




Enfermería comunitaria para la transformación de estilos de vida saludables en El Anegado

Community nursing for the transformation of healthy lifestyle practices in El Anegado

 <https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v5.n1.2026.4-18>

Recibido: 01-08-2025

Aceptado: 27-09-2025

Publicado: 15-01-2026


Adis Anicia Luna Baez^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0001-6260-3454>


Barbara Miladys Placencia López²

 <https://orcid.org/0000-0003-4512-9361>

Roxana María Chila Reina³

 <https://orcid.org/0000-0003-0877-2470>

Luis David Hidalgo Alvarado⁴

 <https://orcid.org/0009-0009-5456-8279>

1. Docente de la Carrera Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador.
2. Docente de la Carrera Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador.
3. Docente de la Carrera Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador.
4. Docente de la Carrera Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador.

Volumen: 5

Número: 1

Año: 2026

Paginación: 4-18

URL: <https://revistas.unesum.edu.ec/salud/index.php/revista/article/view/106>

***Correspondencia autor:** adis.luna@unesum.edu.ec



RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el ámbito rural ecuatoriano y guardan relación directa con estilos de vida poco saludables. La enfermería comunitaria se configura como estrategia clave para la promoción de la salud, el control de factores de riesgo y el fortalecimiento del autocuidado en comunidades con alta vulnerabilidad social. El objetivo de este trabajo consiste en describir la experiencia del proyecto de vinculación “Centro Universitario de Atención Integral de Enfermería Comunitaria. Fase II”, orientado a la transformación de estilos de vida saludables en habitantes de la parroquia rural El Anegado, cantón Jipijapa. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con aplicación de diagnóstico familiar, seguimiento intra y extramural a personas con enfermedades crónicas no transmisibles y ejecución de un plan educativo integral sobre actividad física, alimentación saludable y prácticas de autocuidado. La intervención incluye visitas domiciliarias, charlas educativas, talleres, asesoramiento nutricional individual, actividades físico-recreativas y evaluación pre y post intervención de conocimientos y prácticas relacionadas con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Los resultados evidencian mejoría del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo, síntomas, complicaciones y medidas de prevención de estas patologías, así como cambios favorables en el uso de sal, la práctica de ejercicio y la selección de alimentos saludables, con mayor participación comunitaria en procesos de cuidado de la salud. La experiencia confirma el potencial de la enfermería comunitaria en el sector rural para influir en los estilos de vida y contribuir al control de enfermedades crónicas no transmisibles desde un abordaje integral y participativo.

Palabras clave: Enfermería comunitaria, Estilo de vida, Comunidad rural, Enfermedades crónicas transmisibles.

ABSTRACT

Non-communicable chronic diseases represent one of the main causes of morbidity and mortality in rural Ecuador and are directly associated with unhealthy lifestyles. Community nursing emerges as a key strategy for health promotion, risk factor control, and the strengthening of self-care within communities facing high social vulnerability. The aim of this study is to describe the experience of the outreach project “University Center for Comprehensive Community Nursing Care. Phase II”, aimed at transforming healthy lifestyle practices among residents of the rural parish El Anegado, Jipijapa Canton. A quantitative and community-based approach was used, including family assessment, intra- and extramural follow-up of individuals with non-communicable chronic diseases, and the implementation of an integrated educational plan focused on physical activity, healthy eating, and self-care practices. The intervention encompassed home visits, educational talks, workshops, individualized nutritional counseling, physical-recreational activities, and pre- and post-intervention evaluations of knowledge and practices related to hypertension and diabetes mellitus. The results demonstrate improvements in knowledge regarding risk factors, symptoms, complications, and preventive measures for these diseases, as well as favorable changes in salt consumption, exercise habits, and healthy food choices, with increased community participation in health care processes. This experience highlights the potential of community nursing in rural areas to influence lifestyle behaviors and contribute to the control of non-communicable chronic diseases through a comprehensive and participatory approach.

Keywords: Community nursing, Lifestyle, Rural community, Non-communicable chronic diseases.



Creative Commons Attribution 4.0
International (CC BY 4.0)

Introducción

La atención integral de enfermería comunitaria constituye un pilar para el fortalecimiento de los programas de salud en comunidades rurales, donde se evidencian brechas de acceso, continuidad asistencial y resolución oportuna de necesidades de salud. En Ecuador, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, se ubican entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en población adulta, lo que exige intervenciones sistemáticas orientadas a la modificación de estilos de vida y al control de factores de riesgo. La Organización Panamericana de la Salud reporta que las muertes por enfermedades no transmisibles en las Américas aumentaron 43% desde el año 2000 y alcanzaron los 6 millones de fallecimientos en 2021, lo que representa el 65% de todas las muertes en la región. En este contexto, la diabetes causó más de 420,000 muertes, mientras que la hipertensión arterial afecta al 35,4% de la población entre 30 y 70 años, con apenas un 36,4% de los casos controlados (OMS, 2024). Estos datos subrayan la urgencia de implementar estrategias de prevención y control en el primer nivel de atención.

Este enfoque mantiene coherencia con el objetivo de Desarrollo Sostenible 3, que propone garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, y con el Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024–2025, que prioriza la promoción, prevención y atención primaria con énfasis en grupos vulnerables. La Organización Mundial de la Salud establece que la ampliación de las intervenciones en atención primaria de salud en países de ingreso bajo y mediano puede salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030, lo que refuerza la pertinencia de fortalecer el primer nivel de atención mediante estrategias como la enfermería comunitaria. Asimismo, la OPS reconoce que los profesionales de enfermería y partería constituyen actores clave en la promoción

de la salud y la prevención de enfermedades, al tiempo que representan la columna vertebral de los sistemas de salud (OMS/OPS, 2024).

La parroquia rural El Anegado, del cantón Jipijapa, presenta elevados índices de pobreza y limitada conectividad vial, situación que condiciona el acceso oportuno a servicios básicos y a la red de salud. El diagnóstico situacional de salud previo identificó prevalencia de ECNT, desnutrición infantil, consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas que afectan la calidad de vida de la comunidad. Los determinantes sociales de la salud: como el nivel socioeconómico, la educación, el entorno laboral y el acceso a servicios básicos, que condicionan la calidad de vida y definen las oportunidades de la atención primaria para abordar y prevenir enfermedades (Loor y Rivero, 2025).

En comunidades rurales de Ecuador, la desigualdad en la distribución de recursos sanitarios, la falta de infraestructura y la ausencia de personal capacitado generan mayores tasas de morbilidad en poblaciones vulnerables, lo que justifica intervenciones de enfermería comunitaria centradas en el fortalecimiento del autocuidado y la transformación de estilos de vida. Estos hallazgos justifican la implementación de estrategias de enfermería comunitaria dirigidas al fortalecimiento del autocuidado y a la transformación de estilos de vida (Vélez y Choez, 2025).

Desde la academia, los proyectos de vinculación con la sociedad permiten articular docencia, investigación y práctica comunitaria, con impacto directo en la prevención y control de ECNT.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, promulgada por la OMS, define la promoción de la salud como un proceso político y social global que comprende acciones orientadas a fortalecer las habilidades de los individuos y las comunidades, así como a modificar las condiciones so-

ciales, ambientales y económicas con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. En este marco, la enfermería comunitaria se posiciona como estrategia esencial para la atención primaria de salud, al operar en los lugares donde las personas participan en actividades cotidianas y al promover cambios en el entorno que generan salud y bienestar. La OPS destaca que la atención primaria de salud, basada en equipos multiprofesionales y con enfoque familiar y comunitario, constituye la piedra angular de un sistema de salud sostenible para alcanzar la cobertura sanitaria universal (Requelme, 2025).

La Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí desarrolla el proyecto “Centro Universitario de Atención Integral de Enfermería Comunitaria. Fase II”, dentro del programa “Cuidado y práctica en enfermería del individuo, familia y comunidad”. El objetivo general consiste en fortalecer los programas de salud del centro universitario de atención integral de enfermería comunitaria para la transformación de estilos de vida saludables en la población de la parroquia rural El Anegado del cantón Jipijapa (Guillot y Viamonte, 2016).

El proyecto define objetivos específicos orientados a la atención de enfermería comunitaria en personas con ECNT, con énfasis en control de factores de riesgo, adhesión terapéutica y mejoría de la calidad de vida; al desarrollo de un plan educativo integral sobre actividad física y alimentación saludable en poblaciones vulnerables; y al fomento de la sostenibilidad de los cambios mediante grupos de apoyo comunitarios. Estas acciones se alinean con la línea estratégica de salud pública y con el dominio académico de salud y bienestar humano (Troya, 2025).

La intervención adopta un enfoque cuantitativo y comunitario. Incluye un diagnóstico familiar mediante la ficha del Ministerio de Salud Pública, visitas domiciliarias, seguimiento intra y extramural, aplicación de encuestas

pre y post intervención sobre conocimientos y prácticas relacionadas con hipertensión y diabetes, además de un plan educativo integral compuesta por charlas, talleres, asesoramiento nutricional y actividades físicas comunitarias (Altamirano, 2025).

Este trabajo se enmarca en el proyecto de vinculación, que buscó fortalecer la atención primaria de salud mediante actividades educativas y comunitarias orientadas a la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. De esta manera, se integró la formación académica con la práctica en escenarios reales, aportando evidencia sobre el impacto de la enfermería comunitaria en poblaciones rurales vulnerables.

Materiales y métodos

La intervención se ejecutó en la parroquia rural El Anegado, cantón Jipijapa, provincia de Manabí, entre mayo y agosto de 2025, en el marco del proyecto de vinculación “Centro Universitario de Atención Integral de Enfermería Comunitaria. Fase II”. Se adoptó un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo, transversal y sin grupo control. El escenario correspondió a la población adscrita al Centro de Salud tipo A de El Anegado, de forma específica en el sector La Merced y recintos circundantes.

La población objetivo incluyó personas con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como individuos con factores de riesgo asociados, identificados mediante la ficha familiar del Ministerio de Salud Pública (MSP) y los registros del Centro de Salud. La muestra estuvo conformada por 53 participantes seleccionados de manera intencionada, residentes en las viviendas visitadas y con consentimiento para participar. De este grupo se trabajó con una submuestra de 26 personas para la evaluación específica de conocimientos y prácticas relacionadas con hipertensión y diabetes, mediante cuestionarios aplicados en modalidad pre y post intervención.

Los criterios de inclusión consideraron adultos residentes en la parroquia El Anegado, con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, o con antecedentes familiares y factores de riesgo relevantes registrados en la ficha familiar del MSP. Se excluyeron personas con deterioro cognitivo severo que impidiera responder las encuestas, ausencia prolongada del domicilio o negativa expresa a participar en el estudio.

Como instrumentos se emplearon: la ficha familiar del MSP para la caracterización sociodemográfica, el registro de patologías y la identificación de factores de riesgo; un cuestionario estructurado sobre estilos de vida y prácticas relacionadas con hipertensión y diabetes, aplicado en dos momentos (pre y post intervención); cuestionarios de conocimiento sobre hipertensión arterial y diabetes mellitus, con ítems sobre causas, factores de riesgo, síntomas, complicaciones y medidas de prevención y control; y registros de actividades educativas, asesorías individuales y casas abiertas, que documentaron el alcance del plan educativo integral.

La estructura de los instrumentos se diseñó en concordancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial en adultos, y con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud sobre prevención y control de la diabetes. Estas guías enfatizan la educación del paciente en torno a factores de riesgo modificables, signos de alarma y medidas de autocuidado, como componentes esenciales de la atención integral en el primer nivel de salud.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló bajo los principios de respeto, justicia y beneficencia, en concordancia con la normativa nacional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y con los lineamientos internacionales de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Se obtuvo consentimiento

informado de los participantes, quienes fueron informados sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos de la intervención, así como de su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones en la atención recibida.

La confidencialidad de los datos sociodemográficos, clínicos y de estilos de vida se garantizó mediante la codificación de la información y el acceso restringido a los registros, evitando la divulgación de datos personales (Carrasco-Díaz & Araya, 2024). Las actividades educativas se diseñaron con enfoque inclusivo y culturalmente pertinente, promoviendo la participación comunitaria y respetando la diversidad de prácticas locales.

Finalmente, la investigación se orientó a generar beneficios directos para la comunidad, fortaleciendo las capacidades individuales y colectivas en el autocuidado de la salud y consolidando un modelo de atención integral en el primer nivel, en coherencia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2006) sobre prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Dentro de los aspectos éticos, se contemplan autorización institucional (UNESUM y Distrito de Salud 13D03 Jipijapa–Puerto López), consentimiento informado verbal, respeto a la confidencialidad y uso académico de los datos.

Limitaciones metodológicas

El estudio presenta ciertas limitaciones inherentes a su diseño. En primer lugar, la ausencia de grupo control restringe la capacidad de establecer relaciones causales directas entre la intervención y los cambios observados, limitando la validez interna del estudio (Hernández Sampieri, 2021). Asimismo, el tamaño reducido de la muestra y la selección intencionada de participantes dificultan la generalización de los resultados a otras poblaciones rurales, lo que afecta la validez externa.

Otra limitación corresponde al carácter transversal del diseño, que impide evaluar la sostenibilidad de los cambios en conocimientos y prácticas a largo plazo (Polit, 2021). Además, el uso de cuestionarios autoaplicados puede introducir sesgos de información, derivados de la deseabilidad social o de la comprensión limitada de algunos ítems por parte de los participantes.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron diversos instrumentos alineados con las directrices internacionales de atención primaria en enfermedades crónicas. La ficha familiar del Ministerio de Salud Pública permitió caracterizar la información sociodemográfica, registrar patologías y factores de riesgo en el núcleo familiar. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre estilos de vida y prácticas relacionadas con hipertensión y diabetes, que incluyó consumo de alcohol y tabaco, uso de sal, actividad física, frecuencia de ingesta de frutas y verduras y antecedentes familiares de ECNT, administrado en dos momentos (pre y post intervención).

Asimismo, se emplearon cuestionarios de conocimiento sobre hipertensión arterial y diabetes mellitus, con ítems sobre causas, factores de riesgo, síntomas, complicaciones y medidas de prevención y control, aplicados en modalidad pretest y postest. Finalmente, se registraron las actividades educativas, asesorías individuales y casas abiertas, con el fin de documentar el alcance del plan educativo integral. La estructura de estos instrumentos se fundamentó en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que enfatizan la educación del paciente sobre factores de riesgo modificables, signos de alarma y medidas de autocuidado como componentes esenciales de la atención integral en el primer nivel.

Fases operativas del proyecto de enfermería comunitaria en la zona rural del Anegado

Fase 1. Diagnóstico comunitario

Aplicación de la ficha familiar del MSP casa a casa.

Registro de variables sociodemográficas, patologías crónicas y condiciones de vida.

Identificación de personas con ECNT o factores de riesgo prioritarios.

Fase 2. Seguimiento y atención de enfermería comunitaria

Controles intra y extramurales a personas con hipertensión y diabetes.

Procedimientos básicos de enfermería: toma de presión arterial, control de peso, orientación sobre medicación.

Consejería breve en hábitos saludables.

Levantamiento de la línea de base de conocimientos y prácticas sobre ECNT.

Fase 3. Intervención educativa integral

Ejecución de charlas, talleres y asesoramiento nutricional individual.

Actividades físicas, recreativas y casas abiertas.

Énfasis en autocuidado, reducción de factores de riesgo modificables y fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Fase 4. Evaluación post intervención

Aplicación de cuestionarios de estilos de vida y conocimientos sobre hipertensión y diabetes.

Análisis comparativo de resultados pre y post intervención.

Sistematización de la experiencia de enfermería comunitaria para retroalimentar el proyecto y la formación de estudiantes.

Resultados y discusión

Caracterización sociodemográfica y epidemiológica

La muestra incluyó 53 participantes, con ligera predominancia del sexo femenino (53%) y una alta proporción de población en edad productiva (49% entre 20 y 64 años) y adultos mayores (23% con 65 años o más). Predominó un bajo nivel educativo (40% sin estudios formales y solo 6% con educación superior), así como una elevada vulnerabilidad socioeconómica, evidenciada en la combinación de amas de casa (28%) y

personas desocupadas (19%). Esta estructura sociodemográfica refleja un contexto de riesgo para la aparición y consolidación de ECNT, en concordancia con la literatura que asocia pobreza, baja escolaridad y ruralidad con mayor carga de enfermedad crónica, resultados que se visualizan con claridad en la caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la muestra, que están analizados en la tabla 1.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población encuestada

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	28	53
	Masculino	25	47
Edad	20–64 años (edad productiva)	26	49
	≥65 años (adultos mayores)	12	23
	<20 años	15	28
Nivel educativo	Sin estudios formales	21	40
	Educación básica/media	29	54
	Educación superior	3	6
Ocupación	Amas de casa	15	28
	Desocupados	10	19
	Otros (trabajadores, estudiantes)	28	53

Nota: Resultados aplicación de la ficha familiar del MSP, que refleja la vulnerabilidad socioeconómica y educativa de la población rural de la parroquia Anegado

La Organización Mundial de la Salud indica que más del 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles ocurren en países de ingresos medios y bajos, como el Ecuador, y que América Latina y el Caribe registran más de 200 millones de personas con diagnóstico de ECNT. En poblaciones rurales, la confluencia de determinantes sociales adversos: como la pobreza, el bajo nivel educativo, la limitada conectividad y el acceso restringido a servicios de salud, que incrementa la vulnerabilidad frente a estas patologías, lo que subraya la necesidad de intervenciones de enfermería comunitaria orientadas a la prevención primaria y secundaria (Organización Mundial de la Salud., 2025).

En el perfil de patologías se identificó predominio de diabetes mellitus (30%) e hipertensión arterial (23%), seguidas de sobrepeso, obesidad (13%) y desnutrición (9%), además de discapacidad en el 8% de los casos. La coexistencia de sobrepeso y desnutrición señala una doble carga nutricional y confirma la transición epidemiológica en comunidades rurales ecuatorianas, donde las ECNT desplazan a las enfermedades infecciosas como principal causa de morbilidad, en línea con reportes nacionales e internacionales.

Tabla 2. Distribución de enfermedades crónicas no transmisibles en la población encuestada (n=53)

Patología	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Diabetes mellitus	16	30
Hipertensión arterial	12	23
Sobrepeso–obesidad	7	13
Desnutrición	5	9
Discapacidad	4	8
Sin ECNT reportadas	9	17

Nota: Resultados aplicación de la ficha familiar del MSP.

La distribución de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población encuestada confirma la tendencia descrita en la literatura regional: la coexistencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial como principales causas de morbilidad, junto con la doble carga nutricional reflejada en sobrepeso y desnutrición. Este perfil epidemiológico es consistente con investigaciones realizadas en comunidades rurales ecuatorianas, donde la pobreza, la baja escolaridad y el limitado acceso a servicios de salud incrementan la vulnerabilidad frente a las ECNT. Asimismo, estudios multicéntricos como PURE-Ecuador han evidenciado que los factores de riesgo cardiovascular y metabólico se concentran en poblaciones rurales y periurbanas, reforzando la necesidad de intervenciones comunitarias desde la enfermería. En concordancia, la OPS, señala que en Ecuador atraviesa una transición epidemiológica marcada por el despla-

zamiento de las enfermedades infecciosas hacia las crónicas, lo que exige estrategias integrales de promoción de estilos de vida saludables y educación comunitaria.

La Organización Panamericana de la Salud documenta que en 2022 la obesidad afectaba al 33,8% de las personas adultas en la región de las Américas, con un aumento del 28% desde 2010, mientras que el 35,6% de la población no realizaba suficiente actividad física. La prevalencia de diabetes alcanzó el 13,1%, y 43 millones de personas mayores de 30 años con esta enfermedad carecen de acceso a la atención que necesitan. Estos datos refuerzan la magnitud del problema de salud pública que representan las ECNT en contextos de vulnerabilidad social (Organización Panamericana de la Salud, 2026). La tabla organizada para reflejar la cobertura de visitas domiciliarias en tu proyecto de enfermería comunitaria:

Tabla 3. Cobertura de visitas domiciliarias en la comunidad

Condición de la vivienda	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Acceso efectivo	25	47
Cerrada	20	38
Deshabitada	5	9
Renuencia a la visita	3	6

Nota: Cobertura de visitas domiciliarias

La cobertura parcial de visitas domiciliarias (47% de acceso efectivo) refleja las limitaciones estructurales y culturales que enfrentan los programas de enfermería comunitaria en zonas rurales. El elevado porcentaje de viviendas cerradas (38%) y deshabitadas (9%) evidencian fenómenos de movilidad laboral y migración, mientras que la renuencia (6%) sugiere desconfianza hacia la intervención externa. Estos hallazgos coinciden con investigaciones que destacan la necesidad de estrategias culturalmente pertinentes y de un acercamiento comunitario participativo para mejorar la aceptación de las visitas domiciliarias. Asimismo, las guías prácticas de enfermería familiar y comunitaria enfatizan que la Atención Primaria de Salud debe adaptarse a la realidad intercultural y socioeconómica de cada territorio, promoviendo confianza y continuidad en la atención (Guías de Enfermería Comunitaria. (2024). Prácticas de enfermería familiar y comunitaria en el marco del MAIS-FCI. Uni-

versidad Técnica de Ecuador.) En este sentido, la OPS subraya que la efectividad de la visita domiciliaria depende no solo de la logística, sino también de la capacidad de los equipos de salud para establecer vínculos de confianza y respeto con las familias

Estilos de vida relacionados con hipertensión y diabetes

Los resultados obtenidos evidencian que, aunque la mayoría de los participantes poseía conocimiento previo sobre hipertensión y diabetes, persistían prácticas de riesgo como el consumo excesivo de sal y el sedentarismo, factores reconocidos como determinantes en el desarrollo y control de estas enfermedades crónicas no transmisibles. La reducción significativa del hábito de añadir sal en la mesa y el incremento de la actividad física tras la intervención reflejan el impacto positivo de la educación comunitaria en la modificación de conductas cotidianas.

Tabla 4. Cambios en estilos de vida relacionados con hipertensión y diabetes

Variable evaluada	Pre intervención (%)	Post intervención (%)
Conocimiento previo de hipertensión	96,15	—
Conocimiento previo de diabetes	92,30	—
Consumo actual de alcohol	8,00	—
Tabaquismo	4,00	—
Añade sal en la mesa	69,23	38,46
Realiza actividad física regular	30,77	69,23
Consumo de frutas y verduras (≥ 4 días/semana)	Mayoría (>70%)	—

Nota: Resultado de cambios de estilo de vida en la comunidad.

Se evidenció una reducción significativa en el hábito de añadir sal en la mesa (de 69,23% a 38,46%). Se observó un incremento notable en la práctica de actividad física regular (de 30,77% a 69,23%). El consumo de frutas y verduras se mantuvo frecuente, aunque la intervención enfatizó la necesidad de mejorar la calidad nutricional. La verdadera mejora

depende de variar los tipos y colores para obtener distintos antioxidantes y vitaminas, y de cuidar la preparación (crudas, al vapor, ensaladas frescas) evitando frituras o exceso de azúcar. Así, la intervención buscó no solo mantener la frecuencia, sino asegurar que cada elección aporte un perfil más completo de nutrientes y beneficios para la salud.

La importancia de este resultado radica en que la hipertensión y la diabetes constituyen problemas de salud pública de alta prevalencia, asociados a complicaciones cardiovasculares y metabólicas. La evidencia científica actual confirma que la adopción de estilos de vida saludables, particularmente la reducción del consumo de sodio, la práctica regular de actividad física y una dieta rica en frutas y verduras, es la estrategia efectiva para prevenir y controlar estas patologías en el primer nivel de atención (Williams - Mancía G. S., 2018).

En este sentido, la intervención comunitaria realizada en El Anegado demuestra que la educación en salud y la participación activa de la población pueden generar transformaciones significativas en conductas de riesgo, contribuyendo a disminuir la carga de enfermedades crónicas y a fortalecer la capacidad de autocuidado en contextos rurales. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre actividad física y hábitos sedentarios establecen recomendaciones específicas para todas las etapas de la vida, destacando su papel protector frente a enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidad y otros trastornos metabólicos. En el marco de la atención

primaria, la promoción de la actividad física constituye una intervención positiva que debe integrarse en los programas de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a la alimentación, se observó una ligera reducción en el consumo frecuente de frutas y un incremento en la ingesta de verduras entre cuatro y siete días por semana. Estos cambios sugieren una reorientación parcial de la dieta, aunque ponen de manifiesto la necesidad de reforzar mensajes educativos sobre equilibrio y variedad alimentaria.

Conocimiento sobre hipertensión arterial

La evaluación inicial mostró un conocimiento limitado y parcialmente erróneo sobre la hipertensión arterial, con asociaciones centradas en el estrés y la vejez, y escaso reconocimiento de factores de riesgo como la obesidad y la ingesta elevada de grasas. Aunque la mayoría identificó síntomas comunes (cefalea, mareos, palpitaciones, alteraciones visuales), persistió desconocimiento sobre complicaciones graves como la insuficiencia renal, estos datos aparecen en la tabla 5 como parte del diagnóstico realizado en esta zona rural.

Tabla 5. Conocimiento sobre hipertensión arterial antes de la intervención

Aspecto evaluado	Frecuencia (%)
Asociación con el estrés	46,34
Asociación con la vejez	31,71
Asociación con abuso de drogas	<20
Asociación con ansiedad/otros factores	<20
Factores de riesgo: herencia	36,73
Factores de riesgo: alto consumo de sal	24,49
Factores de riesgo: consumo excesivo alcohol	18,37
Factores de riesgo: obesidad	Escaso (<10)
Factores de riesgo: ingesta alta de grasas	Escaso (<10)
Síntomas reconocidos: cefalea, mareos, palpitaciones, mala visión	Mayoría (>70)
Complicaciones reconocidas: insuficiencia renal	Bajo reconocimiento

Nota: Resultados obtenidos del diagnóstico realizado en la comunidad.

Tras la intervención educativa, se evidenció una ampliación significativa del conocimiento: se incorporaron factores de riesgo adicionales (obesidad, tabaquismo, ingesta de grasas) y se fortaleció la comprensión de complicaciones mayores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, mortalidad). Asimismo, se consolidó la identificación de medidas preventivas y de control, incluyendo reducción de sal y grasas, ejercicio regular, limitación de alcohol y tabaco, adherencia a tratamiento farmacológico y manejo de la ansiedad (Williams - Mancía, 2018).

Estos cambios reflejan la efectividad de la educación en salud liderada por enfermería comunitaria para transformar creencias parciales en conocimientos científicos, favoreciendo la detección temprana y la adherencia terapéutica. La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como un proceso consciente de aprendizaje destinado a mejorar la alfabetización sanitaria y desarrollar habilidades personales que conduzcan al mejoramiento de la salud. En coherencia, la OPS enfatiza que la promoción de la salud en atención primaria constituye un instrumento fundamental para el control de enfermedades crónicas no transmisibles (OPS, 2025).

Conocimiento sobre diabetes mellitus

En la fase inicial, los participantes relacionaron la diabetes principalmente con el consumo excesivo de azúcar, la herencia y la vejez, mientras que otorgaron menor importancia a la resistencia a la insulina y otros determinantes. Reconocieron como factores de riesgo la herencia, la obesidad, la ingesta elevada de grasas y el consumo de sal, aunque persistieron vacíos respecto al papel del ejercicio y el control del peso corporal.

En el ámbito clínico, identificaron síntomas como micción frecuente y heridas de difícil cicatrización, aunque un pequeño grupo manifestó falta de conocimiento en manifestaciones clínicas. Después de la intervención, el conocimiento se amplió de manera significativa. Los participantes identificaron

el exceso de azúcar, la herencia y la resistencia a la insulina como causas centrales, reduciendo referencias a creencias sin sustento biomédico. La mayoría reconoció la herencia, la obesidad, la ingesta elevada de grasas, el consumo de azúcar, el tabaquismo y el alcohol como factores de riesgo, con disminución del desconocimiento previo. En la dimensión clínica, más del 80% reconoció micción frecuente y retraso en la cicatrización de heridas como signos de alerta, además de complicaciones graves como pérdida de visión, úlcera del pie, insuficiencia cardíaca y daño renal.

En prevención y control, se priorizaron medidas como evitar el exceso de azúcar, reducir sal y grasas, limitar alcohol y tabaco, practicar ejercicio regular y cumplir la medicación prescrita. Estos avances reflejan el impacto de la educación comunitaria en salud, que transformó percepciones parciales en conocimientos científicos y fortaleció competencias de autocuidado.

Alcance del plan educativo integral

En el marco del objetivo 2 se ejecutaron 34 acciones educativas, que incluyeron 25 charlas, 2 talleres, 2 casas abiertas, asesorías nutricionales individuales, actividades con plato saludable y atención psicológica. Las casas abiertas en El Anegado y La Susana integraron educación, tamizaje y actividades lúdicas, con participación aproximada de 160 personas. Estas actividades favorecieron la apropiación comunitaria de la salud como valor colectivo y fortalecieron el vínculo entre la universidad, el centro de salud y la población, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Acciones educativas realizadas en El Anegado y La Susana (Objetivo 2)

Tipo de actividad	Número de acciones Participación	
Charlas educativas	25	—
Talleres	2	—
Casas abiertas (El Anegado y La Susana)	2	160 personas
Asesorías nutricionales individuales	Incluidas	—
Actividades con plato saludable	Incluidas	—
Atención psicológica	Incluida	—
Total de acciones	34	—

Estos resultados reflejaron que las casas abiertas integraron educación, tamizaje y actividades lúdicas, con participación comunitaria significativa (160 personas). Las charlas impartidas por estudiantes y los talleres fueron el eje central de la estrategia, complementadas con asesorías nutricionales y atención psicológica. Estas acciones constituyeron una fuente de motivación y apropiación comunitaria de la salud como valor colectivo para fortalecer el vínculo entre universidad, centro de salud y población.

Sin embargo, el objetivo 3, orientado a la creación de grupos de apoyo comunitarios y formación de promotores de salud, tuvo un cumplimiento parcial. La formación no se concretó durante el periodo analizado; solamente se ejecutaron acciones de promoción y selección preliminar de participantes, lo que dejó este componente para ciclos posteriores del proyecto. Esta limitación pone en evidencia la necesidad de mayor tiempo operativo y recursos específicos para consolidar estructuras comunitarias de sostén a largo plazo.

En conjunto, los resultados muestran que la enfermería comunitaria impactó de forma positiva en el conocimiento y en varios componentes de los estilos de vida relacionados con ECNT, aunque persisten desafíos estructurales, culturales y logísticos que condicionan la sostenibilidad de los cambios.

Discusión

Los resultados del proyecto evidencian que la población rural de El Anegado enfrenta una elevada carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), vinculada a condiciones de pobreza, baja escolaridad y limitaciones de acceso a servicios de salud. Este perfil refleja la transición epidemiológica descrita en comunidades rurales latinoamericanas, donde coexisten sobrepeso, obesidad y desnutrición, configurando escenarios de vulnerabilidad (Ordunez, 2023).

Antes de la intervención, el conocimiento sobre hipertensión y diabetes se caracterizó por percepciones parciales y creencias con escaso sustento biomédico, lo que limitaba la percepción de riesgo y la motivación para cambios sostenidos en el estilo de vida. Tras la intervención educativa, se observó una mejora significativa en la comprensión de causas, factores de riesgo, síntomas y complicaciones, así como en la adopción de medidas preventivas. Este cambio confirma que la educación en salud adaptada al contexto comunitario fortalece la educación sanitaria y el autocuidado. Los resultados en estilos de vida refuerzan este análisis: la reducción del uso de sal en la mesa y el incremento de la actividad física reflejan la efectividad de la enfermería comunitaria en la modificación de conductas de riesgo cardiovascular. Sin embargo, el comportamiento del consumo de frutas y verduras muestra la complejidad de los cambios alimentarios, condicionados por

factores económicos, disponibilidad estacional y prácticas culturales. La OMS y la FAO recomiendan un consumo mínimo de 400 g diarios de frutas y verduras, cifra que en América Latina se mantiene por debajo de lo esperado, lo que justifica la necesidad de estrategias intersectoriales que integren salud, agricultura y educación (WHO y FAO, 2020).

La ejecución de actividades educativas demostró una alta capacidad de movilización comunitaria y fortaleció competencias clínicas y sociales en estudiantes de enfermería. No obstante, la ausencia de estructuras comunitarias consolidadas, como grupos de apoyo y promotores de salud, limita la sostenibilidad de los logros alcanzados. La literatura coincide en que el control efectivo de ECNT en contextos rurales requiere redes comunitarias sólidas y alianzas interinstitucionales estables (PAHO, 2022). Las evidencias consultadas reafirman que la enfermería comunitaria puede transformar el conocimiento y ciertas prácticas relacionadas con estilos de vida saludables en poblaciones rurales, aunque la sostenibilidad de estos cambios depende de factores estructurales que trascienden el ámbito sanitario.

Conclusiones

La intervención realizada en la población de la parroquia rural El Anegado presentó una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, en especial diabetes mellitus e hipertensión arterial, asociadas a condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, baja escolaridad y limitaciones de acceso a servicios de salud, lo que justifica la priorización de estrategias de enfermería comunitaria centradas en la prevención y el autocuidado.

La intervención permitió mejorar de forma significativa el nivel de conocimiento de la comunidad sobre hipertensión arterial y diabetes mellitus, con avances en la identificación de causas, factores de riesgo, síntomas, complicaciones y medidas de prevención y control, lo que fortaleció la capacidad de las personas para reconocer su condición de riesgo y adoptar decisiones informadas en salud.

Se evidenciaron cambios favorables en estilos de vida relacionados con las ECNT, en particular disminución del hábito de añadir sal en la mesa, incremento de la práctica de actividad física y ajustes en el patrón de consumo de verduras, aunque persistieron desafíos en la consolidación de una alimentación equilibrada y en la adherencia plena a recomendaciones nutricionales.

El plan educativo integral, basado en charlas, talleres, asesorías individuales y casas abiertas, demostró alta aceptabilidad y generó espacios de participación comunitaria, al mismo tiempo que contribuyó al desarrollo de competencias clínicas, educativas y sociales en los estudiantes de enfermería, quienes fortalecieron su formación integral mediante la práctica en contextos reales.

El objetivo orientado a la creación de grupos de apoyo comunitarios y la formación de promotores de salud alcanzó un cumplimiento parcial, limitado a actividades de promoción y selección preliminar. Esta situación resalta la necesidad de disponer de mayor tiempo, recursos y coordinación interinstitucional para consolidar estructuras comunitarias que sostengan a largo plazo los cambios logrados en estilos de vida saludables.

La experiencia confirma que la enfermería comunitaria constituye un componente clave para la transformación de estilos de vida en contextos rurales, siempre que se articule con políticas de salud pública, se apoye en la participación comunitaria y se acompañe de estrategias de seguimiento continuo que permitan mantener y profundizar los logros alcanzados en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Se reconoce que el rol del personal de enfermería en la promoción de la salud resulta esencial en comunidades rurales, donde las brechas de acceso, la limitada disponibilidad de recursos y los determinantes sociales adversos exigen un abordaje integral, participativo y culturalmente pertinente. La intervención en enfermería comunitaria, como estrategia, fortalece de la atención

primaria de salud, representa un recurso clave para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y reducir las desigualdades en salud en la región de las Américas.

Bibliografía

1. Altamirano, C. V. (2025). Impacto de la ficha familiar en la atención de enfermedades crónicas en salud comunitaria en Ecuador. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores.
2. Guillot y Viamonte, K. R. (2016). La Atención Primaria de Salud y la Enfermería. Uniandes Episteme. Revista digital de Ciencia, Tecnología e Innovación, 3(3, 384-401.
3. Hernández Sampieri, R. F. (2021). Metodología de la investigación (7ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
4. Loor y Rivero, E. M. (2025). Determinantes sociales de la salud y su impacto en la atención primaria en el Ecuador: Desafíos y estrategias en intervención. ARANDU UTIC, 12(1), 1863-1876.
5. OMS. (2024). Atención primaria de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
6. OMS/OPS. (2024). Autocuidado para la salud y el bienestar [Preguntas y respuestas]. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>.
7. OPS. (2025 Washington, DC). Organización Panamericana de la Salud.. Lineamientos para la atención primaria en el control de enfermedades crónicas no transmisibles. Washington, DC.
8. Ordunez, P. S. (2023). Innovations for improving hypertension and cardiovascular risk management in primary care. Revista Panamericana de Salud Pública, , 4, 197. <https://doi.org/>. <https://doi.org/10.266>
9. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud. (2006). Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública, 46, 1-8.
11. Organización Mundial de la Salud. (2025). Enfermedades no transmisibles [Nota descriptiva]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
12. Organización Panamericana de la Salud. (2022). HEARTS como herramienta para integrar el manejo de la hipertensión y la diabetes en los entornos de atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 46, 1-7.
13. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Síntesis de evidencia y recomendaciones: directrices para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos. IRIS-PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56437>.
14. Organización Panamericana de la Salud. (2025). Enfermería y partería. <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria>.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2025). Las muertes por enfermedades no transmisibles en las Américas aumentaron 43% desde el año 2000 [Comunicado de prensa]. <https://www.paho.org/es/noticias/2-7-2025-muertes-por-enfermedades-no-transmisibles-americas-aumentaron-43-desde-ano-2000>.
16. Organización Panamericana de la Salud. (2026). Atención primaria de salud. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>.
17. Organización Panamericana de la Salud. (2026). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
18. Organización Panamericana de la Salud. (2026). Hipertensión. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
19. Organización Panamericana de la Salud. (2026). Promoción de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>.
20. Polit, D. F. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (11th ed.). Wolters Kluwer.
21. Requelme, R. C. (2025). Rol de la Enfermera en la atención primaria comunitaria en el control de hipertensión y diabetes mellitus. RECIMUNDO, 9(4), 91-98.
22. Troya, a. C. (2025). Impacto de la ficha familiar en la atención de Enfermedades Crónicas en salud comunitaria en Ecuador. Contemporary dilemmas: education, politics and values. Contemporary dilemmas: education, politics and values.

23. Vélez y Choez, J. F. (2025). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales en Latinoamérica. *Polo del Conocimiento*, 10(8), 2475-2496.
24. Williams - Mancia, G. S. (2018). Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104.y, 3021–3104. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy>
25. Williams, & Mancia, G. S. (2018). Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy>

Cómo citar: Luna Baez, A. A. ., Placencia López, B. M., Chila Reina, R. M. ., & Hidalgo Alvarado, L. D. . . (2026). Enfermería comunitaria para la transformación de estilos de vida saludables en El Anegado. *Revista Investigación Y Educación En Salud*, 5(1), 4–18. <https://doi.org/10.47230/unsum-salud.v5.n1.2026.4-18>