculturales de la salud y las conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19, se ha extraído valiosas lecciones que enriquecen nuestra comprensión de la intrincada relación entre el individuo, su entorno y las respuestas a las crisis sanitarias. Una de las principales revelaciones radica en la innegable influencia del contexto sociocultural en la adopción y el mantenimiento de medidas preventivas.

Las normas culturales arraigadas, las creencias sobre la salud y la enfermedad, y las tradiciones comunitarias demostraron ser factores poderosos que facilitaron o dificultaron la adherencia a las recomendaciones de salud pública, resaltando la necesidad de estrategias de comunicación y promoción de la salud culturalmente sensibles y adaptadas a las particularidades de cada comunidad.

Otra lección crucial se centró en el papel fundamental del capital social y las redes de apoyo en el fomento del autocuidado y la resiliencia durante la pandemia. Las comunidades con fuertes lazos sociales, donde la información y el apoyo se compartían activamente, mostraron una mayor capacidad para enfrentar el estrés y la incertidumbre generados por la crisis sanitaria.

Esto subraya la importancia de fortalecer el tejido social y promover la colaboración comunitaria como un componente esencial de las estrategias de respuesta a futuras emergencias de salud pública. La confianza en las instituciones y en las fuentes de información también emergió como un determinante crítico de la adherencia a las medidas preventivas, evidenciando la necesidad de una comunicación transparente y basada en la evidencia por parte de las autoridades sanitarias.

La pandemia también puso de manifiesto las profundas desigualdades sociales y económicas que exacerban la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y limitan la capacidad de las poblaciones marginadas para adoptar conductas de autocuidado efectivas. El acceso desigual a la información, a los recursos básicos para la higiene y la protección, y a la atención médica de calidad se tradujo en un impacto desproporcionado del COVID-19 en estos grupos. Esta experiencia nos recuerda la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud de manera integral, implementando políticas públicas que promuevan la equidad y garanticen el acceso universal a los recursos necesarios para la salud y el bienestar.

Perspectivas futuras como investigadores

De cara al futuro, como investigadores, nos sentimos impulsados a profundizar en la comprensión de los mecanismos a través de los cuales los factores socioculturales interactúan con las conductas de autocuidado en diferentes contextos y frente a diversas amenazas para la salud. Esto implica la necesidad de desarrollar metodologías de investigación innovadoras que capturen la complejidad de estas interacciones, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos para obtener una visión más holística de los determinantes de la salud y el comportamiento.

Una línea de investigación prometedora se centra en la exploración del papel de la comunicación digital y las redes sociales en la difusión de información sobre salud y en la influencia sobre las conductas de autocuidado. La pandemia evidenció tanto el potencial de estas herramientas para llegar a amplias audiencias como los riesgos asociados a la propagación de desinformación. Investigar estrategias efectivas para promover la alfabetización en salud digital y para contrarrestar la información errónea se vuelve crucial en un mundo cada vez más conectado.

Asimismo, consideramos fundamental seguir investigando el impacto a largo plazo de la pandemia en la salud mental y el bienestar psicosocial de diferentes poblaciones, prestando especial atención a los grupos más vulnerables. Comprender las secuelas psicológicas de la crisis y desarrollar intervenciones de apoyo adaptadas a las necesidades culturales y sociales será esencial para promover la recuperación y fortalecer la resiliencia a futuras adversidades.

Finalmente, como investigadores, nos comprometemos a traducir nuestros hallazgos en recomendaciones prácticas para la formulación de políticas públicas y el diseño de intervenciones de salud que sean culturalmente informadas, equitativas y efectivas. La investigación en determinantes sociales de la salud y conductas de autocuidado debe trascender la academia y contribuir de manera tangible a la mejora de la salud y el bienestar de todas las comunidades, especialmente aquellas que históricamente han sido marginadas y desatendidas.

Principales hallazgos encontrados durante la investigación

Durante la investigación exhaustiva sobre los determinantes socioculturales de la salud y las conductas de autocuidado en el contexto de la pandemia de COVID-19, emergieron varios hallazgos significativos que arrojan luz sobre la compleja interacción entre el individuo, su entorno y las respuestas a una crisis sanitaria global. Uno de los principales hallazgos reveló la marcada influencia de las normas culturales y las creencias tradicionales en la adopción de medidas preventivas.

En comunidades donde las prácticas de higiene eran culturalmente valoradas y estaban integradas en la vida cotidiana, la adherencia a recomendaciones como el lavado frecuente de manos fue significativamente mayor. Por el contrario, en contextos donde existían creencias arraigadas sobre la inevitabilidad de la enfermedad o desconfianza hacia las autoridades sanitarias, la adopción de medidas preventivas resultó ser más desafiante.

Un segundo hallazgo crucial destacó el papel fundamental del apoyo social y la cohesión comunitaria en el fomento de las conductas de autocuidado y la mitigación del impacto psicológico de la pandemia, donde las comunidades que contaban con redes sociales sólidas y mecanismos de apoyo mutuo demostraron una mayor capacidad para afrontar el estrés, la ansiedad y el aislamiento social impuestos por las restricciones. La información y la ayuda práctica compartida dentro de estas redes actuaron como un amortiguador contra los efectos adversos de la crisis, subrayando la importancia de fortalecer los lazos comunitarios como un recurso esencial en situaciones de emergencia sanitaria.

En tercer lugar, la investigación evidenció las profundas disparidades socioeconómicas que exacerbaron la vulnerabilidad al COVID-19 y limitaron las oportunidades para el autocuidado efectivo. Las poblaciones con bajos ingresos, menor nivel educativo y acceso restringido a servicios de salud e información mostraron tasas de infección y complicaciones más elevadas.

Además, la falta de recursos básicos para la higiene, la dificultad para mantener el distanciamiento social en entornos de vivienda precarios y la necesidad de continuar trabajando en empleos de alto riesgo fueron factores determinantes que obstaculizaron la adopción de conductas preventivas y aumentaron la exposición al virus.

Un cuarto hallazgo significativo se centró en el impacto de la comunicación y la información en la adopción de medidas preventivas, donde la claridad, la consistencia y la accesibilidad de los mensajes de salud pública fueron cruciales para generar confianza y promover la adherencia. Sin embargo, la proliferación de desinformación y teorías conspirativas, especialmente a través de las redes sociales, representó un desafío considerable, erosionando la confianza en las fuentes oficiales y dificultando la adopción de conductas basadas en la evidencia científica. La alfabetización en salud digital y la promoción del pensamiento crítico emergieron como elementos clave para contrarrestar la infodemia.

En quinto lugar, observamos una variación significativa en las conductas de autocuidado según la edad y el género. Los adultos mayores, a menudo con comorbilidades preexistentes, mostraron una mayor conciencia del riesgo y una mayor disposición a adoptar medidas preventivas. En cuanto al género, en muchos contextos, las mujeres asumieron una mayor carga en el cuidado de la salud familiar y en la implementación de prácticas de higiene en el hogar. Estas diferencias resaltan la necesidad de diseñar intervenciones de promoción de la salud que tengan en cuenta las características y roles específicos de cada grupo poblacional.

Por consiguiente, la investigación subrayó la importancia de la adaptación cultural en el diseño e implementación de estrategias de prevención y promoción del autocuidado. Las intervenciones que se alinearon con las creencias, valores y prácticas culturales de las comunidades mostraron una mayor aceptación y efectividad. El involucramiento de líderes comunitarios y la utilización de canales de comunicación culturalmente relevantes fueron factores clave para superar las barreras y fomentar la adopción de comportamientos saludables en respuesta a la pandemia.

Implicaciones para la salud pública: Recomendaciones

Los principales hallazgos encontrados en la investigación tienen profundas implicaciones para la salud pública, especialmente en la preparación y respuesta ante futuras emergencias sanitarias y en el abordaje continuo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La marcada influencia de los determinantes socioculturales en la adopción de medidas preventivas subraya la necesidad de abandonar enfoques universales y adoptar estrategias de salud pública que sean sensibles a las particularidades culturales de cada comunidad. Ignorar estas dinámicas puede resultar en una baja adherencia a las recomendaciones, socavando los esfuerzos para controlar la propagación de enfermedades y promover conductas saludables a largo plazo.

El papel crucial del apoyo social y la cohesión comunitaria resaltó la importancia de fortalecer las redes sociales y fomentar la colaboración a nivel comunitario como un componente fundamental de las intervenciones de salud pública. Las estrategias que buscan construir capital social, facilitar la comunicación y el apoyo mutuo, y empoderar a los líderes comunitarios pueden aumentar significativamente la resiliencia de las poblaciones ante las crisis y promover conductas de autocuidado sostenibles. Invertir en iniciativas que fortalezcan el tejido social no solo beneficia la respuesta a emergencias, sino que también contribuye al bienestar general y a la prevención de enfermedades a largo plazo.

La evidencia de las profundas disparidades socioeconómicas que exacerban la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y limitan el autocuidado efectivo exige una acción urgente para abordar los

determinantes sociales de la salud de manera integral. Las políticas públicas deben priorizar la equidad en el acceso a la información, los recursos básicos, los servicios de salud y las oportunidades económicas. Reducir las desigualdades sociales no solo es un imperativo ético, sino también una estrategia fundamental para mejorar la salud pública y construir comunidades más resilientes y saludables.

Mejoras en la creación de Políticas y Programas de Salud

Para traducir los hallazgos de la investigación en mejoras tangibles para las políticas y programas de salud pública, proponemos las siguientes recomendaciones:

A nivel institucional, adoptar un enfoque de "salud en todas las políticas" que integre consideraciones de equidad y determinantes sociales en todos los sectores gubernamentales. Esto implica una colaboración intersectorial para abordar las causas fundamentales de las desigualdades en salud, incluyendo políticas en educación, vivienda, empleo y justicia social. Las evaluaciones de impacto en salud deben convertirse en una práctica estándar para garantizar que las políticas públicas no exacerben las disparidades existentes y, en cambio, promuevan la equidad en salud.

A nivel comunitario, implementar programas de promoción de la salud en aras de diseñarse e implementarse con una profunda comprensión del contexto cultural y social de las poblaciones objetivo. Esto requiere la participación de las comunidades en el diseño de las intervenciones, la utilización de canales de comunicación culturalmente apropiados y la adaptación de los mensajes a las creencias y valores locales. La capacitación de promotores de salud comunitarios que pertenezcan a las poblaciones objetivo puede ser una estrategia eficaz para construir confianza y facilitar la adopción de conductas saludables.

A nivel social, fortalecer los sistemas de vigilancia y respuesta a emergencias de salud pública con un enfoque en la equidad. Esto implica la recopilación y el análisis de datos desagregados por factores socioeconómicos y culturales para identificar las poblaciones más vulnerables y orientar las intervenciones de manera efectiva. Los planes de respuesta a emergencias deben incluir estrategias específicas para abordar las necesidades de estas poblaciones y garantizar un acceso equitativo a las pruebas, el tratamiento y las vacunas.

Consecuentemente, se requiere una inversión sostenida en la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y las conductas de autocuidado, con un enfoque en la generación de evidencia que informe las políticas y programas de salud pública. Fomentar la colaboración interdisciplinaria y la participación de las comunidades en la investigación puede enriquecer la comprensión de estos complejos problemas y conducir a soluciones más efectivas y equitativas. La traducción de los hallazgos de la investigación en recomendaciones prácticas y su difusión a los responsables de la toma de decisiones es un paso crucial para lograr un impacto real en la salud pública.

Desafíos futuros

Los desafíos futuros en el ámbito de la salud y las enfermedades emergentes se presentan como un panorama complejo y multifacético, influenciado por una serie de factores interconectados que demandarán una atención global coordinada y proactiva. El cambio climático, con sus patrones

meteorológicos extremos y la alteración de los ecosistemas, facilitará la propagación de vectores de enfermedades infecciosas a nuevas áreas geográficas, exponiendo a poblaciones previamente no afectadas a patógenos desconocidos o reemergentes. El aumento de las temperaturas y las modificaciones en los regímenes de lluvias pueden expandir el hábitat de mosquitos, garrapatas y otros transmisores, incrementando el riesgo de brotes de enfermedades como el Dengue, el Zika y la Malaria.

La creciente urbanización y la expansión de los asentamientos humanos en áreas naturales, a menudo con deficientes sistemas de saneamiento y acceso limitado a agua potable, crearán condiciones propicias para la aparición y la rápida diseminación de enfermedades infecciosas. La alta densidad poblacional en las ciudades y la movilidad humana facilitarán la transmisión de patógenos entre individuos y a través de fronteras, lo que requerirá sistemas de vigilancia epidemiológica robustos y una capacidad de respuesta rápida y coordinada a nivel internacional para contener brotes antes de que se conviertan en pandemias.

La resistencia antimicrobiana (RAM) se erige como uno de los desafíos más apremiantes para la salud pública en el futuro. El uso excesivo e inapropiado de antibióticos en la medicina humana y animal ha acelerado la evolución de bacterias resistentes a múltiples fármacos, lo que amenaza con convertir infecciones comunes y tratables en enfermedades potencialmente mortales. La falta de inversión en el desarrollo de nuevos antibióticos y la lenta implementación de estrategias de administración de antimicrobianos a nivel global exacerban este problema, exigiendo un enfoque urgente y colaborativo para preservar la eficacia de los tratamientos existentes y fomentar la innovación terapéutica.

Los cambios demográficos, con el envejecimiento de la población en muchos países, también plantearán desafíos significativos para los sistemas de salud. Las personas mayores son más susceptibles a las enfermedades infecciosas y a las complicaciones derivadas de ellas, lo que aumentará la demanda de servicios de atención médica y de cuidados a largo plazo. Además, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, incrementará la carga sobre los sistemas de salud y la vulnerabilidad de las poblaciones ante nuevas infecciones.

Los avances tecnológicos y la innovación en el campo de la salud ofrecerán herramientas prometedoras para enfrentar estos desafíos futuros. El desarrollo de nuevas vacunas, terapias y métodos de diagnóstico más rápidos y precisos será crucial para prevenir y controlar enfermedades emergentes y reemergentes. La inteligencia artificial y el análisis de grandes datos podrán mejorar la vigilancia epidemiológica, la detección temprana de brotes y la personalización de los tratamientos. Sin embargo, será fundamental garantizar un acceso equitativo a estas innovaciones a nivel global para evitar que se amplíen aún más las brechas en salud.

La comunicación efectiva y la lucha contra la desinformación serán elementos esenciales en la respuesta a futuras amenazas para la salud. La pandemia de COVID-19 demostró el impacto perjudicial de la información errónea en la adopción de medidas preventivas y en la confianza pública en las autoridades sanitarias. Fortalecer la alfabetización en salud, promover la transparencia en la comunicación científica y desarrollar estrategias para contrarrestar la desinformación serán cruciales para garantizar una respuesta eficaz y basada en la evidencia ante futuras emergencias.

Por consiguiente, la inversión sostenida en la investigación científica y en el fortalecimiento de los

sistemas de salud pública a nivel global será fundamental para prepararse y responder adecuadamente a los desafíos futuros en salud y enfermedades emergentes. Esto incluye el desarrollo de capacidades de vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la formación de profesionales de la salud capacitados y la promoción de la colaboración internacional en la investigación y el intercambio de información. Una respuesta global coordinada y proactiva, basada en la ciencia y la equidad, será esencial para proteger la salud de las generaciones futuras.

¡A la comunidad de las parroquias urbanas y rurales del cantón Salinas!

Como estudiantes colaboradores del proyecto de investigación dejamos una profunda reflexión que compartimos en este espacio académico cuando expresamos "Los desafíos recientes nos han recordado la importancia de cuidarnos mutuamente, de proteger nuestra salud y de mantenernos unidos". Que este mensaje reflexivo siga cultivando en cada uno de ustedes la solidaridad por la ayuda mutua principalmente en contextos comunitarios, adoptando medidas de prevención, informándose por fuentes confiables y extendiendo la mano amiga a quienes más lo necesitan.

¡Estimada comunidad universitaria de la UPSE!

Como faro del conocimiento y semillero de futuros líderes en la provincia, la Universidad Estatal Península de Santa Elena desempeña un papel crucial en el desarrollo y bienestar de la sociedad. Reconocemos la invaluable labor de los estudiantes, docentes, investigadores y personal administrativo, quienes con su dedicación y compromiso contribuyen al avance de la ciencia, la cultura y el progreso social.

En este contexto desafiante, la UPSE ha demostrado una admirable capacidad de adaptación e innovación, manteniendo viva la llama del aprendizaje y la investigación. Los proyectos que se gestan en las aulas y laboratorios tienen el potencial de generar un impacto significativo en la salud y el bienestar de la comunidad peninsular y más allá.

Como docentes investigadores animamos a los estudiantes a seguir cultivando su curiosidad, al abrazar la investigación como una herramienta para la transformación social y a desarrollar proyectos que respondan a las necesidades del entorno. Al resto de docentes con otras dedicaciones sustantivas, una especial invitación a continuar liderando la producción del conocimiento de una manera relevante y a la vez fortalecer los lazos con la comunidad, traducido en hallazgos para las soluciones prácticas ante los desafíos actuales.

¡Adelante, comunidad UPSE! Que crece sin límites. El futuro se construye con el conocimiento y el compromiso de cada uno de ustedes.

Imagen 15. Logotipo UPSE y su eslogan.



Referencias

Antoñanzas, A., & Gimeno, L.A. (2022). Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. Revista Clínica de Medicina de Familia, 15(1): 12-19. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100004

Ala, C., Quemag, B., Alicia, J. (2024). Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, una revisión de la literatura. Rev. Conecta Lib, 8:18–26. https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/389

Asociación Mundial de Ética Médica (2022). Código Internacional de Ética Médica de la AMM. Manual de Políticas de la AMM. [Internet]. p. 1–515. https://www.wma.net/es/policies-post/codigo-internacional-deetica-medica/

Aleixandre, R., Castelló, L., Valderrama, JC. (2020). Información y comunicación durante los primeros meses de COVID-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. Revista Internacional de Información y Comunicación, 29(4):1-8. https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.08

Berenguer, MC., Pérez, A., Dávila, M., & Sánchez, I. (2017). Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN, 21(1), 61-73. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es&tlng=es

Biscioni, D.N., Rocha, T., & Albuquerque, A. (2023). Bioética y Derechos Humanos en una mirada latinoamericana. Revista de Bioética y Derecho, 1(57): 227-241. https://dx.doi.org/10.1344/rbd2022.55.37449

Biblioteca Complutense. (2023). Inteligencia artificial. Biblioguía de citas en estilo APA, 7ª edición. https://biblioguias.ucm.es/estilo-apa-septima/citar_inteligencia_artificial

Campbell, N.R.C., & Ordunez, P. (2022). Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. Rev. Panam de Salud Pública; 2(46):1. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e54/

CEPAL. (2020). La pandemia ha profundizado los problemas estructurales de desigualdad, informalidad y pobreza. Panorama Social de Naciones Unidas. 1(4):1-23. https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/version_final_panorama_social_para_sala_prebisch-403-2021.pdf

Chamizo, HA. (2021). Saneamiento ambiental e inequidades en salud, en Costa Rica. Horizonte sanitario, 20(1): 57-67. https://doi.org/10.19136/hs.a20n1.3718

Da Costa, C., & Goicochea, JA. (2023). El aprendizaje basado en proyectos: Una Modalidad Facilitadora del Éxito Escolar. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(2): 3704-3731. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5606

Figueroa, J., Cjuno, J., Ipanaqué, J., Ipanaqué, M., & Taype, A. (2019). Calidad de vida de migrantes venezolanos en dos ciudades del norte del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 36(3): 383-391. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4517

Gaber, B., Abdulrahim, G., Norhan, A., Hazem, M., Shaheen, A., Hayder M. (2021). Hypertension and its management in COVID-19 patients: The assorted view. Revista Internacional de Cardiología, Riesgo Cardiovascular y Prevención. [Internet]. 11(200121): 1-14. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772487521000234?via%3Dihub

Gregorio, O., Peralta, MJ., & López, EK., (2022). Investigaciones sobre COVID-19 y su influencia en el factor de impacto de las revistas médicas latinoamericanas. Gaceta médica de México, 158(6): 365-371. https://doi.org/10.24875/gmm.22000241

INEC. (2019). Impacto de la pandemia en el Sistema Estadístico Nacional. Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Internet]; 1-22. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/impacto-de-la-pandemia-en-el-sistema-estadistico-nacional/

Lazcano, E. (2020). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 en México, indicador de inequidad en salud y de incremento progresivo de exposiciones no saludables. Rev Salud Pública de México, 62(6): 611-613. https://doi.org/10.21149/12196

Leonardo. IA. (s.f): Create stunning visual assets for your projects with AI. https://leonardo.ai/

Macías, M.G., Haro, J.I., Piguave, T.J., Carrillo, G. Y. (2024). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. Revista Salud y Vida. 8(16): 155-165. https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4213

Monterrosa, Á., Morales, I., Rodelo, A. (2023). Quality of life deterioration and associated factors in prenatal care pregnant women: assessment with the WHOQOL-BREF scale. Iberoam J Med; 5(1):27–35. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2695507520230001000004&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Maldonado, V.E., & Bustamante, P.E. (2024). Vacunación contra el covid-19 en pueblos indígenas de América Latina: creencias, costumbres y repercusiones. Revisión sistemática. Ed. Redilat. Paraguay. V (5): 306. https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2608

Naranjo, Y., Concepción, J.A., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 19(3): 89-100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

OMS & OPS (2017). Inequidades y barreras en los sistemas de salud [Internet-2017]. 2(23): 1–9. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es

OMS, (2022). Planificación Familiar de la República Popular China. 9ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, Shanghái. (consultado el 3 de julio de 2023). http://healthpromotion2016.org/en/contents/83/114.html

Ordunez, P., Tajer, C., Gaziano, T., Rodríguez, Y.A., Rosende, A., Jaffe, MG. (2022). La aplicación HEARTS: una herramienta clínica para el manejo del riesgo cardiovascular y la hipertensión en la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. [acceso 27/12/2022]; 46:1. https://scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e197/

Ortiz, R., Torres, M., Peña, S., Narváez, V., Reinoso, N. (2017). Inequidades sociales, educativas y económicas en la población rural de Quingeo, Ecuador. 36(1):49–56. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000200004&lng=es

Parra, D.I., López, R., Alberto, L.A., Vera, L.M. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. Enferm. glob. 20(62): 316-344. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.423431

Peralta, R.Y., Sucasaca, B., Astuñague, K.S. (2024). Self-Care and Quality of Life in Hemodialysis Elderly Patients. Rev cubana Enferm; 2(40): 1-26.

http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v40/1561-2961-enf40-e6038.pdf

Pérez, A., Thrasher, J., Monzón, J.C., Arillo-Santillán, E., Barnoya, J., & Mejía, R. (2021). La escala de afluencia familiar en la investigación sobre inequidades sociales en salud en adolescentes latinoamericanos. Salud Pública de México, 63(2): 201-210. https://doi.org/10.21149/11793

Pico, A.L., Reyes, E.Y., Anchundia, D.A., Moreno, Á. (2023). Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en el Ecuador. Recimundo. 7(4):299–307. https://www.researchgate.net/publication/377096066_Comportamiento_epidemiologico_de_la_hipertension_arterial_en_el_Ecuador

Ramírez, L.E., Fernández, M.E. (2024). Proceso de Enfermería desde el autocuidado a un Adulto Mayor en el entorno clínico. Rev Científica FEMUAS. 1:59–71. https://revistas.uas.edu.mx/index.php/FEMUAS/article/view/246

Sánchez, R.A., Ayala, M., Baglivo, H., Velásquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O. (2022). Consenso latinoamericano de hipertensión arterial guías latinoamericanas de hipertensión arterial. Rev Chil Cardiol. 96(2):60–84. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012

Santarpia, J.L., Rivera, D.N., Herrera, V. (2020). Transmission potential of SARS-CoV-2 in viral shedding observed at the University of Nebraska Medical Center. medRxiv; published online. https://DOI:10.1101/2020.03.23.20039446

SENPLADES, (2023). Plan Nacional de Desarrollo y la Estrategia Territorial Nacional. Ecuador. Observ. Nac. De América Latina. [Internet]; 11-32. https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/instituciones/secretaria-nacional-de-planificacion-y-desarrollo-senplades-de-ecuador

Serra, M., & Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Revista Finlay, 8(2): 140-148. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008&lng=es&tlng=es.

Silva, L.B., Soares, S.M., Silva, P.A.B., Santos, J.F.G., Miranda, L.C.V., Santos, R.M. (2018). Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the chronic care model. Rev Lat Am Enfermagem. 1(26): 1-15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29538582/

Vizcaíno, P.I., Cedeño, R.J., Maldonado, I.A. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. Revista Científica Multidisciplinar. 1(7): 9723–9762. https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658

Vilchis, I.U., Ortiz, R., Maldonado, G., Rojo, S., López, B. (2019). Nivel de adaptación en el modo Desempeño de Rol del Adulto Mayor. XIKUA Boletín Científico la Esc Super Tlahuelilpan 7(14):32–5. https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/issue/archive%0AXIK

Anexos

Anexo 1. *Proyecto de investigación en formato SENPLADES.*

SECRETARÍA TÉCNICA
PLANIFICA ECUADOR

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, en Parroquias del Cantón Salinas. Período 2022-2024

Dirección: Juan León Mera N 1936 y Av. Patria **Código Postal:** 170526 / Quito – Ecuador **Teléfono:** 593-2 397-8900
www.planificacion.gob.ec 1

1. DATOS INICIALES DEL PROYECTO

1.1. Nombre del proyecto

Determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, en Parroquias del Cantón Salinas. Período 2022-2024

1.2. Código Único de Proyecto (CUP): 91870000.0000.387831

1.3. Entidad (UDAF): Universidad Estatal Península de Santa Elena, Carrera de Enfermería Campus Colonche

1.4. Entidad operativa desconcentrada (EOD)

Carrera de Enfermería/ Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Campus Universitario Vía a Santa Elena – La Libertad, Santa Elena.

1.5. Nombre de la Convocatoria de Fondos Concursables no reembolsables: Convocatoria de proyectos de investigación 2022 de la Universidad Estatal Península de Santa Elena

1.6. Nombre de la Entidad Financista: Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE)

1.7. Monto total

$7420,00 US dólares. (SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTE DÓLARES CON 00/100 CENTAVOS)

1.8. Cobertura

Cantonal

Nota: Datos del GAD Cantonal, Salinas, 2022.

1.9. Localización

El proyecto será implementado en los entornos comunitarios de influencia de los barrios urbanos y

CANTÓN SALINAS
TOTAL DE VIVIENDAS, OCUPADAS CON PERSONAS PRESENTES, PROMEDIO DE OCUPANTES Y DENSIDAD POBLACIONAL Censo 2001

ÁREAS	TOTAL DE VIVIENDAS	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS CON PERSONAS PRESENTES			POBLACIÓN TOTAL	EXTENSIÓN Km²	DENSIDAD Hab / Km²
		NÚMERO	OCUPANTES	PROMEDIO			
TOTAL CANTÓN	18.287	9.870	49.229	5,0	49.572	68,7	721,6
ÁREA URBANA	12.700	5.881	28.329	4,8	28.650		
ÁREA RURAL	5.587	3.989	20.900	5,2	20.922		

rurales del Cantón Salinas, perteneciente a la provincia de Santa Elena, cuyas coordenadas son las siguientes:

Coordenadas X: -80.9515100 Coordenadas Y: -2.2145200.

1.10. Fecha de inicio: abril 2022

1.11. Fecha de fin: junio 2025

Cabe mencionar que por motivos de rebrote del COVID-19 a inicios del año 2023 no fue posible abordar el total de la muestra prevista en la investigación, por lo que se solicitó al consejo de facultad mediante la **resolución (RCFE-001-SE-004-DCSS-2024 de fecha 11 de enero/2024) la aprobación de la prórroga con fecha de cierre Noviembre/2024.**

1.12. Tipo de proyecto: Proyecto de Investigación Científica

1.13. Sector: Social y Comunitario

1.14. Subsector: Comunidad: Investigación acción participativa (I. A.P)

1.15. Línea de Investigación: Atención primaria de salud.

Sub-línea: Promoción; prevención; Atención basada en la comunidad y Educación para la salud.

Análisis de oferta y demanda

Oferta:

A partir de la presentación del proyecto: "Determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, en Parroquias del Cantón Salinas. Período 2022-2024". La realización de esta propuesta resultó importante porque del mismo se pudo desarrollar mediante un sistema de acciones, diagnóstico y de capacitación acerca de los determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado. En el contexto de la Constitución de 2008 los Art. 11 (numerales 2, 3, 6, 7) mencionan que nadie puede ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud o portar enfermedad como es el VIH/SIDA, donde la ley sancionará toda forma de discriminación. Este argumento reafirma que todo ciudadano debe gozar del derecho a la equidad e igualdad de condición. De la misma manera en los Art.35 y 51 sobre los grupos prioritarios establecen que las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en el ámbito público y privado.

Sin embargo, la misma atención prioritaria será recibida a las personas en situaciones de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, donde el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad, por lo que se debe garantizar los derechos que por ley les corresponde brindando protección y cuidado por parte de las instituciones pertinentes y de los profesionales que la dirigen, en aras de poder responder ante los beneficiarios y la ciudadanía en general y no al servicio de intereses individuales o corporativos; además, se persigue que se cumpla la intención del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, donde en el Eje Social establece "*erradicar la pobreza, inclusión social e igualdad en la diversidad y se enfatiza al derecho a la salud integral, gratuita y de calidad*", resultando primordial atender desde la educación superior y de las carreras que están más apegadas al contacto social y atención humanitaria, donde los estudiantes de enfermería y los profesionales de la salud son la pieza clave para lograr esta meta, con el fin de contemplar todas las dimensiones del derecho a la salud y sus mecanismos principales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles de atención.

Demanda:

Para determinar la demanda, se utilizó la información estadística de la población involucrada en la planificación del proyecto con proyección a nivel Provincial, Parroquial y Cantonal. La provincia de Santa Elena cuenta con 3 cantones y en ellos habitan una población de 401.708 habitantes, por lo que en particular en este proyecto se hace referencia a las parroquias urbanas y rurales perteneciente al Cantón Salinas, como se detalla en el (cuadro 1), localidad que alcanza un total de 94.590 ciudadanos. Sus pobladores reflejan la dinámica actual hacia el comercio y los servicios con un fuerte auge turístico.

Cuadro 1. Población en el área urbana y rural por sexo – Salinas

Sexo	2010				2001			
	RURAL		URBANO		RURAL		URBANO	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Hombre	17231	50,75	18205	52,44	10636	50,84	14459	50,47
Mujer	16725	49,25	16514	47,56	10286	49,16	14191	49,53
Total	33956	100%	34719	100,00	20922	100%	28650	100%

2001-2010			
Variación RURAL		Variación URBANA	
Absoluto	Relativo %	Absoluto	Relativo %
6595	62,01%	3746	25,91%
6439	62,60%	2323	16,37%
13034	62,30%	6069	21,18%

Fuente: Censo INEC, 2010

El proyecto estuvo focalizado en los barrios que se vinculan al grupo de población vulnerable.

Demanda

El análisis comprende los siguientes aspectos:

El cantón Salinas cuenta con una población: 94.590 habitantes

- 47.747 hombres y 46.843 mujeres

Población de referencia

Población	Sexo		Etnia	Edad
	H	M		
José Luis Tamayo	6118	6162	Mestizos	0-95 años
Santa Rosa	5480	5320		
Anconcito	4.465	4.096		

Fuente: (INEC, 2010a)

Población demandante potencial:

Población	Sexo		Etnia	Edad
	H	M		
José Luis Tamayo	78	79	Mestizos	0-95 años
Santa Rosa	74	73		
Anconcito	67	64		

Fuente: (INEC, 2010a)

Población demandante efectiva:

Población	Sexo		Etnia	Edad
	H	M		
José Luis Tamayo	78	79	Mestizos	0-95 años
Santa Rosa	74	73		
Anconcito	67	64		

Fuente: (INEC, 2010a)

De acuerdo con la proyección para el 2023 y conociendo la tasa de crecimiento poblacional de esta población y de los barrios se consideró que esta estaría en aumento aproximadamente en un 21.18 % como mínimo, datos que fueron obtenidos por medio del GAD Municipal del Cantón Salinas. También es importante considerar los datos alarmantes de las condiciones de desigualdad estructural, las cuales impactan positivamente en los sectores rurales, donde el 34% de su población cuenta con servicios básicos satisfechos, mientras que el resto de la población aún carece de este determinante estructural.

También, la población objetivo del proyecto estuvo dirigida principalmente al sector social comunitario, en la que participaron 3 docentes de la Carrera de Enfermería con experiencias en la investigación como función sustantiva de la Educación Superior, así como también la participación de estudiantes y otros actores sociales comunitarios.

Los beneficiarios fueron los pobladores y sus familias de las parroquias urbanas y rurales pertenecientes al Cantón Salinas, así como los estudiantes que formarán parte del estudio y las instituciones u organizaciones a las que pertenecen tanto los docente, estudiantes y actores externos que participen en la experiencia investigativa.

2. ARTICULACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN

4.1 Alineación del proyecto a un objetivo y política del plan Nacional de Desarrollo

Por tanto, para la oferta se ha considerado los siguientes componentes normativos:

- Art. 35-51 de la Constitución (Grupos prioritarios)
- Art. 11 (Numeral 2, 3, 6 y 7 aplicables).
- Plan de Creación de Oportunidades 2021- 2025
- Eje Social: Erradicación de la pobreza, inclusión social e igualdades en la diversidad, salud gratuita y de calidad.
- Objetivo 5: Proteger a las familias, garantizar sus servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social.
- Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.
- Objetivo 8: Generar nuevas oportunidades de bienestar en las zonas rurales con énfasis en los pueblos y nacionalidades.
- Agenda Zonal 5 (Senplades)
- Plan de ordenamiento y desarrollo territorial Salinas.
- Plan de ordenamiento y desarrollo territorial Santa Elena.
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

4.2 Aporte del proyecto a los objetivos y políticas sectoriales

Agenda Intersectorial:

Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.

MAS: 9.5 Aumentar la investigación científica y mejorar la capacidad tecnológica de los sectores industriales de todos los países, en particular los países en desarrollo, entre otras cosas fomentando la innovación y aumentando considerablemente, de aquí a 2030, el número de personas que trabajan en investigación y desarrollo por millón de habitantes y los gastos de los sectores público y privado en investigación y desarrollo.

Política Sectorial:

PPS: Promover la producción científico - académica y fomentar la recopilación de artículos publicados por investigadores en revistas de alto impacto.

Agenda Zonal:

EAZ: Fortalecer los servicios de salud y educación en equipamiento y talento humano

4.3 Alineación objetivo estratégico institucional

Objetivo Estratégico 2: Potenciar las estructuras institucionales que permitan maximizar el impacto social e innovación de la investigación a través de la implementación de un modelo institucional.

5. INDICADORES

5.3 Indicadores de resultado

METAS	ESTIMADA	UNIDAD DE MEDIDA
Elaborada la ficha técnica en cada parroquia del cantón Salinas con datos sociodemográficos predominantes.	100%	Número de ficha técnica en cada parroquia del cantón Salinas sobre datos sociodemográficos predominantes.
Explorar el diagnóstico de la situación de salud de cada parroquia del cantón Salinas.	100%	Número de informe sobre el diagnóstico de la situación de salud de cada parroquia del cantón Salinas.
Ejecución de las fases de elaboración y aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra seleccionada.	100%	Elaboración y aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra seleccionada.
Diseño del programa de capacitación sobre los DSS, enfermedades crónicas y el autocuidado.	100%	Número de programa de capacitación y publicación de artículo con los datos preliminares obtenidos.
Aplicación del programa de capacitación mediante actividades, donde asistan aproximadamente el 90% de las parroquias consideradas en el estudio y entrega del informe de resultados, acerca de los determinantes socioculturales y las conductas de autocuidado como agente de cambio en la salud de los pobladores parroquiales.	100%	Aplicar el programa de capacitación -Registros de asistencia -Fotos de las actividades que se realicen. -Relatoría del informe final. - Publicación de artículo científico

Creación de un libro y dos artículos científicos según resultados obtenidos.	100%	Se creará un libro y la elaboración de dos artículos científicos para publicación en revista indexada de impacto mundial.

Nota: Obtenido de la Matriz anexo 2 del proyecto de investigación.

Para el desarrollo del proyecto se utilizaron los siguientes insumos:

PROYECTO							
PRESUPUESTO DETALLADO DEL PROYECTO							
Item	**Unidad**	**Cant**	**Valor (USD)**	**2022**	**2023**	**2024**	**Total**
Mobiliario e Insumos							
Mobiliario y estantería	1	1	$124,96		$124,96		**$124,96**
Archivador	1	1	$197,00		$197,00		**$197,00**
Silla presidencial	1	1	$120,00		$120,00		**$120,00**
TOTAL, MOBILIARIO E INSUMOS					$480,00		**$480,00**
Equipos e insumos							
Computadora (Laptop)	1	1	$1400,00		$1400,00		$1400,00
Impresora	1	1	$600,00		$600,00		$600,00
Cámara filmadora	1	1	$600,00		$600,00		$600,00
Balanza con tallímetro (SECA)	1	1	$600,00		$600,00		$600,00
Tensiómetros digitales	1	7	$50,00		$350,00		$350,00
Camilla de reconocimiento (portátil/ desarmable)	1	2	$120,00		$240,00		$240,00
Glucómetros (ACCU-CHEK)	1	8	$50,00		$400,00		$400,00
Kit de equipos de protección personal (EPP)	1	35	$4,28		$150,00		$150,00
Proyector	1	2	$660,00		$1320,00		$1320,00
TOTAL, EQUIPOS E INSUMOS					$5660,00		**$5660,00**
Material de difusión y capacitación **(Este valor de $1280,00 USD fue rebajado del presupuesto inicial y la evidencia se detalla en la resolución de Oct/2023.**							
Banner soporte, impresión e infografía	1	2	$40,00		$80,00		**$80,00**

PROYECTO							
PRESUPUESTO DETALLADO DEL PROYECTO							
Item	Unidad	Cant	Valor (USD)	2022	2023	2024	Total
Capacitador	1	1	$200,00		$200,00		**$200,00**
TOTAL, MATERIAL DE DIFUSIÓN					$280,00		**$280,00**
Transferencia de resultados (Publicaciones y Congresos)							
Publicación de artículos y partici-pación en Congreso.					$1000,00		**$1000,00**
TOTAL, TRANSFERENCIA DE RESULTADOS (PUBLICACIONES Y CONGRESOS)					$1000,00		**$1000,00**
TOTAL					**$1280,00**		**$1280,00**
TOTAL							**$6.140,00**

Nota: *Obtenido del proyecto en formato SENPLADES.*

ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTOS Y EVALUACIÓN

Seguimiento y evaluación

El monitoreo de las actividades en relación con los resultados esperados, las actividades previstas y el presupuesto asignado se efectuaron a través de los mecanismos de planificación, seguimiento y evaluación continua, según cronograma. Además, se pudo comparar la ejecución de los indicadores de cada una de las actividades tal y como se muestran en la matriz de marco lógico.

Las verificaciones a la gestión y demás procesos del proyecto fueron continuas, para poder comprobar el avance de las actividades en relación con los indicadores propuestos en la matriz de marco lógico. Por ello, el monitoreo permitió comparar el desempeño real del cronograma de implementación del proyecto de manera continua, así como, ser cautelosos a la hora de dar respuestas correctivas e implementar los cambios necesarios para encauzar el fin del proyecto.

Por tanto, el proyecto resultó ser dinámico, en pro del cumplimiento de los objetivos, donde el equipo de investigación demostró el compromiso por cumplir con las actividades específicas, en aras de poder tomar decisiones asertivas conforme a las observaciones técnicas.

Anexo 2. Consentimiento informado.

Universidad Estatal Península de Santa Elena

CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Determinantes socioculturales de la situación de salud y las conductas de autocuidado en respuesta al COVID-19, en Parroquias del Cantón Salinas. Período 2022-2024"

Yo.....

He leído la hoja de información proporcionada por los investigadores.

He podido resolver mis dudas haciendo preguntas sobre el estudio.

He recibido información sobre el estudio de forma clara y concisa.

He tenido contacto con los responsables de la investigación

Comprendo que mi participación es voluntaria.

De este modo expreso libremente mi consentimiento para participar como sujeto de la investigación.

Una copia de este documento de consentimiento informado se le entrega al participante _____ (iniciales del participante)

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

Anexo 3. Conglomerados de Instrumentos de investigación.

Imagen 16. Cuestionario Fantástico



Fuente: *Barriga, TA. (2020). Revista Reflexión e Investigación Educacional Vol. 3, N° 1/2020 EISSN: 2452-4638*

El instrumento fue adaptado y validado para la población chilena sin alterar su valoración. Para validar el instrumento se efectuó un proceso inicial a través de la técnica Delphi con expertos, y se logró su validez facial y de contenido (García y Suárez, 2013). Esta versión también cuenta con 30 preguntas y 10 dimensiones referidas a:

F: Familiares y amigos

A: Actividad física y social

N: Nutrición

T: Toxicidad

A: Alcohol

S: Sueño y estrés

T: Tipo de personalidad y satisfacción escolar

I: Imagen interior

C: Control de la salud y sexualidad

O: Orden

El instrumento además contiene tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría midiendo así la frecuencia de ciertas situaciones relacionadas con dichas dimensiones. Las preguntas se responden en base a una escala Likert de tres puntos, en la que: **0:** Nunca **1:** Algunas veces **2:** Siempre.

El rango de puntuación es de 0 a 120 puntos -a mayor puntaje de la dimensión la calificación es más positiva hacia la salud; la calificación total se clasifica en rangos cualitativos, asumiendo que el promedio general no es definitivo. Al puntaje final se le multiplica por 2, obteniéndose un rango final de puntajes de 0 a 120.

Este rango de valores es clasificado en las siguientes categorías que resumen el estilo de vida del evaluado:

0-46: Estás en zona de peligro.

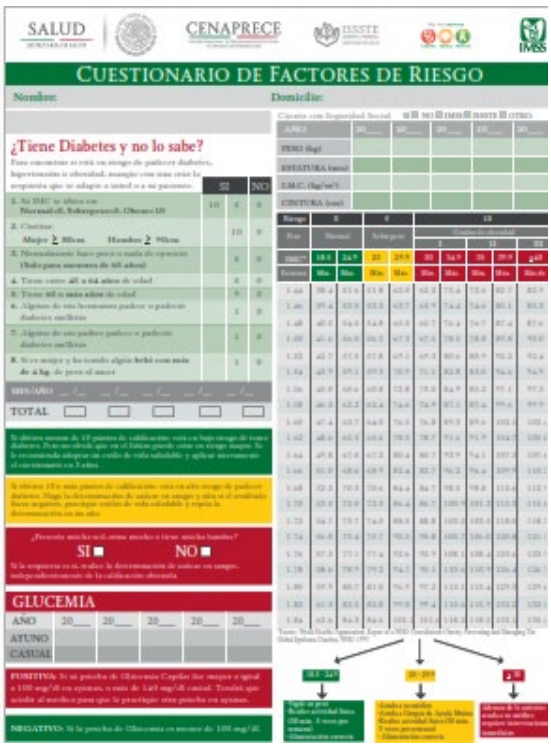
47-72: Algo bajo, podrías mejorar.

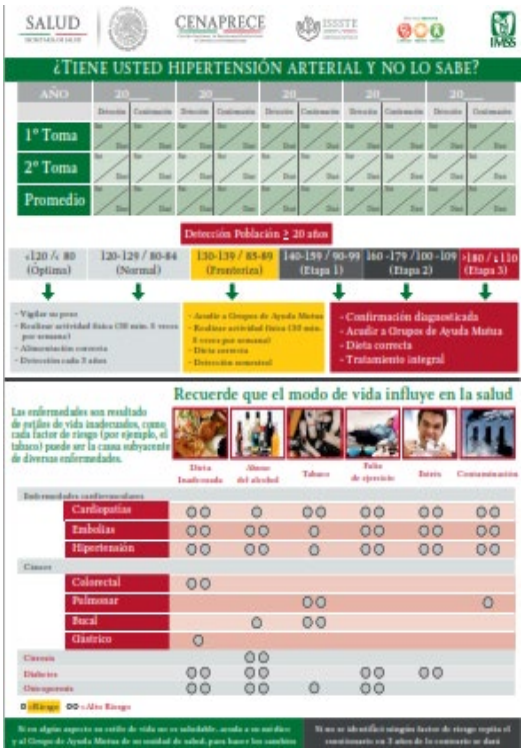
73-84: Adecuado, estas bien.

85-102: Buen trabajo, estas en el camino correcto

103-120: Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico.

Imagen 17. Cuestionario de factores de riesgos modificables





Fuente: *Yagus, J. (2020). Cuestionario de factores de riesgo modificables. México.*

ESCALA DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO (ECA) (GUERRA U COLB., 2006)

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____ **Lugar:** _____

Esta escala de auto reporte dirigida a cuantificar la frecuencia con que se emiten conductas de autocuidado. Consta de 10 ítems, de los cuales se vinculan a conductas de autocuidado tanto en el entorno personal, laboral y social. Se presentan en una escala Likert con alternativas que permiten valorar las respuestas de 0 (nunca) a 4 (muy frecuente). El puntaje final varía de 0 a 40 puntos. A mayor puntaje, mayor frecuencia de conductas de autocuidado. La validez de este instrumento implicó la medición de la relación de cada uno de sus ítems con actitudes previas ante auto cuidarse de manera responsable; lo que permitió seleccionar a aquellos que tenían una relación inversa significativa. Tiene una consistencia interna con el Coeficiente alta de Cronbach de 0.79.

Marcar con X sobre el código que corresponda su respuesta

PREGUNTAS	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas al cuidado de su salud	0	1	2	3	4
2. ¿Con que frecuencia realiza usted actividad física/deporte ya sea en su domicilio, o en áreas sociales?	0	1	2	3	4
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor	0	1	2	3	4
4. ¿Con que frecuencia usted dialoga con sus compañeras acerca de su experiencia personal relacionadas con el trabajo?	0	1	2	3	4
5. ¿Con que frecuencia usted participa en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0	1	2	3	4
6. ¿Con que frecuencia usted participa en actividades recreativas fuera de su trabajo con familia/amigos	0	1	2	3	4
7. ¿Con que frecuencia realiza seguimiento médico a su salud?	0	1	2	3	4
8. ¿Con que frecuencia participa en actividades de crecimiento espiritual (meditación religión, yoga)?	0	1	2	3	4
9. ¿Con que frecuencia mantiene usted una sana alimentación?	0	1	2	3	4
10. ¿Con que frecuencia Usted considera que el espacio físico donde trabaja es adecuado (cómodo, calmado y privado)	0	1	2	3	4

Categorización:

0 a 8 puntos: ***Muy baja presencia de conductas de Autocuidado***
9 a 16 puntos: ***Baja presencia de conductas de Autocuidado***
17 a 25 puntos: ***Aceptable presencia de conductas de Autocuidado***
26 a 34 puntos: ***Alta presencia de conductas de Autocuidado***
5 a 40 puntos: ***Muy alta presencia de conductas de Autocuidado***

[1] Guerra C., Rodríguez K., Morales G., y Bella R. Validación preliminar de escala de autocuidado par psicólogos clínicos. Santiago de Chile: Pontificia Universidad de Chile. Psykhe. 2006; 17/002: 67-78. Obtenido en julio del 2010 y Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/967/96717207.pdf

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales

sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

1-Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació?

Día Mes Año

2-¿Qué estudios tiene?

Ninguno ( ) Primarios Medios ( ) Universitarios ( )

3-¿Cuál es su estado civil? Soltero /a ( ) Separado/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( )

En pareja ( ) Viudo/a ( )

-¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí ( ) No ( )

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____
_____Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	(4)	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

_____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

_____

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

_____

_____

_____

Gracias por su ayuda

Fuente: Torres *et al*. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Rev. Med Chile;* 1(36): 325-333.

Anexo 4. Evidencias fotográficas de la aplicación del proyecto de investigación.

Docentes y estudiantes en la comunidad.



Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.

Intervención comunitaria en el Cantón Salinas.

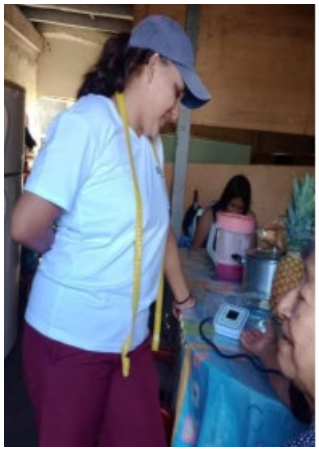




Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.

Parroquia Enríquez Gallo. Aplicación de los instrumentos de investigación.



Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.

Valoración del estado de salud (pilotaje).



Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.

Socialización de resultados con los docentes y estudiantes investigadores.



Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.

Entrega de informe final de investigación por los estudiantes.



Imagen tomada con previo consentimiento de los participantes. Google fotos.

ISBN: 978-9942-776-33-4