

Anales de Medicina

PUCMM



Órgano oficial de expresión de la
Escuela de Medicina

Volumen 7, Número 2, Año 2017

epub ISSN 2074-7039

Anales de Medicina

PUCMM

Órgano oficial de expresión de la Escuela de Medicina

Directora General

Dra. Zahira Quiñones, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra

Directora Ejecutiva

Dra. Isi Ortiz, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra

Editor

Dr. Nelson Martínez, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra

Asistente Editorial

Lic. Leovigildo Rodríguez, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra

Descargo de responsabilidad sobre los fármacos: La mención de las marcas, productos u organizaciones comerciales en la revista no implica aprobación por Anales de Medicina PUCMM, sus editores, la junta de editores, la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra o la organización a la que los autores se encuentren afiliados. Los editores han tomado todas las precauciones razonables para verificar los nombres de los fármacos y sus dosis, los resultados de trabajo experimental y hallazgos clínicos publicados en la revista. La última responsabilidad por el uso y las dosis de las drogas mencionadas en la revista, en base a la interpretación de la literatura actual, recae en el médico practicante y los editores no pueden aceptar responsabilidad por daños producidos por errores u omisiones en la revista. Por favor, informe a los editores cualquier error que encuentre.

Descargo de responsabilidad sobre contenido: Las opiniones expresadas en Anales de Medicina PUCMM son las de los autores y contribuyentes, no reflejan, por necesidad, la de los editores, la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra o la organización a la que los autores se encuentren afiliados.

Imagen de portada: Imagen de libre acceso.

Anales de Medicina PUCMM es el medio oficial de difusión que utiliza la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, para dar a conocer los trabajos de investigación realizados por sus estudiantes y/o personal docente, así como también las investigaciones llevadas a cabo en otras universidades o instituciones nacionales e internacionales. Esta revista es electrónica, publicada de forma bianual y se encuentra indexada en Latindex. Además, es arbitrada por el sistema de revisión por pares.

Escuela de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
Autopista Duarte Km. 1 ½, Santiago,
República Dominicana.
Tel: 809-580-1962. Ext. 4231

Los conceptos expresados en esta revista son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

Para información de contacto con fines de preguntas, publicaciones o publicidad, favor escribir a:

analesdemedicina@pucmm.edu.do

Índice

Editorial

No es la flecha...

Maureen Nicole Ventura4

Artículos Originales

1. Supervivencia de cáncer de colon en una institución de salud de Manizales, Colombia, 2003-2010

Oviedo D, Cardona D.....5

2. Consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes

Figueroa F, Charlot J, Molette Y, Martínez N, Jiménez M.....18

3. Estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia Ingenio Arriba

Marte A, Martínez E, Pichardo R, Ortiz I, Quiñones Z, Rosario V, Matos A.....37

4. Evaluación de la Percepción del Adulto Mayor Sobre la Asistencia Médica

Henríquez M, Peralta K, Firmin C, Sánchez J, Sagredo J.....61

Para Autores

Guía para la Elaboración del Manuscrito de Publicación

Editorial

No es la flecha...

Maureen Nicole Ventura R, MD

Una vez llega la finalización de otro año es imperativo reflexionar sobre nuestras acciones, revivir nuestros logros y por supuesto trazar nuestras nuevas metas. Es en la reflexión de nuestros actos donde podemos formular la misma pregunta varias veces ¿He actuado de forma correcta?, ¿corresponde esto a la mejor decisión? Y posiblemente encontrarse con respuestas diferentes. Es en esos escasos momentos donde podemos detenidamente ponernos, no solo en nuestros zapatos, sino en los ajenos y comprender mejor a nuestro alrededor. Sin duda este año ha estado lleno de sucesos que han cambiado a la sociedad: elecciones presidenciales, ataques terroristas y crisis económicas. Mientras, en la otra cara de la moneda tenemos a los avances científicos, que incluyen entre ellos: los mecanismos que intervienen en el ciclo circadiano con detalle (premio Nobel de medicina 2017) y el uso de edición genética para contrarrestar enfermedades (David Liu, una de las personas más influyentes en la ciencia en el 2017) solo por mencionar 2 casos conocidos. Visto desde ambas visiones es fácil concretar que los hechos que propiamente hemos vivido este año no han sido tan memorables como en la panorámica mundial.

Partiendo de esto es más fácil creer que la reflexión al final del año es una pérdida de nuestro tiempo, cuando el mundo sigue moviéndose más de prisa. A mi parecer las dos visiones del mundo en este año que he presentado, en los ojos de espectadora: un mundo lleno de caos y avances tecnológicos está estrechamente relacionada con la introspección personal. Esto lo ejemplificaré mejor con uno de los refranes que más comúnmente me repite mi madre, para entender un poco más “No es la flecha, es el indio” A primera vista tiene muchas variaciones populares, pero más que nada, es simplemente brillante. La primera idea es vernos amenazados con una flecha, según nuestro instinto de

supervivencia y la adrenalina secretada, tomaríamos la decisión de correr o luchar. Claro mirando desde otro punto de vista, se puede tener una flecha y no hacer nada dañino con ella. Sin embargo, una persona entrenada para el uso de las “flechas” o la arquería no tendría ningún problema en destinar un uso adecuado para la misma.

Las flechas es en ese sentido todo aquello que puedes tener: un trabajo, un auto deportivo o una idea de investigación para desarrollar. E independientemente de lo bueno o innovador que sean, seguirán siendo tan solo “una flecha” en manos de alguien que no es un “indio”. Es necesario aprovechar las destrezas y pulirlas en nuestros diversos ámbitos para alcanzar las metas que nos proponemos. En el caso de los sucesos mencionados en el mundo que ocurrieron este año, donde solo se mencionaron algunos, todos fueron causados por “indios” unos que saben utilizar sus “flechas” y obtener resultados favorables para la humanidad y otros que posiblemente se lastimaran antes de poder avanzar.

Por tanto, la introspección juega un papel importante no solo para encontrar la mejor manera de aprovechar las fortalezas existentes, sino también en el desarrollo de ideas y de proyectos de investigación. Pues la tarea de investigar tiene sus inicios en percibir los problemas en los diferentes ámbitos y mediante el seguimiento del método científico, buscar dar respuesta a estos. Partiendo de que esos resultados sean reflexionados arduamente, se puede llegar a una respuesta. La cual a su vez tiene el poder de generar cambios, cuyas probabilidades se expanden exponencialmente. El solo pensar que este hecho es posible gracias a las habilidades de resiliencia e introspección del ser humano es algo emocionante y alarmante a la vez. Al fin y al cabo, las flechas seguirán siendo flechas y las ideas, ideas; depende del arquero que decida ponerlas en uso. Espero que este periodo os brinde paz, amor y alegría con sus seres queridos y permitan afrontar el siguiente año con mayor bondad, agallas y mejores conocimientos de sus propias “flechas”.

Supervivencia de cáncer de colon en una institución de salud de Manizales, Colombia, 2003-2010

Oviedo D¹, Cardona D²

¹Médica Cirujana, Universidad de Caldas. Magister en Salud Pública, Universidad Autónoma de Manizales. Especialista Medicina Familiar, Universidad del Valle. Médica Familiar, Comfandi Yumbo, Colombia. Email: dienoia@gmail.com

²Doctora en Ciencias Sociales. Docente Universidad Autónoma de Manizales, Colombia.

Objetivo. Calcular la supervivencia global de los pacientes que presentaron cáncer de colon durante el periodo 2003-2010, e identificar la relación entre las variables de persona, socioeconómicas y de la enfermedad con la supervivencia de la población objetivo.

Material y métodos: Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva, teniendo como unidad de análisis los registros clínicos de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de colon, de una Institución oncológica privada de la ciudad de Manizales, Colombia, entre enero 2003 y diciembre 2010. El análisis de supervivencia se calculó por medio del método Kaplan-Meier; la comparación según variable mediante test de Log-Rank y para modelamiento probabilístico se usó el método de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Se analizaron 108 pacientes con una edad promedio al momento del diagnóstico de 61 ± 11 años. La supervivencia global a 5 años fue de 37 %, con una media de 53.7 meses. La sobrevida en el estadio clínico IIA fue la más alta con 85.9 meses, y media alta para los estadios I e IIIB (50.4 y 50.1 meses respectivamente). La sobrevida fue mayor para las mujeres comparada con los hombres (43.3 % Vs. 30.6 %). El principal factor pronóstico que afectó la supervivencia del cáncer colon fue la presencia de metástasis (RR 1.8 IC95%:1.28-2.56).

Conclusión: La supervivencia en el cáncer de colon a 60 meses es menor a la reportada en otros estudios. Se requiere esclarecer las razones que llevan a estas diferencias.

Palabras claves. Cáncer, colon, colorrectal, Colombia, supervivencia, sobrevida.

Recibido: 6/10/2017.

Aceptado: 4/12/2017.

ABSTRACT

OBJECTIVE: calculate the global survival in patients who present colon cancer for the period 2003 –2010, and identify the relation among the variables: person, socio-economic aspects and the disease with the survival.

TOOLS AND METHODS: Descriptive and retrospective study, where the analysis unit was the clinical registers of patients with histopatologic diagnosis of colon cancer, between January of 2003 and December of 2010 in a private hospital of Manizales city. The survival analysis was calculated by means of Kaplan-Meier method; the comparison according to Long-rank variable and Cox regression to analyzing the effect of categories on survival.

RESULTS: 108 cases were analyzed; the average age was of 61±11 years. The global survival to 5 years was of 37%, with a standard measure of 53.79 months. The survival in the clinic stage IIA was higher with 85.9 months, with a standard measure higher for the stages I and IIIB (50.4 and 50.1 months respectively). The survival was greater in women than in men (43.3% Vs 30.6%). The presence of metastases was the principal pronostic factor that affected the survival (RR 1.8 IC 95%: 1.28-2.56).

CONCLUSION: Survival calculated at 60 months is lower than that reported in other studies, it is necessary to clarify the reasons that lead to these differences.

KEY WORDS: Cancer, colon, colorectal, Colombia, survival.

INTRODUCCIÓN

El CCR es una patología de evolución lenta sin síntomas patognomónicos, por lo que su diagnóstico se hace en estadios tardíos en un 80% de los casos, a pesar de la existencia de métodos diagnósticos y de tratamiento efectivos en lesiones pre neoplásicas que tienen efecto directo en la sobrevida de esta población (1). La atención primaria tiene un rol importante en disminuir la carga de enfermedad generada por las patologías neoplásicas que han llegado a ser la segunda causa de muerte en Estados Unidos, y la tercera en Colombia.

El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el tercer puesto en frecuencia y mortalidad para ambos sexos en Norte América, precedido por el cáncer de próstata y pulmón en hombres, y por el cáncer de mama y pulmón en mujeres (2,3). En Colombia se ha evidenciado un incremento en la incidencia y mortalidad de casos de CCR para ambos sexos en los últimos 30 años (4), reportándose como la cuarta neoplasia más frecuente en hombres y la tercera en mujeres para el periodo 2007-2011(5). La supervivencia tras el diagnóstico es un indicador indirecto de la efectividad de políticas públicas locales y nacionales frente a la detección temprana de CCR (6, 7).

Para Colombia, según Registro Poblacional de cáncer de Cali, el CCR corresponde al 39% de casos dentro de las neoplasias para hombres y el 41% para mujeres, con supervivencia inferior a las reportadas en otros países (8,9,10). No existen muchos estudios hospitalarios de supervivencia de cáncer colón, que permitan evidenciar la tendencia de la supervivencia en el país. El objetivo del presente estudio es calcular la supervivencia relativa de los pacientes diagnosticados con cáncer colón de un Instituto Oncológico privado de la ciudad de Manizales durante el periodo 2003-2010, e identificar la relación que existe entre las variables de persona, socioeconómicas y de la enfermedad con dicha supervivencia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de colon, que consultaron a un Instituto Oncológico Privado de la ciudad de Manizales entre 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2010. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor a 15 años e histología compatible con adenocarcinoma primario de colon. Se excluyeron los casos de neoplasias carcinoides, tumores no epiteliales o recaídas de cáncer de colon primario. La información sobre los datos sociodemográficos, de enfermedad, tratamiento y seguimiento se

obtuvieron de historias clínicas. La codificación de los datos topográficos (localización) y morfológicos (histología) del tumor se realizó utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología versión 3 (CIE-O3) y la estadificación clínica de la enfermedad con la clasificación del Comité Americano de Cáncer (AJCC) y la Unión Internacional por el Control del cáncer (UICC) (11-13). Para garantizar la validez del contenido del estudio se aseguró el cumplimiento del marco temporal del proceso diagnóstico, al incluir las variables de interés y la información sobre estado vital se indago en la página web del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (14). Esta fue una investigación sin riesgo (Resolución 8430/1993) que contó con la aprobación por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad Autónoma de Manizales. Terminada la selección de los datos, la información registrada fue transcrita a una base de datos del programa estadístico SPSS versión 20, para su análisis.

Para la descripción de variables numéricas se empleó la media y los valores mínimo y máximo, en las categóricas se usaron frecuencias absolutas y relativas. El análisis de sobrevida se calculó por medio del método Kaplan-Meier; la comparación según variable mediante el test de

Log-Rank y se usó el método de riesgos proporcionales de Cox para el modelamiento probabilístico. Para todos los cálculos tuvo en cuenta una $p < 0.05\%$ para la significancia estadística.

RESULTADOS

Se analizaron 116 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon, de éstos, ocho casos se excluyeron del análisis ya que no tenían un diagnóstico histopatológico claro, quedando 108 casos. Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la Tabla 1. Los pacientes registraron edades promedio de 61 años (DE 12 años), una variabilidad amplia ya que el paciente con menor edad tenía 26 años y el de mayor 88 años.

El 40,7% de los pacientes tuvo como diagnóstico anatómico colon sigmoides, en el 71,3% de los casos la extensión de la enfermedad en pared invadió tejido pericólorrectal (pT3), 46,3% no presentó compromiso ganglionar (pN0) y 78,7% no tuvo indicios de metástasis (pM0). El estadio clínico más frecuente fue el IIA con el 36,1% de los casos, seguido de IVA, IIIB, con 17,5% y 15,7% respectivamente. El tipo histológico que predominó fue el adenocarcinoma sin otra especificación (78,7%), seguido del subtipo tubular (15,7%). El grado de diferenciación fue bajo en 96,3% de los casos y el tipo de

tratamiento que recibieron la mayoría de los pacientes fue resección quirúrgica seguida de quimioterapia con 5-Fluorouracilo (5-FU)/Acido Folinico (35,2%).

El análisis de supervivencia mostró una sobrevida relativa 60 meses (SR60) de 37%, con una media de 53,79 meses (IC95% 43,6 - 63,9) (Figura 1).

La SR60 en hombres fue de 30,6%, con una media de 46,9 meses (IC 95% 34,2 - 59,7) y de 43,3% para las mujeres, con una media de 60,9 meses (IC95% 44,9 - 76,9). El test de Log Rank para probar igualdad en las curvas de supervivencia no fue significativo ($p=0.93$) (Figura2).

En la Tabla 2 se muestra la SR60 meses discriminadas por sexo, afiliación al SGSS, lugar de procedencia, ubicación anatómica, extensión de la enfermedad en pared, número de nódulos comprometidos, estadio clínico y opción terapéutica y resultados del test de Log Rank para probar igualdad en las curvas de supervivencia.

La localización anatómica con mayor SR60 fue colon sigmoides con 40%, seguido de colon ascendente con 27,1% ($p=0.92$) y el estadio clínico IIA sobresalió con 75,1% SR60, con una media de 85,9 meses (IC95% 9,8 -54,5). La opción terapéutica con mejor supervivencia fue la resección

quirúrgica seguida de quimioterapia con 5-FU/ácido folínico con 56,1% SR60, media de 75,8 meses (IC95% 58.2 – 92,8). Sólo la categoría presencia de metástasis se considera un factor pronóstico en la sobrevida de los pacientes diagnosticados con cáncer de colon según este modelo ($p= 0,01$ IC95% 1,3 – 2,7) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En este estudio se observa una sobrevida global a 5 años de 37 %, la cual se encuentra por debajo de lo reportado internacionalmente. Las diferencias en supervivencia entre regiones de un mismo país, se han atribuido al grado de intensidad en la implementación de estrategias de detección temprana y tratamiento oportuno de la población (15). El bajo monto de recursos destinados a la investigación en salud y al sistema de atención, es otra de las causas de la baja efectividad en la prevención, siendo directamente proporcional la relación entre gasto nacional en salud y una mayor supervivencia (16). Sin embargo, las diferencias entre países con gastos similares en salud, sugieren que éste no es el único factor que contribuye en los desenlaces de supervivencia, ya que también puede ser afectada por elementos propios de la enfermedad, como lo son los estados de comorbilidad del huésped, occidentalización de estilos de vida y por factores socioeconómicos (17).

En diversos estudios se ha encontrado que el cáncer de colon es más frecuente en los hombres, pero la supervivencia es mayor en las mujeres, situación que no difiere con lo reportado en el presente estudio, que señala una supervivencia del 43,3% para el grupo de mujeres al quinto año de seguimiento, por debajo de lo reportado por Estados Unidos y Europa (18). Lo anterior podría ser atribuido al riesgo inherente del sexo masculino de presentar lesiones neoplásicas más avanzadas en todas las edades, comparado con las mujeres, así como el rol protector de los estrógenos en las mujeres premenopausicas y al uso de terapia de remplazo hormonal (19).

Esta investigación arrojó hallazgos similares en las dos localizaciones más frecuente para ambos sexos (colon sigmoidees y colon ascendente), a lo encontrado en otros estudios (20). El ángulo hepático ocupó el tercer lugar en frecuencia, por lo que estrategias de detección temprana por medio de la prueba de sangre oculta en heces y colonoscopia, siguen siendo efectivas en el control de esta patología, asociada a una disminución importante en la incidencia y mortalidad del cáncer de colon, concepto reafirmado recientemente en revisiones acerca de este tópico (21, 22).

La sobrevida de algunos tumores sólidos varía según la localización anatómica y el órgano de origen, de igual forma la localización anatómica entre países también puede variar, y por ende su sobrevida; así la supervivencia en Estados Unidos para cada sub sitio anatómico de cáncer es mayor que en Europa, siendo el apéndice el sitio anatómico con mayor sobrevida al quinto año, seguido del colon ascendente y sigmoides en ambos países (23). En este estudio se observó una SR60 al localizarse en el ángulo hepático, seguido del ciego y colon sigmoides, con porcentajes por debajo de lo reportado en otros estudios (17, 23). El menor grado de supervivencia puede relacionarse con una inadecuada política de tamizaje y/o tratamiento (24). Además, la sobrevida puede estar afectada por la presencia de comorbilidades, las cuales influyen en las alternativas terapéuticas (25).

Los estadios clínicos más frecuentes al momento del diagnóstico fueron II, III y IV respectivamente, datos acordes con los reportado en un estudio de base poblacional con 12.525 pacientes entre Estados Unidos y Europa, diagnosticados con cáncer de colon durante el periodo 1996-1998, en donde los estadios más frecuentes fueron el III y II para Estados Unidos y el II y III en Europa (26). En el presente estudio el estadio clínico que mostro mayor sobrevida fue el IIA

seguido del I y del IIIA , con porcentajes por debajo de los estándares internacionales, lo cual hace pensar que las políticas de control de cáncer de colon no están siendo efectivas, ya que aunque se está diagnosticando de forma precoz, esto no se ve reflejado en la sobrevida de los pacientes, por lo que se requieren mayores estudios que permitan evidenciar las barreras en el proceso de detección temprana y manejo oportuno.

Las variables socioeconómicas pueden influenciar la sobrevida (27), los pocos casos procedentes del área rural dificultan el análisis de esta categoría y podrían corresponder a un indicador de no acceso al Sistema de Salud. De igual forma pueden ser el resultado de un subregistro de los casos ya que para el manejo de este tipo de patologías los pacientes suelen trasladarse a la ciudad a convivir con algún familiar urbano, o no consultar al médico. Una tercera explicación a este fenómeno podrían ser estilos de vida particulares, lo que permite asociar la vida rural como un posible factor protector para el desarrollo de cáncer de colon esporádico (28). Según el tipo de Afiliación al Sistema de Salud se llevó a cabo un estudio de base hospitalaria en Estados Unidos entre los años 2001-2010, el cual mostró que los pacientes con cáncer colorrectal sin seguro médico tenían 1.7 veces más probabilidad de presentar estadios

avanzados de la enfermedad al momento del diagnóstico comparado con aquellos que no estaban asegurados (29). Al analizar el régimen de afiliación al SGSS, el régimen contributivo obtuvo una sobrevida mayor; esta situación debe tenerse en cuenta para estudios posteriores a la hora de ejecutar el marco de vigilancia de la efectividad del sistema de salud en la prevención primaria y secundaria de los pacientes con cáncer según régimen de afiliación en salud en pro de un acceso equitativo y de calidad del paciente oncológico.

CONCLUSION

La supervivencia del cáncer de colon en el presente estudio es menor a la reportada en países con programas de detección y control de CCR, respaldados por políticas públicas fuertes y sistemas de vigilancia y control que permitan un constante monitoreo de las barreras en el proceso de atención. Son necesarios más estudios que contemplen variables sociales, demográficas y médicas, que acerquen a los formuladores de políticas y de programas, a la problemática actual de la neoplasia de colon y que se traduzcan en el fortalecimiento de la detección de la enfermedad en atención primaria y atención oportuna y adecuada en niveles de mayor complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Brouquet A, Cervantes A. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 5:v70-7.
2. Disaia C. Cancer colorrectal y vesical. In: MT G, editor. *Oncología Oncologica Clinica*. 2002. p. 423-38.
3. Villamizar L, Albis R, Abadía M, Oliveros R, Gamboa O, Alba L, et al. Tamización de cáncer colorrectal en población adulta asintomática: revisión sistemática. *Rev Colomb CanCeRol*. 2010;14 supl 3:152-68.
4. Bravo LE, Collazos T, Collazos P, García LS, Correa P. Trends of cancer incidence and mortality in Cali, Colombia. 50 years experience. *Colomb Med*. 2012;43(4):246-55.
5. Pardo, C. Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de Cáncer en Colombia 2007-2011. Vol. 1, Instituto Nacional De Cancerologia. Bogota, D.C; 2015. 148 p.
6. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014; 15(1):23-34.
7. Jimenez B, Palekar N, Schneider A. Issues related to colorectal cancer and colorectal cancer screening practices in women. *Gastroenterol Clin N Am*. 2011;40:415-26.
8. Cortés A, Bravo LE, García LS, Collazos P. Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer colorrectal en Cali, Colombia, 1962-2012. *Salud Pública Mex*. 2014; 56:457-64.
9. O'Connell JB, Maggard MA, Ko CY. Colon cancer survival rates with the

- new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(19):1420-5.
10. Hemminki K, Santi I, Weires M, Thomsen H, Sundquist J, Bermejo JL. Tumor location and patient characteristics of colon and rectal adenocarcinomas in relation to survival and TNM classes. *BMC Cancer.* 2010;10:688.
11. Fritz A, Percy C, Jack A, Shan k. Clasificación internacional de enfermedades para oncología (CIE-O) *RevEspSaludPública* 2003;77(659).
12. Washington K, Berlin J, Branton P, Burgart LJ, Carter DK, Fitzgibbons P, et al. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Primary Carcinoma of the Colon and Rectum. *Arch Pathol Lab Med.* 2009 Oct;133(10):1539-51. doi: 10.1043/1543-2165-133.10.1539
13. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Brouquet A, Cervantes A. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010;21 Suppl 5:v70-7.
14. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de la población. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
15. Fusco M, Pezzi A, Benatti P, Roncucci L, Chiodini P, Di Maio G, et al. Clinical features and colorectal cancer survival: an attempt to explain differences between two different Italian regions. *Eur J Cancer.* 2010;46(1):142-9.
16. Gatta G, Trama A, Capocaccia R. Variations in cancer survival and patterns of care across Europe: roles of wealth and health-care organization. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2013;2013(46):79-87.
17. Gatta G, Ciccolallo L, Capocaccia R, Coleman MP, Hakulinen T, Moller H, et al. Differences in colorectal cancer survival between European and US populations: the importance of subsite and morphology. *Eur J Cancer.* 2003;39(15):2214-22.
18. Gatta G, Capocaccia R, Coleman MP, Gloeckler Ries LA, Hakulinen T, Micheli A, et al. Toward a comparison of survival in American and European cancer patients. *Cancer.* 2000;89(4):893-900.
19. Nguyen SP, Bent S, Chen YH, Terdiman JP. Gender as a risk factor for advanced neoplasia and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(6):676-81 e1-3.
20. Ponz de Leon M, Marino M, Benatti P, Rossi G, Menigatti M, Pedroni M, et al. Trend of incidence, subsite distribution and staging of colorectal neoplasms in the 15-year experience of a specialised cancer registry. *Ann Oncol.* 2004;15(6):940-6.
21. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med.* 2012;366(25):2345-57.
22. Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2014;64(2):104-17.
29. Parkin DM. The evolution of the population-based cancer registry. *Nat Rev Cancer.* 2006;6(8):603-12.
23. O'Connell J, Maggard M, Clifford Y. Colon Cancer Survival Rates With the New America Joint Committee on

- Cancer Sixth Edition Staging. . JNCI J Natl Cancer Inst. 2004;96(19).
24. Coleman MP. Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet*. 2014;383(9916):564-73.
25. Janssen-Heijnen ML, Maas HA, Houterman S, Lemmens VE, Rutten HJ, Coebergh JW. Comorbidity in older surgical cancer patients: influence on patient care and outcome. *Eur J Cancer*. 2007;43(15):2179-93.
26. Allemani C, Rachet B, Weir HK, Richardson LC, Lepage C, Faivre J, et al. Colorectal cancer survival in the USA and Europe: a CONCORD high-resolution study. *BMJ Open*. 2013;3(9):e003055.
27. Lemmens VE, van Halteren AH, Janssen-Heijnen ML, Vreugdenhil G, Repelaer van Driel OJ, Coebergh JW. Adjuvant treatment for elderly patients with stage III colon cancer in the southern Netherlands is affected by socioeconomic status, gender, and comorbidity. *Ann Oncol*. 2005;16(5):767-72.
28. Egeberg R, Halkjaer J, Rottmann N, Hansen L, Holten I. Social inequality and incidence of and survival from cancers of the colon and rectum in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer*. 2008;44(14):1978-88.
29. Farkas DT, Greenbaum A, Singhal V, Cosgrove JM. Effect of insurance status on the stage of breast and colorectal cancers in a safety-net hospital. *J Oncol Pract*. 2012;8(3 Suppl):16s-21s.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de cáncer de colon.

Características		Número de casos (N)	Porcentaje (%)
Sexo	Hombre	62	57
	Mujer	78	42
Procedencia	Rural	4	3,7
	Urbana	104	96,3
Afiliación al SGSS	Contributivo	89	82,4
	Subsidiado	19	17,6
Lugar anatómico	Ciego	7	6,5
	Ascendente	33	30,6
	Ángulo hepático	10	9,3
	Transverso	4	3,7
	Descendente	9	8,7
	Sigmoides	44	40,7
Estadio Clínico	IA	7	6,5
	IIA	39	36,5
	IIB	3	2,8
	IIIA	6	5,6
	IIIB	17	15,7
	IIIC	12	11,1
	IVA	19	17,6
	IVB	5	4,6

Fuente: propia a partir de datos de la investigación

Tabla 2. Sobrevida según variables histopatológicas y clínicas de cáncer de colon

Características		N	Supervivencia relativa a 5 años % (IC 95%)	valor de P*
Lugar anatómico	Ciego	7	40	0,922
	Colon Ascendente	33	27,1	
	Colon Ángulo hepático	10	60	
	Colon Transverso	4	33	
	Colon Descendente	9	0	
	Colon Sigmoides	44	35,6	
Extensión en pared	pTx	9	0 (0,6-19,4)	0,000
	pT2	13	38,9 (27,6-58,4)	
	pT3	77	43,9 (49,1-73,7)	
	pT4a	7	33 (18,7-38,2)	
	pT4b	2	35 (35,2-35,2)	
Afectación ganglionar	pNx	14	14,4 (6,1-56,6)	0,019
	pN0	50	59,3 (55-88)	
	pN1a	9	26,7 (13,9-52,1)	
	pN1b	13	38,7 (26,1-59)	
	pN2a	12	0 (19,8-41)	
	pN2b	10	12,5(21-65,2)	
Metástasis	pM0	85	45,8 (54,3-77,8)	0,000
	pM1a	20	0 (8,2-14,8)	
	pM1b	3	0 (3,1-38,2)	
Estadio Clínico	IA	7	66,7 (29,6-71,3)	0,000
	IIA	39	75,1 (68,7-103,1)	
	IIB	3	0 (20,5-43,9)	
	IIIA	6	33,3 (9,8-54,5)	
	IIIB	17	26,9 (30-54,8)	
	IIIC	12	25,4 (29,6-70)	
	IVA	19	0 (8,1-15,1)	
	IVB	5	0 (8,3-39,6)	
Tratamiento	Paliativo	8	0 (5,5-12,1)	0,000
	Resección quirúrgica	27	44,6 (37,5-72,8)	
	Quirúrgico y 5-FU/Acido Fólico	38	56,1 (58,8-92,8)	
	Quirúrgico y Capecitabine/Oxaliplatino	14	43,8 (24,9-52,7)	
	Otro	21	26 (19-54,5)	

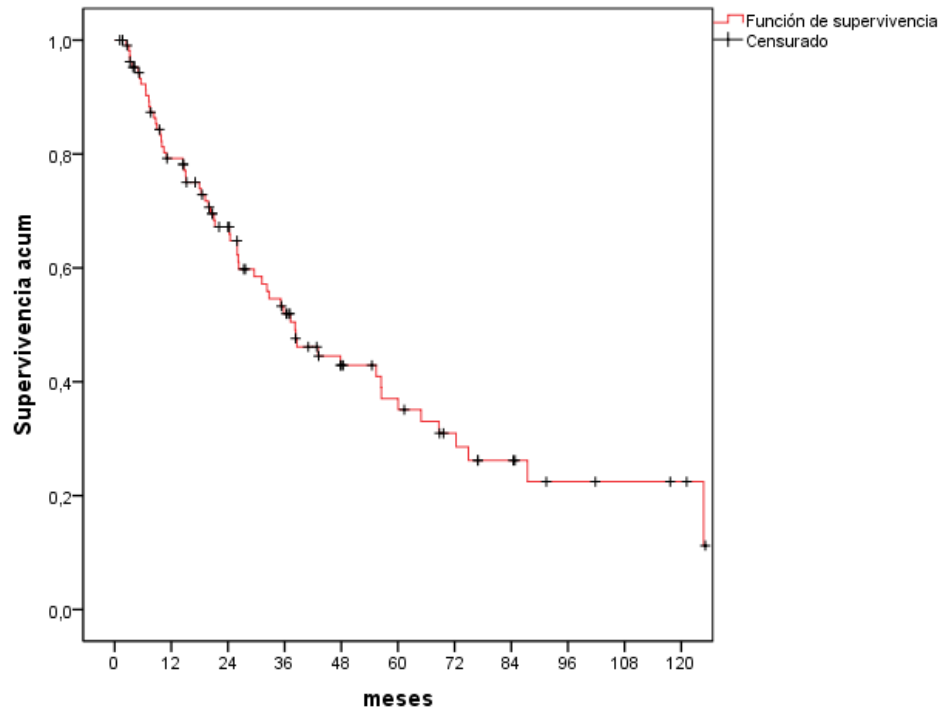
Fuente: propia a partir de datos de la investigación Test de log-rank *p < 0.05,

Tabla 3. Resultados de Modelo de Cox

Característica	p	RR	IC 95%	
Grado de extensión en pares	0,02	0,7	0,58	0,96
# Nódulos comprometidos	0,88	1,0	0,86	1,18
Presencia de metástasis	0,001	1,8	1,31	2,71
Estadio TNM	0,12	1,1	0,96	1,34
Tratamiento	0,99	1,0	0,84	1,18

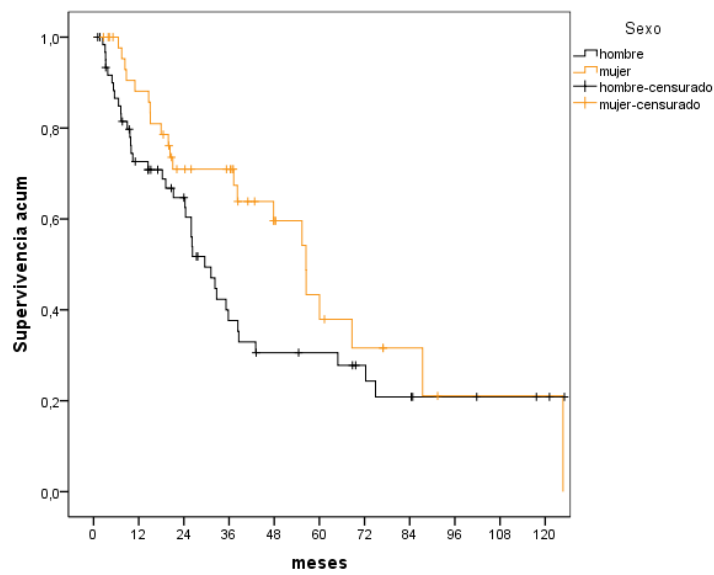
Fuente: propia a partir de datos de la investigación

Figura 1. Supervivencia global cáncer de colón



Fuente: propia a partir de datos de la investigación

Figura 2. Supervivencia según sexo



Fuente: propia a partir de datos de la investigación

Consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes

Figueroa F¹, Charlot J¹, Molette Y¹, Martínez N², Jiménez M³

¹Estudiante, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Email: franfigue15@outlook.com

²Asistente de Investigación, Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

³Directora, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

RESUMEN

Objetivos. Evaluar las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes en comunidades económicamente desventajadas de la zona sur de Santiago en el periodo febrero-marzo 2017.

Métodos y técnicas. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y de fuente primaria, con el objetivo de evaluar, las consecuencias socioeconómicas asociados al consumo de alcohol. Para llevar a cabo este estudio, se utilizó una muestra de 550 participantes de tres categorías de edad: de 15 a 17, 18-24 y de 25 a 64 años y un instrumento de 35 preguntas.

Resultados y Conclusión: En este estudio, se encontró que 74% de los participantes tiene un no consumo o un consumo de bajo riesgo, mientras que el 19.9% tiene consumo de riesgo y de dependencia. Con relación a los objetivos específicos del estudio, se observaron que 18.5% de nuestra población presentó problemas personales por el consumo de alcohol, y 63.6% presentaron defunción familiar severa. Asimismo, un buen porcentaje de abandono escolar, problemas tanto en la escuela como en el trabajo, etc...

Palabras Clave: consecuencias socioeconómicas, consumo, alcohol, abandono escolar, problema escolar, problema familiar.

Recibido: 14/7/2017.

Aceptado: 24/10/2017.

ABSTRACT

Objectives. The objective of this research was, evaluate socioeconomically the consequences of alcohol intake between adolescents and young adults in the period of February-march of 2017.

Methods: For this research, they employed a descriptive and transversal study where the sample studied was formed by 550 between 15 to 64 years old and a questionnaire that consists in 35 questions.

Results and conclusion: In this research, they found an amount of 74% of the participants with a low risk intake, while a 19.9% presented moderate risk and a 14.9% with dependence consumption. They also observed that 18.5% assumed to have been in trouble for drinking alcohol and they found that 63.6% of the participants have had family dysfunction.

Key words: social consequences, intake, alcohol, school dropout, trouble in school, family problem.

INTRODUCCIÓN

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas que más se utilizan en el mundo. Su consumo ha ido en aumento en los últimos años, especialmente en la población joven, los cuales son los más vulnerables a ser adictos en un futuro ya que se muestran despreocupados y muchas veces desconocen los riesgos que implican un consumo inadecuado de esta sustancia. Las consecuencias de ingesta de alcohol pueden ser tanto físicas como psicológicas.(1) Todo eso constituye una problemática para salud pública y para el desarrollo de la sociedad como tal por las posibles injurias que pueden provocar y propiciarse los individuos bajo el efecto del alcohol.(2)

En República Dominicana la ingesta de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para causar daños en la salud de los jóvenes y adultos. La Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana (ENDESA 2013) publicó que las mujeres con edades comprendidas entre 15-49 años indicaron que habían tomado bebidas alcohólicas en el último mes en un 42% y de ellas, el mayor porcentaje de consumo estaba en las mujeres de 20-29 años con un 50%. En contraste con las mujeres, 61% de los hombres con edades entre 15-59 años de edad informaron que había ingerido alcohol en el último mes, de este grupo quienes más consumieron fueron los de 20-29 años con un 68%, un 78% consumió alcohol más de una vez.

Por otra parte también dicha encuesta asoció el nivel social, económico y educativo con el consumo de alcohol y sus repercusiones negativas a la salud.(3) El alcohol ha sido identificado como un componente que provoca más de 200 enfermedades tales como enfermedades del tracto gastrointestinal, cáncer, problemas cardiovasculares, diabetes mellitus así como enfermedades infecciosas.(4) Así mismo el consumo de dicha sustancia causa otro tipos de alteraciones tales como síntomas de dependencia, altercados y disfunción intrafamiliar.(5)

Y es que dicha sustancia no tan sólo es causante de enfermedades sino que también tiene una alta mortalidad, y esto queda plasmado en las cifras arrojadas por la OMS de que cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de todas las defunciones, donde el 7.6% perteneció a los hombres y el 4.0% a las mujeres.(4)

Por todo lo anteriormente mencionado y con el fin de realizar este estudio, se decidieron plantear la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes en comunidades de la zona sur de Santiago de los caballeros en el periodo febrero-marzo 2017?

MÉTODOS

Para la realización de este estudio, se utilizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, de fuente primaria con el objetivo de evaluar, las consecuencias socioeconómicas asociados al consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes de la zona sur de la ciudad de Santiago en el período febrero-marzo 2017. Este consistió en la primera etapa se calcularon las estadísticas descriptivas de los datos presentando frecuencia y porcentaje, pues todas las variables del estudio son cualitativas.

En una segunda fase, se realizará el análisis bivariado de los datos, llevando a cabo los cruces de variables y las pruebas de hipótesis. En vista de que se trabajó solo con variables cualitativas, se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado para la comparación de proporciones. Las pruebas de hipótesis se completaron asumiendo un nivel de confianza de 95% y un error máximo de 5%.

La recolección de los datos se realizó utilizando un instrumento híbrido que contenía preguntas derivadas directamente de los objetivos y las variables del estudio, así como de otros instrumentos conocidos, validados para el consumo de alcohol (AUDIT), la disfunción familiar (APGAR), la presión de grupo (Escala de resistencia a la presión

de grupo), la depresión y la ansiedad (Escala de ansiedad y depresión de Goldberg), nivel de autoestima (Rosenberg) y el riesgo de diabetes tipo 2 (FINDRICS). En general, el instrumento consta de 11 páginas, 8 secciones temáticas, y 35 preguntas principales, cerradas en su mayoría, solo con algunas opciones abiertas de especificación. La recolección de los datos se realizó mediante una entrevista, y la duración de la misma fue de unos 30 a 40 minutos por persona.

Fue una línea de investigación donde participaron 5 grupos de investigación constituidos por 13 investigadores donde se tomaron como población de referencia 5,305 personas de en un rango de edad de 15 a 64 años que fueron las que residen en esta región que fue la zona sur de la ciudad de Santiago. De esta población solo se participaron 518 personas y de ellas solo 146 pertenecían al rango de edad que le corresponde a este estudio que fue de 15 a 25 años. Como criterios de inclusión, se podía trabajar con todas las personas deseaban participar, que residieran en esta zona y que estuvieran en el rango de edad de 15 a 64 años de edad. Como criterios de exclusión, no se podía trabajar con personas que tuvieran problemas mentales, que no tuvieran un buen manejo de lenguaje y las que una vez hayan firmado el asentimiento, decidieron salir del estudio.

Para la recolección de los datos, se utilizó un método bien simple para que todos los investigadores pudieran trabajar de manera común. Posterior a completar el procedimiento de recolección de los datos, se procedió a introducir la información correspondiente a cada formulario en una base de datos creada en Microsoft Excel versión 2010. La base de datos fue importada al paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 23.0 para tabular y graficar los datos, y también se hizo una filtración para poder trabajar con las personas de 15 a 24 años de edad para luego completar el plan de análisis.

Este estudio fue sometido a evaluación por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud, el cual confirmó que el instrumento de recolección de datos y todo lo que conlleva la realización de la investigación siga principios éticos aceptables. Para llevar a cabo el estudio se les informó previamente a los padres y/o tutores de los participantes por medio de un consentimiento informado y un asentimiento para los jóvenes, dentro del cual se les explicó con detalle los procedimientos que ameritaban. De igual manera la participación estuvo determinada por los criterios de inclusión y exclusión previamente planeados, así mismo estuvo regida por los principios básicos éticos plasmados en el informe de

Belmont como son: autonomía, beneficencia y justicia.

En este estudio se respetó el principio de autonomía ingresando personas al estudio voluntariamente y ofreciéndole la información adecuada del proceso que se va a realizar. Justicia: los participantes deben ser tratados igualmente. No se incluyó personas por estatus social, económico o color de la piel, teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión. Beneficencia, en este proyecto que es basado en encuestas no se hizo ningún tipo de daño o experimento que involucre al ser humano y se redujo al mínimo los riesgos que pudieran haber ocurrido en la investigación y evaluamos los participantes para revelar cualquier daño posible en la revisión previa.

RESULTADOS

En la tabla 1, se muestran las características generales de la población elegida para nuestra investigación. Dicha población estuvo conformada en un 50% (73) por participantes entre las edades de 15-19 años y 50% (73) por individuos con edades entre 20-24 años. De la muestra elegida anteriormente mencionada 58.9% (86) eran mujeres y 41.1% (60) eran hombres. En cuanto al grado académico la mayor parte de los participantes 41.8% (61) corresponde a media incompleta; 19.2% (28) de los individuos cursaron hasta universitario incompleto, mientras que el

17.8% (26) pertenece a estudios de media completa, el 11% (16) de los participantes tienen un grado de básica incompleta y 5.5% (8) terminaron sus estudios básicos; el 2.1% (3) tienen una educación elemental y el 1.4% (2) es no escolar, ese mismo porcentaje de participantes tienen sus estudios universitarios completos.

Con respecto a la ocupación de los participantes, el 47.3% (69) eran estudiantes, por otra parte, el 29.5% (43) pertenecía al renglón no empleado, seguido de un 15.8% (23) que eran empleados fijos y el 7.5% (11) eran empleados temporales. En relación al ingreso de los individuos se obtuvo como resultado que 40.4% (59) obtenía entre RD\$6,000-12,000 mensualmente, mientras que 21.2% (31) tenía un ingreso inferior a los 6,000 pesos, el 17.8% (26) de los individuos obtenía entre RD\$12,000-18,000 mensualmente, 9.6% (14) tenía un ingreso superior a los RD\$ 30,000, el ingreso del 7.5% (11) de los participantes estaba entre RD\$18,000-24,000, y el 3.4% (5) obtenía entre RD\$24,000-30,000 mensualmente.

En la tabla 2 se muestran que Los contribuyentes fueron clasificados según el tipo de consumo de alcohol y se obtuvo que 74% (108) tenía un no consumo o consumo de bajo riesgo, mientras que 19.9% (29) pertenecía al grupo de consumo de alcohol de riesgo, el 3.4% (5) mostraron síntomas de dependencia de alcohol y el

2.7% (4) obtuvieron un consumo perjudicial de alcohol. En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas los resultados arrojaron que 45.2% (66) de los participantes consumía una o menos veces al mes; el 27.4% (40) consumía de 2 a 4 veces bebidas alcohólicas en un mes, 16.4% (24) nunca ha consumido alcohol y por otra parte el 8.2% (12) consume de dos a tres veces bebidas con alcohol en una semana, mientras el 2.7% (4) consume más de 4 bebidas por semana. En el tipo de bebida se observó que las más consumida son la cerveza en un 74.3% (107), seguido del vino en un 43.1% (62), el ron con 39.6% (57) y el vodka con 16.7% (24). Otras bebidas menos consumidas son los licores dulces con 9% (13), el licor de malta y otras bebidas con un 4.2% (6) cada uno, el agua ardiente de caña y la ginebra con un 2.1% (3) y 1.4% (2) respectivamente.

La tabla 3 muestra las consecuencias sociales que se pueden relacionar con el consumo de alcohol. Se puede apreciar que 46.6% (68) de los individuos abandonó la escuela, sus estudios técnicos o universitarios, 18.5% (27) ha tenido problemas personales por consumir bebidas alcohólicas, el 13.7% (20) sufrió problemas familiares, un 6.2% (9) tuvo problemas en la escuela, 3.4% (5) asumió algún tipo de problema en su empleo por dicho consumo y el 0.7% (1) tomó dinero prestado para poder consumir alcohol.

En las tablas de grado académico vs (frecuencia de consumo, tipos de consumo y tipos de bebidas alcohólicas) (tabla 4), los universitarios presentaron una mayor población con un 53.6 % pero en relación a una o dos bebidas al mes, en comparación con los que solo cursaron la escuela elemental con un 33.3 % pero con una tendencia de mayor consumo de cuatro o más veces a la semana. La bebida de elección por universitarios completos fue el ron con un 100%, mientras que los que cursaron solo media incompleta la cerveza. Las personas que cursaron básica incompleta tienen un bajo riesgo de consumo de alcohol en comparación a los que pertenecen a elemental con un 33% de muy alto riesgo.

En las tablas de ocupación vs (frecuencia, tipo de consumo y tipos de bebidas alcohólicas) tabla 5, se muestran que Las personas que se dedicaban a estudiar se catalogaron como "no consumo o consumo de bajo riesgo", mientras que aquellas que no tenían empleo si presentaron riesgo. Aquellas personas que no tenía empleo versus aquellas que sí, con respecto al consumo de 1 o 2 veces, presentan un 46.5 vs 47.8 respectivamente igualándose por décimas en consumo, siendo ambas situaciones económicas desigualitarias.

En las tablas de funcionabilidad familiar vs (frecuencia, tipo de consumo y tipos de

bebidas alcohólicas) tabla 6, se muestran que Las personas que tienen frecuencia 2 a 4 veces al mes de consumo tienen mayor disfunción familiar con un 63.6 % vs a aquellas que nunca han bebido con un 18.1%. Las personas con buena función familiar, no consume o tiene riesgo de consumo comprobándose con el 81% en nuestro estudio, mientras que aquellos que presentaban una función moderada con un consumo de riesgo del 45.5%.

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol no solo representa un factor de riesgo para enfermedades crónicas, y algunas enfermedades infecciosas, sino también un factor asociado a problemas de tipo social que impactan los factores socioeconómicos del individuo, la familia y las comunidades. Este impacto puede incluir, deserción escolar, problemas laborales y familiares, disfunción familiar, entre otras. El propósito de este estudio es evaluar las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes en comunidades económicamente desventajadas de la zona sur de Santiago en el periodo febrero-marzo 2017.

Con estos fines se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte trasversal y de fuente primaria a través de un instrumento validado. Se calculó estadística descriptiva y estadística diferencial.

Para las características generales obtenidas en los resultados de nuestra población nuestro estudio se observó que el 58.9% estuvo conformada por mujeres, 50% de la población total estuvo conformada por jóvenes de 15-19 años y el otro 50% por individuos de 20-24 años. De ellos el 41.8% tuvo una escolaridad de media incompleta y el 47.3% del total no tenían ocupación, sino que eran estudiantes.

El 74% de los participantes tiene un no consumo o un consumo de bajo riesgo, mientras que el 19.9% tiene consumo de riesgo, sin embargo en un estudio realizado por Castaño et al, con una población de estudio muy parecida a la que se utilizó en este estudio, mostró que un 20.5% de su población presentó consumo de riesgo y un 14.9% riesgos de dependencia.(6) En nuestra investigación se demostró que el 27.4% consume de 2-4 veces por mes.

En cuanto al tipo de bebida la más común fue la cerveza para este estudio obteniendo un 74.3%, seguida del vino con un 43.1% y el ron 39.6%. La bebida de elección por universitarios con estudios completos fue el ron con un 100%, mientras que los que cursaron hasta media incompleta fue la cerveza. En contraste Sánchez et al demostró que en los adolescentes de su muestra las bebidas más consumidas son los licores (32,9%) y los combinados (32,5%) En menor medida la cerveza (15%)

y el vino (12,7%). Los principales lugares de consumo los bares, pubs y discotecas (58%) y el propio domicilio (21,1%).(7)

Para el nivel de escolaridad observamos que las personas con una educación elemental abandonaron sus estudios en 100%, mientras que solo el 39.8% de los que no consumen o consumen alcohol de bajo riesgo abandonaron sus estudios en alguna etapa de su vida, así mismo Ramírez y cols. demostraron en su estudio que 51% de los participantes que consumían alcohol tenían una escolaridad baja. Se observa en ambos estudios que mientras más alcohol consumen los individuos menores es su escolaridad y mayor deserción escolar tenían. (8)

Para la frecuencia de consumo y problemas en el empleo se demostró que aquellos individuos que consumen 4 o más veces bebidas alcohólicas en una semana tienen 0.7% mayores problemas laborales. Gómez Talegón y sus colaboradores observaron que el 57% de los participantes con una conducta dependiente tuvieron problemas laborales relacionados con el alcohol durante toda su vida, los principales problemas fueron de absentismo y llamadas de atención. Esto se puede deber a la modificación del comportamiento que presenta una persona bajo los efectos del alcohol.(9) Por otra parte Bravo Ortiz et al. en su estudio demostraron que un 19.80% de 102

empleados encuestados mostraron signos de consumo perjudicial lo cual puede conllevar a problemas laborales. (10)

El 18.5% de nuestra población presentó problemas personales por el consumo de alcohol. De este porcentaje los que tenían un consumo perjudicial de alcohol o de 4 o más veces por semana tenían problemas personales en el 100% y 75% de los casos respectivamente. Castaño et al mostró que un 21.7% de los individuos de sus estudio presentaron problemas personales como por ejemplo: agresiones físicas y un 13% tuvieron problemas con las autoridades.(6)

En otro estudio realizado por Cicua, et al. Mostraron que la categoría conflictos personales representaron un 60.9%.(6) Se relacionó la frecuencia de consumo con la funcionabilidad familiar y se obtuvo que el 52.8% de los participantes con buena función familiar consume o menos veces al mes y 63.6% con disfunción familiar severa consume de dos a cuatro veces al mes, el 18.2% consume más de cuatro veces al mes, El 27.3 de las personas con disfunción familiar severa tienen un consumo de alcohol de riesgo. Alonso- Castillo y colaboradores en su estudio de la función familiar y su relación con el consumo de alcohol demostraron que el 32% de los adolescentes con disfunción moderada tenía un consumo dañino de alcohol, mientras que los que viven en disfunción familiar severa tienen 20% de consumo

dañino. Aquellos adolescentes con buena funcionabilidad familiar representan 68% de consumo sensato de alcohol y 11% de consumo dañino. Esto demuestra que mientras más severa es la disfunción familiar mayor consumo de bebidas alcohólicas presentan los jóvenes. (11)

Entre las limitaciones de este estudio se puede resaltar que el tiempo nos causó mucho problema. También la disponibilidad de cada recolector debido a las diferencias sobre la unidad académica en la que estaba, lo cual hacía casi imposible que todos tuvieran disponible el mismo día y la misma hora para la recolección. Por otra parte, la encuesta representaba limitaciones ya que las respuestas dependían del estado de ánimo del encuestado, su grado de honestidad y comprensión para contestar las preguntas. Otra limitación fue la población elegida para el estudio ya que por miedo a ser etiquetados o delatados con alguna autoridad por el consumo de alcohol a una edad no permitida podían tergiversar las respuestas y eso alteró completamente los resultados de nuestra investigación.

Nuestras fortalezas fueron el apoyo brindado por los asesores tanto metodológicos como oficiales y también a medida que íbamos avanzando, se sentía que lo maravilloso y lo perfecto que iba a quedar el trabajo.

CONCLUSION

En respuesta a los objetivos de la investigación se concluye que:

- El 74% de los participantes tiene un no consumo o un consumo de bajo riesgo, mientras que el 19.9% tiene consumo de riesgo, mientras que un 20.5% de su población presentó consumo de riesgo y un 14.9% riesgos de dependencia. De los cuales el 27.4% demostró que consume de 2-4 veces por mes. Para la frecuencia de consumo y problemas en el empleo se demostró que aquellos individuos que consumen 4 o más veces bebidas alcohólicas en una semana tienen 0.7% mayores problemas laborales.
- El 18.5% de nuestra población presentó problemas personales por el consumo de alcohol. De este porcentaje los que tenían un consumo perjudicial de alcohol o de 4 o más veces por semana tenían problemas personales en el 100% y 75% de los casos respectivamente.
- El abandono escolar fue más evidente en el hombre 46.7% (28) que en la mujer 46.5% (40). El hombre presentó mayor cantidad de problemas escolares 13.3% (8)
- El 6.2% (9) tuvo problemas en la escuela, 3.4% (5) asumió algún tipo de problema en su empleo por dicho consumo y el 0.7% (1) tomó dinero prestado para poder consumir alcohol.
- Se relacionó la frecuencia de consumo con la funcionabilidad familiar y

se obtuvo que el 52.8% de los participantes con buena función familiar consume o menos veces al mes y 63.6% con disfunción familiar severa consume de dos a cuatro veces al mes.

Con los resultados obtenidos en esta investigación se recomienda a futuros investigadores a realizar estudios posteriores sobre el tema en cuestión considerando modificaciones en el instrumento de trabajo en especial el AUDIT. De esta forma se podrá medir de manera más adecuada el consumo de bebidas alcohólicas en la sociedad Dominicana específicamente, ya que los estándares que proporciona AUDIT son muy internacionales y al momento de recolección de datos en nuestro entorno, los resultados esperados no fueron los obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salamó Avellaneda A, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Revista Psicothema* [Internet] 2010 [Acceso: 12 de julio]; 22(2):189-195. Disponible en: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8889/8753>
2. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial* [Internet] 2010 [Acceso: 12 de julio];19(3): 253-264. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a06.pdf>
3. Molina Achécar M, Ramírez N, Polanco JJ, Quiterio G, Guzmán JM, Cox A, et al. Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. [Internet] 2014 [Acceso 21 enero 2016]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Ginebra: WHO; [Internet] 2014 [Acceso 21 enero 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
5. Blay N, Amador C, Monste J, Becoña E, Mantecón A, Ros M, et al. Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes españoles. *Psicothema* [Internet] 2010 [Acceso: 25 de mayo]; 22(3):396-402. Disponible en: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8868/8732>
6. Castaño-Pérez GA, Calderon-Vallejo GA. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2014 [citado 2017 marzo 14]; 22(5):739-46. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
7. Espada Sánchez, JP, Méndez Carrillo FX, Hidalgo Montesinos. Consumo de alcohol en escolares:

descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. Adicciones. [Internet] 2009 [citado 2017 marzo 14]; 12(1):57-64. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/Consumo%20de%20alcohol%20en%20escolares.pdf>.

<https://onedrive.live.com/?authkey=%21AFzyIhahSCyv2Q&cid=D6156AF994C57F47&id=D6156AF994C57F47%21167&parId=D6156AF994C57F47%21156&o=OneUp>

8. Ramírez MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2005 [citado 2017 marzo 14] 13(número especial):813-8. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

9. Gómez-Talegón MA, Álvarez-González FJ. Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento. Med Segur Trab [Internet] 2009 [citado 2017 marzo 04]; 55(216):20-25. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300003

10. Bravo Ortiz CM, Palucci Marziale MH. El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2010 [citado 2017 marzo 15]; 18(Spec):487-95. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

11. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano Á, Armendáriz-García NA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Health and Addictions. [Internet] 20 [citado 2017 Marzo 15]; 17(1):87-96. Disponible en:

Tabla 1. Características generales de los adolescentes y adultos jóvenes de las comunidades de la zona sur de Santiago en el periodo febrero-marzo 2017.

CARACTERISTICAS GENERALES	n	%
EDAD		
15-19 AÑOS	73	50
20-24 AÑOS	73	50
SEXO		
HOMBRE	60	41.1
MUJER	86	58.9
GRADO ACADÉMICO		
NO ESCOLAR	2	1.4
ELEMENTAL	3	2.1
BÁSICA INCOMPLETA	16	11
BÁSICA COMPLETA	8	5.5
MEDIA INCOMPLETA	61	41.8
MEDIA COMPLETA	26	17.8
UNIVERSITARIO INCOMPLETO	28	19.2
UNIVERSITARIO COMPLETO	2	1.4
OCUPACIÓN ACTUAL		
NO EMPLEADO	43	29.5
EMPLEADO TEMPORAL	11	7.5
EMPLEADO FIJO	23	15.8
ESTUDIANTE	69	47.3
INGRESO		
≤6,000	31	21.2
6,000 - 12,000	59	40.4
12,000 – 18,000	26	17.8
18,000 – 24,000	11	7.5
24,000 – 30,000	5	3.4
≥30,000	14	9.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio...

Tabla 2. Características del consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes de las comunidades de la zona sur de Santiago en el periodo febrero-marzo 2017.

CONSUMO DE ALCOHOL	n	%
TIPO DE CONSUMO		
NO CONSUMO O CONSUMO DE BAJO RIESGO	108	74
CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO	29	19.9
SINTOMAS DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL	5	3.4
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	4	2.7
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL		
NUNCA	24	16.4
UNA O MENOS VECES AL MES	66	45.2
DE 2 A 4 VECES AL MES	40	27.4
DE 2 A 3 VECES A LA SEMANA	12	8.2
4 O MAS VECES A LA SEMANA	4	2.7
TIPO DE BEBIDAS ALCOHOLICA		
CERVEZA	107	74.3
LICOR DE MALTA	6	4.2
VINO	62	43.1
RON	57	39.6
AGUARDIENTE DE CANA	3	2.1
GINEBRA	2	1.4
VODKA	24	16.7
LICORES DULCES	13	9
OTROS ESPECIFICOS	6	4.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio...

Tabla 3. Consecuencias sociales del consumo de alcohol.

CONSECUENCIAS SOCIALES	n	%
SOC 18	68	46.6
SOC 19	9	6.2
SOC 20	20	13.7
SOC 21	27	18.5
SOC 22	5	3.4
SOC 23	1	0.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio...

Tablas 4. Consumo de alcohol según grado académico.

GRADO ACADÉMICO VS FRECUENCIA DE CONSUMO																
	NO ESCOLAR		ELEMENTAL		BÁSICA INCOMPLETA		BÁSICA COMPLETA		MEDIA INCOMPLETA		MEDIA COMPLETA		UNIVERSITARIO INCOMPLETO		UNIVERSITARIO COMPLETO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NUNCA	0	0	1	33	4	25	1	12.5	6	9.8	8	30.8	4	14.3	0	0
UNA O MENOS VECES AL MES	1	50	0	0	7	43.8	3	37.5	31	50	8	30.8	15	53.6	1	50
DE 2 A 4 VECES AL MES	1	50	1	33	5	31.2	4	50	12	19.7	8	30.8	8	28.6	1	50
DE 2 A 3 VECES A LA SEMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	10	16.4	1	3.8	1	3.6	0	0
4 O MAS VECES A LA SEMANA	0	0	1	33.3	0	0	0	0	2	3.3	1	3.8	0	0	0	0

GRADO ACADEMICO VS TIPOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS																
	NO ESCOLAR		ELEMENTAL		BASICA INCOMPLETA		BASICA COMPLETA		MEDIA INCOMPLETA		MEDIA COMPLETA		UNIVERSITARIO INCOMPLETO		UNIVERSITARIO COMPLETO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CERVEZA	1	50	2	66.7	11	73.3	5	62.5	50	83.3	18	69.2	19	67.9	1	50
LICOR DE MALTA	0	0	0	0	1	6.7	0	0	2	3.3	0	0	3	10.7	0	0
VINO	1	50	2	66.7	4	26.7	4	50	27	45	10	38.5	13	46.4	1	50
RON	1	50	1	33.3	3	20	2	37.5	25	41.7	10	38.5	12	42.9	2	100
AGUARDIENTE DE CANA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0
GINEBRA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.7	0	0	1	3.6	0	0
VODKA	0	0	1	32.3	2	13.3	3	37.5	10	16.7	3	11.5	5	17.9	0	0
LICORES DULCES	0	0	1	33.3	0	0	0	0	6	10	0	0	6	21.4	0	0
OTROS ESPECIFICOS	0	0	0	0	3	20	0	0	1	1.7	0	0	2	7.1	0	0

GRADO ACADEMICO VS TIPO DE CONSUMO																
	NO ESCOLAR		ELEMENTAL		BASICA INCOMPLETA		BASICA COMPLETA		MEDIA INCOMPLETA		MEDIA COMPLETA		UNIVERSITARIO INCOMPLETO		UNIVERSITARIO COMPLETO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO CONSUMO O CONSUMO DE BAJO RIESGO	1	50	1	33.3	15	93.8	3	37.5	44	72.1	20	76.9	23	82.1	1	50
CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO	1	50	1	33.3	1	6.2	5	62.5	13	21.3	4	15.4	3	10.7	1	50
SINTOMAS DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.3	2	7.7	1	3.6	0	0
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	0	0	1	33.3	0	0	0	0	2	3.3	0	0	1	3.6	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio...

Tablas 5. Consumo de alcohol según grado aocupación.

OCUPACION VS TIPO DE CONSUMO								
	NO EMPLEADO		EMPLEADO		EMPLEADO FIJO		ESTUDIANTE	
	N	%	TEMPORAL		N	%	N	%
			N	%				
NO CONSUMO O CONSUMO DE BAJO RIESGO	34	79.1	7	63.6	11	47.8	56	81.2
CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO	7	16.3	1	9.1	10	43.5	11	15.9
SINTOMAS DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL	1	2.3	1	18.2	0	0	1	1.4
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	1	2.3	2	18.2	0	0	1	1.4

OCUPACION VS TIPOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS								
	NO EMPLEADO		EMPLEADO		EMPLEADO FIJO		ESTUDIANTE	
	N	%	TEMPORAL		N	%	N	%
			N	%				
CERVEZA	31	72.1	8	72.7	16	69.6	52	77.6
LICOR DE MALTA	4	9.3	0	0	1	4.3	1	1.5
VINO	17	39.5	5	45.5	8	34.8	32	47.8
RON	17	39.5	6	54.5	12	52.2	22	32.8
AGUARDIENTE DE CANA	0	0	0	0	3	13	0	0
GINEBRA	1	2.3	0	0	1	4.3	0	0
VODKA	7	16.3	3	27.3	5	21.7	9	13.4
LICORES DULCES	1	2.3	0	0	4	17.4	8	11.9
OTROS ESPECIFICOS	1	2.3	1	9.1	2	8.7	2	30

OCUPACION VS FRECUENCIA DE CONSUMO								
	NO EMPLEADO		EMPLEADO TEMPORAL		EMPLEADO FIJO		ESTUDIANTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NUNCA	5	11.6	2	18.2	1	4.3	16	23.2
UNA O MENOS VECES AL MES	20	46.5	3	36.4	11	47.8	32	46.4
DE 2 A 4 VECES AL MES	14	32.6	4	36.4	4	17.4	18	26.1
DE 2 A 3 VECES A LA SEMANA	3	7	0	0	6	26.1	3	4.3
4 O MAS VECES A LA SEMANA	1	2.3	2	18.2	1	4.3	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio...

Tablas 6. Consumo de alcohol según funcionalidad familiar.

FUNCIONABILIDAD FAMILIAR VS FRECUENCIA DE CONSUMO								
	BUENA FUNCION FAMILIAR		DISFUNCION FAMILIAR LEVE		DISFUNCION FAMILIAR MODERADA		DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NUNCA	13	18.1	7	17.1	3	13.6	1	9.1
UNA O MENOS VECES AL MES	38	52.8	19	46.3	8	36.4	1	9.1
DE 2 A 4 VECES AL MES	13	18.1	12	29.3	8	36.4	7	63.6
DE 2 A 3 VECES A LA	7	9.7	2	4.9	3	13.6	0	0

SEMANA								
4 O MAS VECES A LA SEMANA	1	1.4	1	2.4	0	0	2	18.2

FUNCIONABILIDAD FAMILIAR VS TIPO DE CONSUMO								
	BUENA FUNCION FAMILIAR		DISFUNCION FAMILIAR LEVE		DISFUNCION FAMILIAR MODERADA		DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	
NO CONSUMO O CONSUMO DE BAJO RIESGO	59	81.9	33	80.5	11	50	5	45.5
CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO	11	15.3	5	12.2	10	45.5	3	27.3
SINTOMAS DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL	1	2	4.9	0	0	2	2	18.2
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	1	1.4	1	2.4	1	4.5	1	9.1

FUNCIONABILIDAD FAMILIAR VS TIPOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS								
	BUENA FUNCION FAMILIAR		DISFUNCION FAMILIAR LEVE		DISFUNCION FAMILIAR MODERADA		DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CERVEZA	44	61.1	35	89.7	19	86.4	9	81.8
LICOR DE MALTA	4	5.6	2	5.1	0	0	0	0
VINO	35	48.6	13	33.3	6	27.3	8	72.7
RON	30	41.7	15	38.5	4	18.2	8	72.7
AGUARDIENTE DE CANA	2	2.8	1	2.6	0	0	0	0
GINEBRA	1	1.4	1	2.6	0	0	0	0
VODKA	6	8.3	7	17.9	5	22.7	6	54.5
LICORES DULCES	6	8.3	5	12.8	1	4.5	1	9.1
OTROS ESPECIFICOS	5	6.9	0	0	1	4.5	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio...

Estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia Ingenio Arriba

Marte A¹, Martínez E¹, Pichardo R¹, Ortiz I², Quiñones Z³, Rosario V², Matos A²

¹Estudiante, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Email: andymarteulerio@gmail.com

²Profesor, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

³Coordinadora, Unidad Técnico Asesora de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

RESUMEN

Introducción. Evalúa el estado nutricional por antropometría de los niños lactantes que asisten al Centro de Atención Integral para la Primera Infancia (CAIPI) Ingenio Arriba y su relación con el perfil sociodemográfico de los padres/tutores

Métodos y técnicas. Estudio de tipo analítico transversal de fuente primaria, donde se evaluó el estado nutricional por antropometría de los lactantes del CAIPI Ingenio Arriba inscritos durante el período noviembre 2016 – febrero 2017 y se relacionó con el perfil sociodemográfico de los padres/tutores. Obtención de datos mediante un cuestionario de 42 preguntas, tomadas en su mayoría de ENDESA 2013 y ENNASA 2014. Se utilizó un segundo instrumento con 14 ítems que reflejan tanto las medidas antropométricas como el estado nutricional de los lactantes. Fue aplicado a un total de 46 lactantes.

Resultados. 43.4% de los lactantes mayores presentaron malnutrición por exceso y por déficit en el 56.3% de los lactantes menores. Los hijos de padres adultos jóvenes tenían mayor tendencia a la malnutrición por déficit para un 66.6%. El 66.7% de los lactantes cuyos padres solo alcanzaron la secundaria sufren de algún tipo de malnutrición. Familias con ingreso menor de RD\$10,000.00, se inclinan por padecer malnutrición por exceso. Hogares monoparentales demuestran tendencia a padecer malnutrición por déficit.

Conclusiones. Debido a que los cruces de las variables del presente estudio no presentaron significancia estadística se concluye que no existe relación entre el estado nutricional y el perfil sociodemográfico de los padres o tutores del CAIPI Ingenio Arriba.

Palabras claves: lactante, estado nutricional, antropometría, perfil sociodemográfico

Recibido: 11/7/2017.

Aceptado: 29/8/2017.

ABSTRACT

Introduction. This study evaluates the nutritional status by anthropometry of infants attending the Integral Care Center for Early Childhood (CAIPI) Ingenio Arriba and its relation to the sociodemographic profile of parents or guardians.

Methods and techniques. Cross-sectional analytical study of primary source, where the nutritional status was evaluated by anthropometry of infants of CAIPI Ingenio Arriba enrolled during the period November 2016 – February 2017 and was related to the sociodemographic profile of parents or guardians. These data were obtained through a questionnaire of 42 questions, taken mostly from ENDESA 2013 and ENNASA 2014. In addition, a second instrument with 14 items was used, reflecting both the anthropometric measures and the nutritional status of infants. It was applied to 46 infants.

Results. 50% of infants living in rural areas suffer from undernutrition. 66.7% of infants whose parents reached high school as the highest level of education suffer from some type of malnutrition. Infants, whose parents have an income below RD \$6,000.00, are inclined to suffer from overnutrition. Single-parent families show a tendency to suffer from undernutrition.

Conclusions. Because the crosses of the variables of the present study did not present statistical significance, it is concluded that there is no relationship between the nutritional status and the sociodemographic profile of the parents or guardians of the CAIPI Ingenio Arriba.

Keywords: infant, nutritional state, anthropometry, sociodemographic profile

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de una persona interviene directamente en la salud y la calidad de vida desde el nacimiento, es por esto que es de suma importancia mantener una buena salud desde los primeros días de nacimiento (1). La República Dominicana, al ser un país en vías de desarrollo, tiene un alto índice de desnutrición ya sea por exceso o por déficit, similar al índice encontrado en Bangladesh, India y Pakistán, conteniendo estos tres el 50% de los niños que padecen malnutrición en el mundo (2). Es conocido que los lactantes son la población con mayor riesgo a sufrir trastornos nutricionales (3).

En un estudio realizado en Nairobi, los lactantes menores presentaron un mayor índice de desnutrición que los lactantes mayores (4).

Diferentes estudios a lo largo del tiempo han encontrado una relación entre las variables sociodemográficas y el estado nutricional de los individuos (5,6,7). Los niños de familias con menor nivel adquisitivo suelen padecer de mayores problemas de crecimiento debido a la desnutrición; por el contrario, los niños con familias de mayor nivel adquisitivo suelen estar posicionados en mejores categorías en cuanto a

crecimiento y nutrición⁶. Otros factores como la calidad de vida, área de residencia, acceso a alimentos, el estado nutricional de los padres, entre otros, se relacionan a malnutrición por exceso (7).

Estos datos, además de la reciente apertura del Centro de Atención para la Primera Infancia (CAIPI) de Ingenio Arriba nos llevan a tomar en cuenta las siguientes preguntas ¿Cuál es el estado nutricional de los niños lactantes del CAIPI Ingenio Arriba en el período noviembre 2016 – febrero 2017? y, ¿cómo se relaciona el perfil sociodemográfico con el estado nutricional de los niños lactantes del Centro de Atención Integral para la Primera Infancia de Ingenio Arriba en el período noviembre 2016 – febrero 2017?

MÉTODOS

La población estudiada fueron los niños lactantes de 45 días a 1 año, 11 meses y 30 días de nacido, del Centro de Atención Integral para la Primera Infancia (CAIPI) de Ingenio Arriba. De un total de 57 niños, 11 no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. En cuanto a los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta los niños comprendidos entre los 45 días a los 2 años de edad aparentemente sanos, que estén inscritos en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia (CAIPI) de Ingenio Arriba en el período noviembre 2016- febrero

2017. El segundo criterio de inclusión se trató sobre niños los cuales al menos unos de sus padres o tutor hayan firmado de manera voluntaria y consciente. Por otro lado, entre los criterios de exclusión del estudio, niños no cooperadores al momento de la evaluación antropométrica, aún después de haber intentado convencerlos, no fueron admitidos; al igual que los niños cuyos padres o tutores no completen el instrumento de recolección de datos (cuestionario).

Se elaboraron dos instrumentos para la recolección de los datos exclusivos para esta investigación, los mismos constaban de 5 secciones; la primera, para obtener los datos generales del niño; la segunda, datos de lactancia materna; la tercera sección, datos nutricionales del niño; una cuarta sección, para los datos de la vivienda y por último una quinta sección que abarcaba los datos generales del padre o tutor. El instrumento descrito estuvo compuesto por preguntas extraídas del cuestionario utilizado en la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) en el año 2013 en la República Dominicana así como de Encuesta Nacional de Salud (ENNASA) del 2014 y por los investigadores asesorados por la Dra. Ángela Matos, pediatra endocrinóloga y asesora oficial (8,10,11). El segundo instrumento apuntó exclusivamente el estado nutricional por antropometría de los niños que a su vez incluía una

sección para los percentiles y otra para el estado nutricional basado en el Índice de Masa Corporal (IMC).

Luego de ser aprobados tanto los instrumentos como el consentimiento informado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (COBE-FACS), y más adelante la prueba piloto realizada en el CAIPI Hato del Yaque, se procedió a solicitar los permisos de lugar para efectuar la recolección de datos en la estancia infantil de Ingenio Arriba. En total se realizaron 16 visitas al centro. La primera visita tuvo como objetivo introducir a los integrantes de la investigación y dar a conocer a los padres la información acerca de la valoración de estado nutricional infantil recalando su importancia. Se explicó toda información concerniente al proceso de investigación, aclarando cada pregunta y/o duda por parte de los padres y el personal del centro.

Durante este encuentro se dieron a conocer los métodos del estudio para la evaluación antropométrica. En las visitas posteriores se procedieron a llenar el consentimiento informado, el instrumento de perfil sociodemográfico y toma de medidas de los lactantes. Para obtener el peso corporal de los niños lactantes se colocó una báscula pediátrica SECA 725 en la superficie más plana y estable ubicada en la enfermería del CAIPI. El mismo se evaluó semi-desnudo, solo

vistiendo pañal limpio con toda medida de lugar para evitar errores de medición. Durante la obtención de la longitud de los lactantes, los examinadores utilizaron un infantómetro SECA 210 utilizando papel desechable como medida de sanidad. Para la medición del perímetro cefálico, los niños se colocaron uno tras otro sobre una mesa de examen físico o en su defecto, en el infantómetro. Se tomó una cinta métrica marca METEREX modelo 19 para medir la circunferencia occipito-frontal, situando la cinta en la parte más ancha de la cabeza, por encima de las cejas y orejas, bordeando hasta la parte posterior pasando por encima de la protuberancia occipital. Luego se procedió a calcular el IMC y a ubicar cada lactante en las tablas de percentiles: peso para la edad, longitud para la edad, peso para la longitud, perímetro craneal para la edad e IMC para la edad.

La tabulación de los datos se realizó en la aplicación Microsoft Office Excel 2013 mientras que para el análisis de los datos se utilizó el programa o paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0. Cada cuestionario tenía un código asignado, compuesto por las iniciales del niño y el número de la encuesta. El plan de análisis fue dividido en dos fases: la estadística descriptiva y la estadística inferencial. La primera fase se describieron todas

las variables las cuales fueron consideradas de carácter cualitativo. En la segunda fase, se cruzaron todas las variables con el estado nutricional buscando encontrar alguna relación entre ellas. Las variables cruzadas con estado nutricional fueron: edad y sexo del niño, edad y sexo de los padres o tutores, nivel educativo de los padre o tutores, lugar de residencia del niño, ocupación de los padres o tutores, estado marital de los padres o tutores, nivel de ingreso familiar y cobertura de necesidades básicas. Al ser estas variables cualitativas mutuamente excluyentes, se analizó la relación que existía entre ellas por medio de la prueba de chi-cuadrado.

RESULTADOS

Dentro de los resultados más relevantes que se encontraron en este estudio se denotó que según el IMC un 34.8% de la población total (n=46) estaba en normopeso (Tabla 1) lo que muestra que tenían un adecuado estado nutricional. Ahora bien, se evidenció que los trastornos nutricionales que sufría el resto de la población podían variar dependiendo de algunos aspectos. En la Tabla 2 se muestra que el total de varones de la población fue de 25 (54.3%), mientras que el de hembras fue de 21 (45.7%). En ambos sexos la mayor cantidad de lactantes se encontró en la categoría normopeso. Un 40% de los lactantes mayores se ubicó en la categoría de normopeso, a diferencia de los

lactantes menores, donde solo 25% estaba en la misma categoría. Sin embargo, 43.4% de los lactantes mayores presentaron malnutrición por exceso, mientras que la malnutrición por déficit mostró predominancia en los lactantes menores (56.3%). Por otro lado, la mayor parte de quienes se ubicaron en las clasificaciones riesgo de bajo peso y bajo peso, fueron hembras, para un 33.3%, de las cuales el mayor porcentaje eran lactantes menores. En las categorías de sobrepeso y obesidad se encontró una mayor cantidad de varones (36%), de los cuales la mayor cantidad eran lactantes mayores. Un 66.6% de los lactantes de sexo femenino presenta algún tipo de malnutrición, ya sea por exceso o déficit, en comparación con los lactantes varones de los cuales un 64% padecía uno de estos trastornos. Del total de los lactantes que presentaron malnutrición, 53.3% pertenecía al sexo masculino.

La zona de residencia (Tabla 3) como factor incidente sobre el estado nutricional mostró que la mayor cantidad de la población residente de zona urbana y de zona rural se encontraba en normopeso. De aquellos que presentaban alteración de la nutrición los que residían en zona urbana se encontraban en mayor porcentaje entre las categorías de sobrepeso y obesidad.

Algunas características de los padres presentados en la Tabla 4, como el sexo y la edad, demostraron que el sexo femenino (93.0%) predominó sobre el sexo masculino (7.0%). Sin embargo, entre ambos sexos el mayor porcentaje eran adultos jóvenes. Ahora bien, los hijos de madres adultas jóvenes presentaban mayor porcentaje de malnutrición por exceso (33.3%), mientras que los hijos de padres adultos jóvenes tenían mayor tendencia a la malnutrición por déficit para un 66.6%. Por otro lado, en cuanto al nivel de enseñanza (Tabla 5) al cual llegaron se encontró que del total de padres que asistieron a algún centro educativo (n=45), el mayor porcentaje de los mismos llegaron hasta la secundaria (66.7%). Aunque la mayor cantidad fue normopeso, se pudo apreciar que de quienes tenían alteración del estado nutricional había una mayor cantidad en las categorías de bajo peso y riesgo para bajo peso con un 36.7%, mientras que en las categorías de sobrepeso y obesidad había un 30%. La actividad laboral de los padres de mayor relevancia en comparación con todas las demás fue el empleo privado con un total de 27 padres (58.7%), de los cuales 10 tuvieron hijos normopeso; 5, riesgo de bajo peso, sobrepeso y obesidad; y, 2 bajo peso (Tabla 6).

Para el estado civil de los padres fue encontrado que el 63.0% de estos se encontraban unidos y un 30.4%

solteros (Tabla 7). Del total de los padres unidos (29), 10 hijos se encontraban en normopeso mientras que solo 4 estuvieron en bajo peso. Al tomar en cuenta el nivel de ingreso, 63.3% tenía un salario mensual menor de RD\$10,000.00 pesos (Tabla 8). De estos el porcentaje más alto hijos estuvo en normopeso, pero de los que tenían estado nutricionales alterados, se encontró mayor porcentaje en sobrepeso y obesidad (33.3%), mientras que en bajo peso y riesgo para bajo peso fue menor (30.0%).

En cuanto a los datos más importantes obtenidos sobre la condición de vida de la población de estudio encontrados en la Tabla 9, se pudo ver que 27 (58.7%) familias vivían en casas de tipo independiente. Dentro de este grupo, el 56.3% de los lactantes pertenecían a la categoría normopeso según su estado nutricional. Un 19.6% de las familias vivían en apartamentos, de las cuales un 55.6% presenta tendencia a malnutrición por exceso, en su mayor parte a sobrepeso. El material de construcción de las viviendas de estos también fue tomado en consideración encontrándose que el mayor porcentaje estaba en que, tanto el piso como las paredes eran de cemento/bloques, mientras que el techo en su mayor grado era de zinc.

Sobre el hacinamiento se evidenció que 25 de 46 lactantes, para un 54.3%,

viven en condiciones de hacinamiento en comparación con el 45.7% de las familias que no se encontraron en condiciones de hacinamiento. A pesar de esto, estas últimas presentan una tendencia inclinada al sobrepeso (19.0%) y la obesidad (23.8%).

Otros servicios como acceso a agua potable, deposición de excretas y acceso a servicios de salud también fueron valorados y presentados en la Tabla 10. Entre los valores obtenidos, un 82.6% de la población de estudio utilizaba agua embotellada como fuente de agua para beber. Más de la mitad de las familias (60.9%) no purifican el agua, mientras que de la poca cantidad que sí llevaban esta práctica, solo el 26.1% purificaban el agua de beber que consumida por los niños. Fue notable que la cantidad de lactantes con malnutrición por déficit de familias que no purificaban el agua o que solo purificaban la de los niños fue de un 33.3%, mientras que, de estas mismas familias, el 28.6% cursó con sobrepeso u obesidad.

El 97.8% de la población tenía inodoros privados en el hogar evidenciados en la Tabla 11. El estado nutricional que prevaleció fue de sobrepeso u obesidad sumando un 35.6%. Por otro lado, el método de eliminación de basura más utilizada fue la proporcionada por el ayuntamiento con un 89%, donde predominó la malnutrición por exceso.

Sobre los servicios de salud (Tabla 12), 45.7% asistían a hospitales y 34.8% a centros de primer nivel al momento de necesitar un servicio de salud. De los que asisten a hospitales, el 38.1% tenían trastornos de malnutrición por exceso, mientras que 43.7% de los que asisten a centros de primer nivel padecían de trastornos de malnutrición por déficit. También hay que destacar que la mayor parte de los lactantes que no tenían seguro de salud para un 54.3%, predominando en estos los trastornos por déficit nutricional.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito evaluar el estado nutricional por antropometría de los niños lactantes que asisten al Centro de Atención Integral para la Primera Infancia (CAIPI) de Ingenio Arriba y su relación con el perfil sociodemográfico de los padres o tutores.

El sexo y la edad de un individuo puede jugar un papel importante en el desarrollo de su estado nutricional desde etapas tempranas. En este estudio el 53.3% de los lactantes que presentaron trastornos nutricionales pertenecían al sexo masculino. Hallazgos similares se encontraron en estudios como el de Singh, et al. el cual señala que, de un total de 394 niños menores de 5 años con trastornos de malnutrición, 54.82% eran de sexo

masculino (1)1. Otros estudios como el de González, et al. se encontró que existe tendencia a sufrir sobrepeso y obesidad en las féminas (12). En comparación con el presente estudio, dicha tendencia no fue reflejada en los datos de esta población en la cual se encontró igual porcentaje tanto de exceso como de déficit nutricional en las hembras. El 43.4% de los lactantes mayores presentaron malnutrición por exceso, mientras que por déficit se mostró predominancia en los lactantes menores con 56.3% de prevalencia. Contrario a estos resultados, un estudio realizado en Colombia en el 2009 donde la edad con mayor prevalencia de malnutrición por exceso oscilaba entre 6 y 11 meses (13).

La zona, ya sea urbana o rural, donde reside un lactante es un aspecto a tomar en cuenta en el estado nutricional temprano del mismo. En este caso se evidenció que, aunque la mayor parte de la población reside en zonas urbanas (82.6%), del 50% de quienes residen en zonas rurales, la mitad sufre de malnutrición por déficit. Lo anteriormente planteado contradice investigaciones que demuestran que los residentes de zonas rurales se acercan más a los trastornos de malnutrición por defecto (14,15,16).

Factores, a su vez interrelacionados, como hacinamiento, un nivel educativo básico y/o un nivel de

ingreso bajo de los padres son aspectos importantes que pueden representar una causa de malnutrición en las familias. Un 54.3% de la población de estudio vive en condiciones de hacinamiento. A su vez, el 80% de la población se encontraba con niveles de enseñanza de primaria y secundaria. Además, se mostró que el 63.3% de las familias que tenía un salario mensual menor de RD\$10,000.00 pesos, presenta alguna alteración nutricional. Según Mushtaq, et al. las familias con bajos ingresos económicos y poca educación tienen mayor predisposición para que sus niños padezcan de malnutrición (5).

Dentro de las limitaciones más importantes que presentó el estudio, se debe destacar la reducida cantidad de lactantes que conforman la población. Esto llevó a que las diferentes relaciones y análisis realizados con fines de alcanzar los objetivos, no presentasen significancia estadística. Sin embargo, es necesario resaltar la elevada cantidad de lactantes en las diferentes categorías de malnutrición lo que demuestra que realmente es relevante abundar en el estudio de este tema de tipo social con el objetivo de encontrar la causa per se, así como medidas tanto preventivas como de solución para velar por una mejor nutrición a nivel nacional de los lactantes y niños en edad pediátrica. Otra limitación fue que al momento de evaluar los lactantes no se les realizó

un examen médico completo por parte del equipo investigador para corroborar la ausencia de alguna enfermedad que pueda afectar la nutrición del participante.

Otro de los obstáculos fue la escasa cantidad de antecedentes sobre el perfil sociodemográfico en la República Dominicana y la nutrición en la población enfocada por el estudio. Al no tener datos sobre publicaciones pasadas en el país, no fue posible utilizar estudios nacionales viejos para comparar y enriquecer tanto la información como la metodología de la investigación.

Finalmente, al este ser el primer estudio realizado en estancias infantiles con el objetivo de evaluar por antropometría el estado nutricional de los lactantes inscritos, no fue posible obtener un instrumento guía. Por tal razón fue preciso crear un instrumento a partir de las variables descritas en la investigación, lo que pudo resultar en errores de cuestionario y/o de medida al momento de obtener los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 Datos sobre la nutrición [Internet] 2012 febrero. [citado 26 junio 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>
2. Hassam Saqib Lodhi, Mahmood-Ur-Rehman, Fahd Saqib Lodhi, Salim Wazir y Huma Jadoon. Assessment of nutritional status of 1–5 year old children in an urban union council of Abbottabad. J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet] 2010 jul-sep [citado 26 junio 2015]; 22(3):124-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22338436>
3. Ambroise D, Dorsainville J, Gurrier A, Prosper A. Estado nutricional y factores de riesgo asociados de niños haitianos de 1 a 5 años de edad en la Zona Sur Santiago, periodo enero a marzo 2008 [Tesis]. Santiago: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2008.
4. Olack B, Burke H, Cosmas L, Bamrah S, Dooling K, Feikin D et al. Nutritional Status of Under-five Children Living in an Informal Urban Settlement in Nairobi, Kenya. J Health Popul Nutr.; [Internet] 2011 [Citado 27 junio 2015] 2011;(4):357-363 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21957674>
5. Mushtaq M, Gull S, Khurshid U, Shahid U, Shad M, Siddiqui A. Prevalence and socio-demographic correlates of stunting and thinness among Pakistani primary school children. BMC Public Health. [Internet] 2011 jul. [citado 26 junio 2015]; BMC Public Health 2011;11:790. Doi: 10.1186/1471-2431-12-3
6. Tobarra S, Castro O, Badilla C. Estado nutricional y características socioepidemiológicas de escolares chilenos, OMS 2007. Revista Chilena de Pediatría [Internet] 2012 ago [Citado 26 junio 2015]; 86(1):12-17. Doi: 10.1016/j.rchipe.2015.04.003
7. Keane, Layte, Harrington, Kearney, Perry. Measured Parental

- Weight Status and Familial Socio-economic Status Corralates with childhood Overweight and Obesity at Age 9. PLoS ONE [Internet] 2012 ago [Citado 2 de julio 2015]; 7(8): e43503. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043503>
8. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana 2013 ENDESA. [Internet] [citado 26 junio 2015] 2013 Disponible en: countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf
 9. Sánchez JJ, Martínez NL, Jn-Guilles MA, Torres IP. Descripción del proceso de diseño del cuestionario del hogar y la vivienda y la adaptación del cuestionario de discapacidad para la encuesta nacional de salud. [Tesis]. Santiago de los Caballeros: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2014
 10. Sánchez JJ, Martínez NL, Keila AA, Iliana BC. Descripción del proceso de diseño del cuestionario del adulto y de la encuesta mundial de tabaquismo para la encuesta nacional de salud: (ENNASA). [Tesis]. Santiago de los Caballeros: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2014.
 11. Jai Prakash Singh, Shyam Bihari Gupta, Ved Prakash Shrotriya, Prabhu Nath Singh. Study of Nutritional Status Among Under Five Children Attending Out Patient Department at A Primary Care Rural Hospital, Bareilly(UP) Scholars Journal of Applied Medical Sciences [Internet] 2013 [Citado 26 junio 2015]; 1(6):769-773 Disponible en: <http://saspublisher.com/wp-content/uploads/2013/12/SJAMS16769-773.pdf>
 12. González Jiménez E, Aguilar Cordero M, Álvarez Ferre J, Padilla López C, Valenza M. Estudio antropométrico y valoración del estado nutricional de una población de escolares de Granada; comparación con los estándares nacionales e internacionales de referencia. *Nutrición Hospitalaria*. [Internet] 2012 [Citado 2 jul 2015]; 27(4):1106-1113. Doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5852
 13. Álvarez MC, López A, Estrada A. Estado nutricional de niños de Antioquia, Colombia, según dos sistemas de referencia.: *Rev Panam Salud Publica*. [Internet] 2009 [Citado 27 junio 2015]; 25(3): 196-203. Doi: 10.1590/S1020-49892009000300002.
 14. Oyhenart E, Torres M, Quintero F, Luis M, Cesani M, Zucchi M, Orden A. Estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La Plata, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet] 2007 [Citado 26 junio 2015]; 22(3):194-201. Doi: 10.1590/S1020-49892007000800006
 15. Valdez B, Martínez E, Sosa Cruz A, Blanco Díaz J, Cáceres Reyes G, Gonzáles Disla A. Estado nutricional en pacientes ingresados en el Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón en el período octubre-diciembre 2006 [Tesis]. Santiago: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2007.
 16. Kitsao-Wekulo P, Holding P, Taylor G, Abubakar A, Kvalsvig J, Connolly K. Nutrition as an important mediator of the impact of background variables on outcome in middle childhood. *Front Hum Neurosci*. 2013

Oct [Internet] 25; 7:713. Doi:
10.3389/fnhum.2013.00713

Tabla No. 1: Percentiles

	Percentiles					Total
	<p3	p3 – p15	p15 – p85	p85 – p97	>p97	
Peso/Edad	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	46 (100)
	2 (4.3)	4 (8.7)	27 (58.7)	7 (15.2)	6 (13.0)	
Longitud/Edad (0-2 años)	Baja longitud para la edad	Riesgo de Baja longitud para la edad	Longitud normal para la edad	Alta longitud para la edad	Muy alta longitud para la edad	46 (100)
	6 (13.0)	5 (10.9)	15 (32.6)	11 (23.9)	9 (19.6)	
Peso/Longitud (0-2 años)	Desnutrición severa	Desnutrido	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	46 (100)
	6 (13.0)	4 (8.7)	21 (45.7)	8 (17.4)	7 (15.2)	
Perímetro Cefálico/Edad	Perímetro cefálico bajo para la edad	A riesgo de perímetro cefálico bajo para la edad	Perímetro cefálico normal para la edad	Perímetro cefálico aumentado para la edad	Perímetro cefálico muy aumentado para la edad	46 (100)
	1 (2.2)	1 (2.2)	24 (52.2)	11 (23.9)	9 (19.6)	
IMC₁/Edad	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	46 (100)
	6 (13.0)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

¹ Índice de Masa Corporal

Tabla No. 2: Edad y sexo del niño vs estado nutricional

Sexo del niño/a	Categoría	Estado Nutricional					Total	Valor de p
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
Varón	Lactante Menor	1 (9.1)	4 (36.4)	3 (27.3)	3 (27.3)	0	11 (100)	$p=0.58$ 5
	Lactante Mayor	1 (7.1)	1 (7.1)	6 (42.9)	3 (21.4)	3 (21.4)	14 (100)	
	Total	2 (8)	5 (20)	9 (36)	6 (24)	3 (12)	25 (100)	
Hembra	Lactante Menor	3 (60)	1 (20)	1 (20)	0	0	5 (100)	
	Lactante Mayor	1 (6.3)	2 (12.5)	6 (37.5)	2 (12.5)	5 (31.3)	16 (100)	
	Total	4 (19)	3 (14.3)	7 (33.3)	2 (9.5)	5 (23.8)	21 (100)	
Total	Lactante Menor	4 (25)	5 (31.3)	4 (25)	3 (18.8)	0	16 (100)	
	Lactante Mayor	2 (6.7)	3 (10)	12 (40)	5 (16.7)	8 (26.7)	30 (100)	
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 3: Zona de residencia vs estado nutricional

Zona de Residencia	Estado Nutricional					Total	Valor de p
	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
Rural	1 (12.5)	1 (12.5)	4 (50)	0 (0)	2 (25)	8 (100)	$p = 0.594$
Urbana	5 (13.2)	7 (18.4)	12 (31.6)	8 (21.1)	6 (15.8)	38 (100)	
Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 4: Sexo y edad del padre/madre/tutor vs estado nutricional

Sexo del Padre/Madre/Tutor	Categoría	Estado Nutricional					Total	Valor de <i>p</i>
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
Hombre	Adulto Joven	1 (50)	1 (50)	0	0	0	2 (100)	<i>p</i> = 0.585
	Adulto	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	
	Total	1 (33.3)	1 (33.3)	0	0	1 (33.3)	3 (100)	
Mujer	Adolescente	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	
	Adulto Joven	5 (13.9)	5 (13.9)	14 (38.9)	7 (19.4)	5 (13.9)	36 (100)	
	Adulto	0	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	6 (100)	
	Total	5 (11.6)	7 (16.3)	16 (37.2)	8 (18.6)	7 (16.3)	43 (100)	
Total	Adolescente	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	
	Adulto Joven	6 (15.8)	6 (15.8)	14 (36.8)	7 (18.4)	5 (13.2)	38 (100)	
	Adulto	0	2 (28.6)	2 (28.6)	1 (14.3)	2 (28.6)	7 (100)	
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 5: Nivel de enseñanza del padre vs estado nutricional

Nivel de Enseñanza del Padre	Estado Nutricional					Total	Valor de p
	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo-peso	Sobre-peso	Obesi-dad		
Primaria	0 (0)	1 (16.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	6 (100)	$p = 0.955$
Secundaria	5 (16.7)	6 (20)	10 (33.3)	4 (13.3)	5 (16.7)	30 (100)	
Técnico	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Universitario	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25)	2 (25)	2 (25)	8 (100)	
Total	6 (13.3)	8 (17.8)	15 (33.3)	8 (17.8)	8 (17.8)	45 (100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 6: Actividad laboral del padre/madre/tutor vs estado nutricional

Actividad Laboral del Padre/Madre/Tutor	Estado Nutricional					Total	Valor de p
	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo-peso	Sobre-peso	Obesidad		
Empleado del gobierno	1 (16.7)	0 (0)	2 (33.3)	1 (16.7)	2 (33.3)	6 (100)	$p=0.585$
Empleado privado	2 (7.4)	5 (18.5)	10 (37)	5 (18.5)	5 (18.5)	27 (100)	
Empleo propio	2 (28.6)	2 (28.6)	3 (42.9)	0 (0)	0 (0)	7 (100)	
Quehaceres domésticos o del hogar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)	2 (100)	
En capacidad de trabajar, pero sin empleo	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	
Discapacitado para trabajar, sin empleo	0 (0)	0 (0.0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	
Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 7: Estado Civil del Padre/Madre/Tutor vs Estado Nutricional

Estado Civil del Padre/ Madre/Tutor	Estado Nutricional					Total	Valor de p
	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo- peso	Sobre- peso	Obesi- dad		
Casado/a	0 (0.0)	1 (50)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50)	2 (100)	p= 0.526
Unido/a	4 (13.8)	3 (10.3)	10 (34.5)	6 (20.7)	6 (20.7)	29 (100)	
Separado/a	0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	
Soltero/a	2 (14.3)	3 (21.4)	6 (42.9)	2 (14.3)	1 (7.1)	14 (100)	
Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla 8: Salario mensual de los padres vs estado nutricional de los niños/as

Salario Mensual	Estado Nutricional					Total	Valor de p
	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
0-10,000	5 (16.7)	4 (13.3)	11 (36.7)	6 (20)	4 (13.3)	30 (100)	p = 0.875
10,001-20,000	1 (10)	3 (30)	3 (30)	1 (10)	2 (20)	10 (100)	
20,001-30,000	0	0	1 (100)	0	0	1 (100)	
30,001-40,000	0	0	0	1 (50)	1 (50)	2 (100)	
RD\$ >40,000	0	1 (33.3)	1 (33.3)	0	1 (33.3)	3 (100)	
Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 9: Condición de vida y hacinamiento vs estado nutricional

		Estado Nutricional					Total	Valor de p	
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad			
Condición de la vivienda	Tipo de Vivienda	Casa Independiente	4 (14.8)	6 (22.2)	9 (33.3)	2 (7.4)	6 (22.2)	27 (100)	p=0.356
		Apartamento	0 (0.0)	1 (11.1)	3 (33.3)	4 (44.4)	1 (11.1)	9 (100)	
		Vivienda en piezas o parte de atrás	2 (20)	1 (10)	4 (40)	2 (20)	1 (10)	10 (100)	
		Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)	
	Material del piso	Madera	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50)	1 (50)	2 (100)	p=0.640
		Mosaico	3 (25)	1 (8.3)	4 (33.3)	2 (16.7)	2 (16.7)	12 (100)	
		Cemento	2 (7.1)	6 (21.4)	12 (42.9)	4 (14.3)	4 (14.3)	28 (100)	
		Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)	
	Material de Paredes	Bloques/Cemento/Ladrillo	6 (15.4)	7 (17.9)	13 (33.3)	6 (15.4)	7 (17.9)	39 (100)	p=0.751
		Madera	0 (0.0)	1 (14.3)	3 (42.9)	2 (28.6)	1 (14.3)	7 (100)	
Total		6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)		
Material del Techo	Concreto	3 (18.8)	1 (6.3)	5 (31.3)	4 (25)	3 (18.8)	16 (100)	p=0.510	
	Zinc	3 (10)	7 (23.3)	11 (36.7)	4 (13.3)	5 (16.7)	30 (100)		
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (34.8)	46 (100.0)		
Hacina-miento	Hacina-miento	Sin hacinamiento	2 (9.5)	4 (19)	6 (28.6)	4 (19)	5 (23.8)	21 (100)	p=0.766
		Con hacinamiento	4 (16)	4 (16)	10 (40)	4 (16)	3 (12)	25 (100)	
		Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 10: Acceso a agua potable vs estado nutricional

		Estado Nutricional					Total	Valor de <i>p</i>
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
Fuente de Agua para beber	Tubería dentro de la vivienda	1 (14.3)	0 (0.0)	2 (28.6)	1 (14.3)	3 (42.9)	7 (100)	
	Tubería fuera de la vivienda	0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	
	Agua embotellada	5 (13.2)	7 (18.4)	14 (36.8)	7 (18.4)	5 (13.2)	38 (100)	
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (34.8)	46 (100.0)	<i>p</i> =0.327
Acceso a agua potable	Sí, para todos en el hogar	4 (22.2)	3 (16.7)	4 (22.2)	3 (16.7)	4 (22.2)	18 (100)	
	Purificación de Agua							
	Sí, para los niños	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	2 (100)	
	No	2 (7.7)	5 (19.2)	11 (42.3)	5 (19.2)	3 (11.5)	26 (100)	
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100.0)	<i>p</i> =0.630
Fuente de Agua para otros usos	Tubería dentro de la vivienda	6 (14)	7 (16.3)	15 (34.9)	8 (18.6)	7 (16.3)	43 (100)	
	Tubería fuera de la vivienda	0 (0.0)	1 (50)	1 (50)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100)	

	0	0	0	0	1	1	
Agua de pozo	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(100)	(100)	
Total	6	8	16	8	8	46	$p=0.517$
	(13)	(17.4)	(34.8)	(17.4)	(17.4)	(100.0)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Tabla No. 11: Deposición de excretas vs estado nutricional

		Estado Nutricional					Total	Valor de <i>p</i>
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
Tipo de servicio sanitario	Inodoro privado	6 (13.3)	8 (17.8)	15 (33.3)	8 (17.8)	8 (17.8)	45 (97.8)	<i>p</i> =0.751
	Inodoro compartido	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100)	
Hogares que comparten servicio sanitario	Menos de 10 hogares	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	<i>p</i> = N/A
	Total	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Deposición de Excretas	Ayuntamiento	6 (14.6)	8 (19.5)	12 (29.3)	8 (19.5)	7 (17.1)	41 (100)	
	Otra empresa privada o persona	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	7 (100)	
	La queman	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (100)	<i>p</i> =0.638
	La tiran al patio/solar	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
	La tiran a la cañada	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	

	6	8	16	8	8	46
Total	(13)	(17.4)	(34.8)	(17.4)	(17.4)	(100)

Fuente: *Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.*

Tabla No. 12: Acceso a Servicio de Salud vs Estado Nutricional

		Estado Nutricional					Valor de <i>p</i>			
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad				
Acceso a Servicio de Salud	Institución de Salud	Hospital/	1	5	7	3	5	21	<i>p</i> =0.164	
		Clínica de MISPAS	(4.8)	(23.8)	(33.3)	(14.3)	(23.8)			(100)
	Hospital/	1	0	0	0	0	1	(100)		
	Clínica de la FFAA o PN	(100)	(0)	(0)	(0)	(0)	(100)			
	Centro de Primer Nivel	4	3	6	2	1	16	(100)		
	Clínica/ Consultorio privado	(25)	(18.8)	(37.5)	(12.5)	(6.3)	(100)			
	Total	6	8	16	8	8	46	(100)		
		(13)	(17.4)	(34.8)	(17.4)	(17.4)	(100)			
	Centro de Salud Cercano	Sí	3	7	14	7	5	36		(100)
		No	3	1	2	1	3	10		
Total		6	8	16	8	8	46	(100)		
	(13)	(17.4)	(34.8)	(17.4)	(17.4)	(100)				
Utilización de Centro de Salud	Sí	3	5	11	6	2	27	(100)		
	No	0	2	3	1	3	9			
	Total	3	7	14	7	5	36		(100)	
	(11.1)	(18.5)	(40.7)	(22.2)	(7.4)	(100)				
	No	0	2	3	1	3	9	(100)		
		(0)	(22.2)	(33.3)	(11.1)	(33.3)	(100)			

	Total	3 (8.3)	7 (19.4)	14 (38.9)	7 (19.4)	5 (13.9)	36 (100)	
Tenencia de Seguro de Salud	Sí	2 (9.5)	3 (14.3)	7 (33.3)	5 (23.8)	4 (19)	21 (100)	
	No	4 (16)	5 (20)	9 (36)	3 (12)	4 (16)	25 (100)	$p=0.812$
	Total	6 (13)	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	8 (17.4)	46 (100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos estado nutricional por antropometría relacionado al perfil sociodemográfico en niños lactantes en el Centro de Atención Integral para la Primera Infancia, Ingenio Arriba.

Evaluación de la Percepción del Adulto Mayor Sobre la Asistencia Médica

Henríquez M¹, Peralta K¹, Firmin C¹, Sánchez J², Sagredo J².

¹Estudiante, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Email: maxielhenriquez8@hotmail.com

²Profesor, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

RESUMEN

Objetivos. En este estudio se evaluó la percepción de los adultos mayores de 65 años sobre la asistencia médica en el primer nivel de atención de la zona Sur de Santiago de los Caballeros.

Métodos y técnicas. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de fuente primaria, en el período de noviembre 2016-marzo 2017, en la zona Sur de Santiago de los Caballeros. La investigación se llevó a cabo aplicando un formulario de 44 preguntas, previo aviso mediante un consentimiento informado a una muestra de 115 pacientes obtenida mediante un muestreo intencional a partir de una población de 400 adultos mayores.

Resultados. Los resultados demostraron que el 49.5% de los usuarios eran mujer y el 50.4% hombres. El 50.4% comprendían edades entre 65 y 75 años; 34.8% entre 76 y 84 años y 14.8% mayores de 85 años. El 34% de los pacientes se encontraron “bastante satisfecho” y el 66% “muy satisfechos” con el servicio recibido en los diferentes centros de primer nivel, más, sin embargo, un 2.6% refería sentirse “muy insatisfechos” debido a la falta de equipos y medicamentos. El 100% de los mismos estaban de acuerdo en recomendar el servicio a sus amigos y familiares.

Conclusión. El 100% de los pacientes que acuden a los diferentes centros de primer nivel de la zona sur de Santiago de los Caballeros se encuentran satisfechos con el servicio brindado.

Palabras clave. Percepción, adulto mayor, asistencia médica, primer nivel de atención.

Recibido: 11/7/2017.

Aceptado: 25/11/2017.

ABSTRACT

Objectives. This study evaluated the perception of adults over 65 years of age on medical care received in the first level of care in the southern zone of Santiago de los Caballeros.

Methods and techniques. A descriptive, cross-sectional and primary study was carried out in the period of November 2016-March 2017, in the southern zone of Santiago de los Caballeros. The research was done by applying a 44-question form, with notice by informed consent to a sample of 115 patients obtained through intentional non-probabilistic sampling from a population of 400 older adults.

Results. The results showed that 49.5% of the users were women and 50.4% were men. The 50.4% comprised ages between 65 and 75 years; 34.8% between 76 and 84 years and 14.8% over 85 years. 34% of the patients were "satisfied" and 66% "very satisfied" with the service received in the different centers of first level, but 2.6% reported feeling "very unsatisfied" due to the lack of equipment and medicines. 100% of them agreed to recommend the service to their friends and family.

Conclusion. 100% of the patients that goes to the different centers of the first level of the south zone of Santiago de los Caballeros are satisfied with the services offered.

Keywords. Perception, older adult, medical assistance, first level of care.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, "la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. La población mundial de personas mayores 60 años presenta tasas de crecimiento en el orden de 2,4 % contra 1,7% para la población total. Se proyecta que el grupo de ancianos aumentará de 616 millones que existían en el 2002 a 1,209 millones para el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años (2).

El envejecimiento de la población tiene un significado muy importante para el sector salud, ya que el deterioro funcional que presentan los adultos mayores se agrava cuando padecen más de una enfermedad.

Esta situación se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica. Al hablar de prestación de servicios se debe valorar la calidad de cómo estos son otorgados, tema que cada día toma mayor interés entre los profesionales de la salud. Por estas razones, el cuidado geriátrico debe enfocarse hacia la evaluación integral, la prevención de discapacidades y la protección de la autonomía.

En muchos países se consideraba que el adulto mayor debe ser tratado en asilos o en centros de internamientos, pero en la actualidad se ha demostrado que muchas de las enfermedades se pueden detectar y seguir desde los centros de atención

primaria. Estudios realizados en diferentes países muestran la percepción de los adultos mayores sobre el servicio de salud que recibe. En el año 2010, se evaluó 17 adultos mayores en un estudio cualitativo para ver como actuaban los médicos con respecto a las necesidades de cada individuo. El estudio reveló que estos se esfuerzan por atender las necesidades de cada paciente; sin embargo, hay deficiencia en la atención de las necesidades sociales y psicológicas (3).

El propósito principal del trabajo es determinar la percepción del adulto mayor sobre la calidad médica en los centros de primer nivel.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con muestreo no probabilístico intencional, tomando en cuenta que un estudio que valora la satisfacción del adulto mayor sobre el servicio que recibe en el primer nivel de atención. La población del mismo estuvo constituida por 400 adultos mayores de ambos sexos mayores de 65 años de edad, pertenecientes a 3 centros de atención primaria de la zona sur de Santiago de los Caballeros. De los anteriores se tomó una muestra de 115 adultos mayores, 33 del CPN de Korea, 53 CPN San Nicolás, 29 CPN Arroyo Hondo.

Los participantes fueron divididos en 3 grupos según las edades: 65-75 años, 76-85 años y > 85 años. Luego se le explicó la metodología y objetivo de la investigación. Los pacientes fueron captados luego de sus consultas, donde se procedió a leer y entregar el consentimiento informado para ser firmado por los mismos. Después se realizaron preguntas, las cuales eran leídas al usuario ya que la mayoría de estos no sabían leer. La entrevista duro un tiempo aproximado de 20 min por cada adulto mayor entrevistado. Se entrevistaron 57 participantes de sexo femenino y 58 masculino, de los cuales, 17 masculino y 16 femenino perteneciente el CPN de Korea, 26 masculino y 27 femenina CPN San Nicolás, 12 masculino y 17 femenino.

La recolección de datos fue realizada en el periodo de noviembre 2016-marzo 2017. En primer lugar, el equipo investigador se presentó al centro de segundo nivel Juan XXII encargado de los CPN de la zona sur de Santiago de los Caballeros, para solicitar el permiso de la realización del estudio, posterior a esto el equipo investigador visitó los centros de atención primaria para presentarse formalmente como estudiantes y explicarles a las autoridades a cargo en qué consistía el estudio y si aceptaban la recolección de información en el centro. Luego, se seleccionaron los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

En los criterios de inclusión se buscaron adultos mayores de 65 años que estuvieran o no afiliados a seguro de salud Senasa. Se excluyeron aquellos participantes con trastornos neurológicos que le impidiera comprender el estudio, así como los usuarios que recibían consultas domiciliarias y que no decidieran participar de la investigación.

El instrumento de recolección estuvo compuesto por 44 preguntas que evaluaban: satisfacción del usuario con la atención médica, atención de enfermería, personal administrativo, instalaciones, organización, así como el nivel socioeconómico de los participantes. Además de los datos generales donde se incluía el grado de instrucción.

Después de seleccionar los participantes se le explicó la metodología y objetivo de la investigación. Los pacientes fueron captados posterior a su consulta, donde se procedió a leer y entregar el consentimiento informado. Luego de esto se procedió a realizar las preguntas, las cuales eran leídas al usuario ya que muchos de estos no sabían leer, la entrevista duro un tiempo de 20 min por cada adulto mayor entrevistado. Una vez recolectada la información se precedió a la codificación de las encuestas, tabulación de los resultados mediante Microsoft Excel 2011 y luego se

exportó a la base estadística Spss 22.0 donde se llevó a cabo la realización de las tablas.

RESULTADOS Y DISCUSION

• Atención Médica

Se obtuvo como resultado que aproximadamente de un 20-30% de los pacientes se sentían “bastante satisfechos” con la forma en cómo lo examinó el médico, la explicación que le dio sobre su enfermedad, la amabilidad, respeto que tuvo con el paciente, en la consulta, la disposición para escucharle, el tiempo y los medicamentos formulados para su problema en comparación con un 80-90% que refería estar “muy satisfecho”. Este punto es relevante al hablar de calidad debido a que Ortiz et al (3), en un estudio realizado en el 2013 con 235 personal de salud dice que la atención médica brindada hacia los adultos mayores, depende del desarrollo de ciertas actitudes del personal a cargo, las cuales influyen de manera directa en este grupo etario, siendo las actitudes negativas tales como: el rechazo, el mal trato, los gestos, la poca comunicación y la restricción de la terapéutica, entre otros, las que juegan un papel preponderante en el bienestar de su salud futura.

• Atención de enfermería

Con relación al departamento de enfermería dos personas (1.8%) se sintieron insatisfechos con la agilidad

por parte de las licenciadas y con la información que le dieron sobre los cuidados que debía tener el mismo en su casa. Por otro lado, de un 70-80% estaban “muy satisfechos” con los procedimientos realizados, amabilidad, agilidad, disposición e información proporcionadas por las enfermeras. Por el contrario de un 20-30%, aproximadamente, referían estar “bastante satisfechos”. Cuando los adultos mayores han requerido atención por parte de enfermería y posteriormente se les pregunta su opinión acerca del cuidado recibido, su respuesta estará influenciada por diferentes situaciones como sus creencias, conocimientos y actitudes, su nivel de calidad de vida y la severidad del problema de salud ya que, cuando el personal carece de la preparación profesional necesaria, en lo primero que se verá reflejada será en un déficit de la calidad de la atención de enfermería.

- Personal administrativo

El 100% de los pacientes refirieron sentirse satisfechos con el trato que recibían, los mismos y sus familiares, por parte de las promotoras de los diferentes centros.

- Instalaciones

En cuanto a los equipos médicos y el estado de las paredes, techo, puertas y ventanas un 3.5% (4) de los pacientes encuestados se sienten insatisfechos. Esto es debido a que en el mundo es

frecuente que este grupo poblacional se vea limitado al acceso a los servicios de salud, ya sea por razones económicas, geográficas o de otra índole. Por el contrario, un 30.4% refería sentirse “bastante satisfecho” y un 68.7% “muy satisfecho” refiriendo que el estado de la estructura no interfiere con su estado de salud o con la atención recibida. Con respecto a la limpieza y orden del centro, aproximadamente un 70% se sentía “muy satisfecho” al igual que con la comodidad del consultorio y los equipos médicos disponibles.

- Organización

Un 64.3% de los adultos mayores se encontraba “muy satisfecho” con los tramites y papeleo que tuvo que hacer para que lo atendieran. Por otro lado, se tiene que solamente un paciente (0.9%) refería sentirse “bastante insatisfecho” con el tiempo que tuvo que esperar para que lo atendiera el médico, ya que consideraba que se excedían con los pacientes anteriores. Con respecto a la forma en cómo el centro le suministraba los medicamentos se obtuvo que un 2.6% (3) se encontraban “muy insatisfechos” puesto que argumentaban que tenían varios meses sin recibir sus fármacos y que debían comprarlos a precio no asequible fuera del centro.

- Satisfacción Global

Con respecto al servicio en general que recibieron en el centro, el 66.1% de los

pacientes se encontraban “muy satisfechos” con el servicio recibido en el centro al que asistía. Los resultados obtenidos reflejan algunas insuficiencias en relación con la accesibilidad y características socioeconómicas de los adultos mayores a los servicios de salud las cuales fueron muy similares a los resultados emitidos en un estudio realizado por Cabrera-Rodriguez A et al. (2)

CONCLUSIÓN

En esta investigación se concluyó que los adultos mayores entre 65-75 años están más satisfecho con la atención recibida que aquellos mayores de 85 años. Esto indica que la percepción en la atención médica no depende de la etapa de la vida en la que se encuentre el individuo sino de las necesidades que presente cada quien. Estas son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento como la alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social que lo colocan en situación de desprotección.

El cuidado de enfermería, involucró varios componentes, desde la esencia misma de lo que son los cuidados hasta los medios para prestar los mismos. Constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, cuyo fin es prestar atención integral a la persona, implementando el cuidado y el contacto permanente y directo con el adulto mayor.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las investigaciones posteriores de incluir una población más amplia y que incluyan más centro de atención primaria.

Además, se aconseja monitorización continua de los centros para evaluar y medicamentos faltantes para así cumplir con las necesidades y expectativas de los pacientes. Evaluación de satisfacción de los usuarios cumplir y mejorar sus expectativas.

Realizar más programas para promoción, prevención y tratamiento de enfermedades más frecuentes en la población adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva. 2016 abril [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- 2- Cabrera-Rodriguez A, Collazo-Ramo M, Calero-Ricard JL, Álvarez-Vásquez L, Castañeda-Abascal I.

Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud. *Rev Cubana de Salud Publica* [internet] 2017 [acceso 25 noviembre 2017]; 43(3). Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n3/spu04317.pdf>

3- Baeta Neves Alonso Da Costa MF, Itsuko Ciosak S. Comprehensive health care of the elderly in the family health program: vision of health professionals. *Rev Esc Enferm USP* [internet] 2010 [acceso 4 julio 2014]; 44(2):433-40. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_28.pdf

4- Ortiz Saavedra PJ, Tello Rodríguez T, Pérez Correa ME, Varela Pinedo LF, Chávez Jimeno HA. Actitudes hacia la atención del adulto mayor por parte del personal que labora en los servicios de emergencia en hospitales de Lima. *Rev Acta Med Per* [internet] 2013 [acceso 4 julio 2014]; 30(2): 75-78. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96629460005>

5- Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, Ochoa Alvarado E, Alemany González FX, Asenjo Romero M, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Rev Emergencias* [internet] 2013 [acceso 5 julio 2014]; 25:171-176. Disponible en:

file:///C:/Users/pamela%20del%20carmen/Desktop/Emergencias-2013_25_3_171-176.pdf

TABLAS DE RESULTADOS

Cuan satisfecho está con:	6-8	9-10
	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
	No (%)	No (%)
1. La forma como lo examinó el médico.	26 (22.6)	89 (77.4)
2. La explicación que le dio sobre su enfermedad, tratamiento y exámenes.	28 (24.3)	87 (75.7)
3. La amabilidad y el respeto que tuvo el médico con Ud.	31 (27)	84 (73.0)
4. La disposición del médico para escucharle y comprender lo que le preocupa de su salud.	27 (23.5)	88 (76.5)
5. El respeto de su intimidad en la consulta.	27 (23.5)	88 (76.5)
6. El tiempo que le dedicó el médico en la consulta.	23 (20)	92 (80)
7. Los medicamentos que le formuló para solucionar su problema.	23 (80)	92 (80)

Fuente: Instrumento de recolección (Satisfacción del usuario sobre la atención médica)

Cuan satisfecho esta con:	1-2	3-5	6-8	9-10
	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)
8. Los procedimientos que realizó enfermería	0	0	22 (19.1)	94 (80.9)
9. La amabilidad y el respeto que tuvo enfermería con usted.	0	0	25 (21.7)	90 (78.3)
10. La agilidad y práctica del personal de enfermería.	0	1 (0.9)	28 (24.3)	86 (74.8)
11. La disposición de enfermería para escucharle y comprender lo que le preocupa de su salud.	0	0	33 (28.7)	82 (71.3)
12. La información que le dio sobre los cuidados que debe Tener en casa	1 (0.9)	0	26 (22.6)	(76.5)

Fuente: Instrumento de recolección (Satisfacción del usuario sobre el personal de enfermería)

Cuan satisfecho está con:	6-8		9-10		Total	
	Bastante satisfecho		Muy satisfecho		No	%
	No	%	No	%		
13. La amabilidad y el respeto que tuvo la secretaria, promotoras, etc.	31	27	84	73	115	100
14. El trato que dieron a sus familiares.	31	27	84	73	115	100

Fuente: Instrumento de recolección (Satisfacción del usuario sobre el personal administrativo)

Cuan satisfecho esta con:	1-2	3-5	6-8	9-10
	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)
15. La limpieza y el orden del centro de salud.	0	0	36 (31.3)	79 (68.7)
16. La comodidad de la sala de espera.	0	0	33 (28.7)	82 (71.3)
17. La comodidad del consultorio	0	0	36 (31.3)	79 (68.7)
18. El estado de las paredes techo, puertas y ventanas.	0	1 (0.9)	35 (30.4)	79 (68.7)
19. Los equipos médicos disponible para su atención.	3(2.60)	4(3.5)	29(25.2)	79(68.7)

Fuente: Instrumento de recolección (Satisfacción del usuario sobre las instalaciones)

Cuan satisfecho está con:	1-2	3-5	6-8	9-10
	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
	No(%)	No(%)	No(%)	No (%)
20 .Los trámites y papeles que tuvo que hacer para que lo atendieran.	0	0	41 (35.7)	74 (64.3)
21. El tiempo que tuvo que esperar para que lo atendiera el médico.	0	1 (0.9)	40 (34.8)	74 (64.3)
22. La forma como el centro suministra los medicamentos	3 (2.6)	2 (1.7)	34 (29.6)	76 (66.1)

Fuente: Instrumento de recolección (Satisfacción del usuario sobre la organización)

Cuan satisfecho esta con :	6-8	9-10
	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
	No (%)	No (%)
26. El servicio que recibió en el centro	39 (33.9)	76(66.1)

Fuente: Instrumento de recolección (Satisfacción del usuario)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA MADRE Y MAESTRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD TÉCNICO ASESORA DE INVESTIGACIÓN

ANALES DE MEDICINA PUCMM

Guía para la Elaboración del Manuscrito de Publicación

El propósito de esta guía es ofrecer los requerimientos mínimos para la publicación de artículos de investigación en la revista de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

Normas Generales

- Los artículos que se someten a la revista deben ser originales.
- El texto del manuscrito que se somete para publicación, tanto de estudios observacionales como experimentales, debe estar escrito en español y organizado en las siguientes secciones: introducción, métodos, resultados y discusión.
- El manuscrito debe enviarse al correo analesdemedicina@pucmm.edu.do como un documento de Microsoft Word y debe escribirse a doble espacio en todas las secciones. Todas las páginas, incluyendo la del título, deben ser enumeradas.
- Las tablas, ilustraciones o figuras y los gráficos deberán presentarse individualmente en una hoja, con sus respectivos títulos y leyendas, enumeradas y a espacio doble. En el caso de las figuras o ilustraciones, deberán obtenerse los permisos correspondientes para su uso, en caso que no sean de la propia autoría de los autores.
- Se espera que el manuscrito no contenga más de 4,000 palabras, sin incluir el resumen analítico/abstract, referencias, tablas, figuras, ilustraciones y gráficos.
- El contenido del manuscrito es como se muestra a continuación:
 - **Página de presentación.**
 - I. **Título del artículo.** Utilice un título conciso que facilita la lectura. También es necesario que sea un título llamativo, que capte la atención del lector y que represente el enfoque de la investigación. Se recomienda utilizar una terminología que aumente la sensibilidad y la especificidad en la búsqueda. No se recomiendan títulos muy cortos porque pueden obviar información importante.

2. Nombres de los autores y sus afiliaciones. En el caso de las tesis de grado, es mandatorio enlistar como afiliación la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.
 3. Nombre del Departamento y la institución a la cual será atribuido el trabajo. En el caso de las tesis de grado, es mandatorio nombrar al Departamento de Medicina y a la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.
 4. Información de contacto del primer autor.
 5. Fuente de financiamiento.
 6. Conteo de palabras. No se incluyen en este conteo: resumen analítico (abstract), agradecimientos, leyendas y referencias.
 7. Cantidad de figuras y tablas.
- Declaración de conflicto de intereses
Puede descargar el modelo del ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), disponible en el siguiente sitio de internet: http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf. También puede redactar una comunicación tomando esta información de base.
 - Resumen analítico/Abstract. Es una parte muy importante del manuscrito. Debe estar escrito de forma clara, con suficiente detalle, tanto en inglés como en español. Para algunos este es la carta de presentación del artículo, ya que muchos lectores se refieren a él para buscar más información sobre el estudio; en otros casos, este es la única información a la que tienen acceso algunos lectores. De esta manera, es imprescindible que esta sección refleje el contenido del artículo con la mayor precisión posible. En el caso de las tesis de grado, por convención hemos adoptado un total de 250 palabras para los estudios descriptivos y los estudios observacionales; en el caso de ensayos clínicos o estudios experimentales se permitirá hasta 300 palabras. Deberá incluir: introducción, métodos, resultados, conclusión y palabras claves (3-5), estas últimas basadas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) o Medical Subject Headings (MeSH).
 - Introducción. Debe proveer de forma clara y precisa el contexto o los antecedentes del problema estudiado. Debe expresar el propósito o el objetivo del estudio o la hipótesis que se evalúa en el mismo. A menudo se prefiere presentar el objetivo del estudio como una pregunta. Utilice solo referencias que sean pertinentes y no incluya datos o conclusiones del trabajo que se está presentando en este artículo.
 - Métodos. Debe incluir la información que estaba disponible cuando se escribió el protocolo del estudio. Si apareciera algún dato durante o después del estudio, deberá referirse en la sección de resultados. Su contenido incluye, pero no se limita a:
 1. Descripción de la población estudiada y del proceso de selección. Es importante mencionar los criterios de inclusión y los criterios de exclusión y explicar por qué fueron delimitados. Es importante expresar cómo se midieron estos criterios y su relevancia para el estudio.
 2. Identifique los métodos, los equipos (incluyendo el nombre del fabricante), todos los procedimientos con suficiente detalle como para que se puedan reproducir los resultados. Si alguno de los métodos ha sido tomado de otros estudios, ofrezca las referencias adecuadas.

3. Debe referir información y describir en detalle los métodos utilizados para encontrar, seleccionar, extraer y resumir los datos obtenidos.
 4. En lo que refiere al tratamiento estadístico, debe detallarse lo suficiente como para que cualquier lector pueda tomar la información original y verificar los resultados que se reportan. Mencione el paquete estadístico utilizado. Debe incluir suficiente información sobre los resultados, no solo los estimados, sino las medidas de incerteza a su alrededor, esto es, los intervalos de confianza. No solo presente los resultados de la prueba de hipótesis.
- **Resultados.** Los resultados deben presentarse en un orden lógico. Utilice tablas, figuras. Presente los resultados más importantes al inicio. No describa todos los resultados de las tablas o de los gráficos en el texto, refiérase solo a los más relevantes. Es importante presentar los datos relativos y las cifras absolutas relacionadas. No presente los mismos datos en tablas y en gráficos.
 - **Discusión.** Debe presentar los aspectos novedosos y más relevantes del estudio y las conclusiones que se derivan de esta investigación a la luz del contexto en el que se realizó. No debe detallar ninguna información que ha sido presentada en la introducción ni en la sección de resultados. Puede ser beneficioso iniciar con un breve resumen de los datos y luego tratar de explicar estos hallazgos, comparar con la literatura existente, declarar las limitantes del estudio y las fortalezas. Es importante que se describan las implicaciones de estos hallazgos para futuras investigaciones, para la práctica clínica o para la salud pública.
 - **Referencias.** Utilice las Recomendaciones ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors).

