Educational Regent Multidisciplinary Journal

Vol. 3 • Núm. 2 • 2026
Julio – Diciembre
ISSN: 3091-1869
Artículo Revisión

Artículo Revisión

Factores clínicos y determinantes sociales asociados al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles: estrategias de prevención y atención integral en poblaciones vulnerables

Clinical Factors and Social Determinants Associated with the Development of Non-Communicable Diseases: Prevention Strategies and Integrated Care for Vulnerable Populations

Leslie Elizabeth Moreira Proaño[1*]

[1]*Investigador Independiente, Latacunga - Ecuador*

***Autor de correspondencia:** Leslie Elizabeth Moreira Proaño

Recibido: 14-09-2026 **Revisado:** 05-10-2026 **Aceptado:** 26-10-2026 **Publicado:** 30-10-2026

Cómo citar este artículo: Moreira Proaño, L. E. . (2026). Factores clínicos y determinantes sociales asociados al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles: estrategias de prevención y atención integral en poblaciones vulnerables. *Educational Regent Multidisciplinary Journal, 3*(2), 1-13. https://doi.org/10.63969/2c4hwc64

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan un desafío para los sistemas sanitarios debido a su relación con factores clínicos y determinantes sociales que afectan de manera particular a las poblaciones vulnerables. El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores clínicos y sociales asociados al desarrollo de estas afecciones, así como las estrategias de prevención y atención integral orientadas a mejorar la salud de los grupos con mayores condiciones de vulnerabilidad. Se desarrolló una investigación cualitativa de carácter documental, con alcance descriptivo e interpretativo, mediante la aplicación de los criterios PRISMA 2020 para la selección de publicaciones científicas. Los hallazgos permitieron identificar la hipertensión arterial, la hiperglucemia, la dislipidemia, el exceso de peso y la inactividad física como factores clínicos relevantes, junto con la desigualdad económica, las dificultades de acceso sanitario y la inseguridad alimentaria. Se concluye que la prevención y el control requieren atención primaria fortalecida, educación sanitaria, seguimiento continuo y participación comunitaria.

Palabras clave: enfermedades crónicas no transmisibles; factores clínicos; determinantes sociales de la salud; prevención; atención integral.

ABSTRACT

Non-communicable diseases pose a challenge to healthcare systems because of their association with clinical factors and social determinants that particularly affect vulnerable populations. This study aimed to analyse the clinical and social factors associated with the development of these conditions, as well as prevention and integrated care strategies designed to improve health outcomes among groups experiencing greater vulnerability. A qualitative documentary study with a descriptive and interpretative scope was conducted, applying the PRISMA 2020 guidelines to the selection of scientific publications. The findings identified hypertension, hyperglycaemia, dyslipidaemia, excess weight and physical inactivity as relevant clinical risk factors, alongside economic inequality, difficulties in accessing healthcare and food insecurity. It is concluded that prevention and control require strengthened primary healthcare, health education, continuous monitoring and community participation.

Keywords: non-communicable diseases; clinical factors; social determinants of health; prevention; integrated care.

1. INTRODUCCIÓN

©2026 por los Autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0. (CC BY 4.0) https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las afecciones cardiovasculares, la diabetes mellitus, las patologías oncológicas y las enfermedades respiratorias persistentes, representan una preocupación prioritaria para la salud pública debido a sus efectos sobre la supervivencia, la autonomía personal y la demanda de servicios asistenciales durante periodos prolongados. Su desarrollo está vinculado con la convergencia de condiciones fisiológicas, antecedentes clínicos, comportamientos cotidianos y circunstancias socioeconómicas que influyen en la susceptibilidad individual y en la evolución de cada patología. Esta situación adquiere mayor complejidad entre los grupos socialmente desfavorecidos, quienes pueden experimentar restricciones económicas, dificultades para acceder a una alimentación nutritiva, empleos inestables, escasas oportunidades de educación sanitaria y limitaciones geográficas para recibir atención médica. Frente a estas condiciones, la enfermería ocupa una posición fundamental en la identificación temprana de riesgos, la orientación sobre prácticas protectoras, el acompañamiento terapéutico y la articulación de cuidados ajustados a las necesidades de las personas y sus comunidades. Por consiguiente, comprender la interacción entre los factores clínicos y las circunstancias sociales resulta indispensable para diseñar intervenciones preventivas y asistenciales que contribuyan a disminuir las complicaciones, favorecer la continuidad de los tratamientos y promover una distribución más equitativa de los recursos sanitarios.

La incidencia y la evolución de las ECNT están condicionadas por una combinación de factores que presentan diferencias importantes entre los grupos poblacionales, lo que dificulta la aplicación de respuestas preventivas uniformes. La presión arterial elevada, el incremento de la glucosa sanguínea, las alteraciones del colesterol y los triglicéridos, la obesidad, la inactividad física y la exposición al tabaco se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas, cardiovasculares y respiratorias. No obstante, estas condiciones deben interpretarse considerando las circunstancias en las que transcurre la vida de las personas, debido a que los recursos económicos, la disponibilidad de alimentos nutritivos, la formación educativa, las características de la vivienda y la proximidad de los centros sanitarios influyen en las posibilidades de mantener conductas protectoras. A estas limitaciones se suman las dificultades para obtener medicamentos, la identificación tardía de las enfermedades y la falta de seguimiento clínico periódico, circunstancias que pueden favorecer el deterioro progresivo de la salud y aumentar las necesidades de atención especializada. Por esta razón, resulta necesario abordar las ECNT mediante una perspectiva que integre las características fisiológicas con las condiciones sociales, evitando atribuir exclusivamente a las decisiones personales la responsabilidad sobre el desarrollo y el control de estas patologías.

Las diferencias en las oportunidades de prevención, diagnóstico y tratamiento evidencian la necesidad de fortalecer los servicios sanitarios destinados a las comunidades con mayores limitaciones económicas, geográficas y sociales. Si bien la valoración clínica permite reconocer alteraciones fisiológicas, establecer diagnósticos y orientar las intervenciones terapéuticas, la efectividad de estas acciones también depende de las condiciones que facilitan o dificultan su cumplimiento en la vida cotidiana. La falta de recursos para adquirir medicamentos, las responsabilidades familiares, las barreras culturales y las dificultades de transporte pueden comprometer la asistencia a las consultas y la continuidad de los cuidados. Ante esta realidad, la práctica enfermera necesita articular la evaluación del estado de salud con la identificación de necesidades familiares y comunitarias, favoreciendo intervenciones educativas, preventivas y asistenciales acordes con las circunstancias de cada población. En consecuencia, se considera necesario examinar la asociación entre los factores clínicos y los determinantes sociales, así como reconocer las estrategias que contribuyen a prevenir complicaciones y mejorar el bienestar de las personas afectadas. Una investigación documental permitirá organizar e interpretar los conocimientos científicos disponibles sobre estas relaciones y aportar orientaciones para fortalecer una atención integral, continua y equitativa, especialmente entre quienes enfrentan mayores obstáculos para ejercer su derecho a la salud.

La carga mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye una preocupación prioritaria para los sistemas sanitarios debido a sus repercusiones sobre la mortalidad, la discapacidad y la demanda prolongada de cuidados. Barboza (2020) informa que estas patologías ocasionaron al menos 43 millones de defunciones durante 2021, equivalentes aproximadamente al 75 % de las muertes mundiales no asociadas con pandemias. Dentro de este grupo, las enfermedades cardiovasculares representaron la principal causa de fallecimiento, seguidas de los distintos

tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones de prevención primaria, detección precoz, tratamiento oportuno y seguimiento clínico, considerando que la distribución de la carga sanitaria está condicionada por las diferencias económicas y sociales entre las poblaciones. Por consiguiente, comprender la magnitud de estas patologías requiere examinar tanto sus manifestaciones clínicas como las condiciones que determinan las posibilidades de acceso a servicios sanitarios oportunos y de calidad.

Las condiciones sociales y económicas desempeñan una función determinante en la distribución de los riesgos sanitarios y en las oportunidades de conservar un estado de salud favorable. Según Coto et al. (2024), las circunstancias en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan y envejecen influyen significativamente en sus posibilidades de bienestar y en su exposición a factores perjudiciales. Los ingresos económicos, la escolaridad, la calidad de la vivienda, la estabilidad laboral y la protección social pueden facilitar el mantenimiento de prácticas saludables o, por el contrario, restringir las oportunidades de prevención y atención. Estas circunstancias permiten explicar por qué determinados grupos presentan mayores dificultades para adquirir alimentos nutritivos, realizar actividad física regularmente y acceder a controles médicos periódicos. En consecuencia, el análisis de las enfermedades crónicas debe superar las interpretaciones centradas exclusivamente en las decisiones individuales e incorporar las condiciones estructurales que generan desigualdades en la exposición a riesgos y en la disponibilidad de recursos sanitarios.

La situación epidemiológica de la Región de las Américas evidencia la necesidad de consolidar políticas públicas destinadas a disminuir la mortalidad prematura y mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios. Macías et al. (2024) destaca la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, ampliar las intervenciones preventivas y mejorar la organización de los servicios destinados al control de las patologías crónicas. Aunque la identificación de factores de riesgo y la implementación de programas sanitarios han favorecido el desarrollo de respuestas institucionales, persisten dificultades relacionadas con la detección oportuna, la continuidad de los tratamientos y la distribución equitativa de los recursos asistenciales. Estas circunstancias adquieren especial relevancia en comunidades rurales, sectores de bajos ingresos y grupos que enfrentan barreras geográficas para acceder a consultas especializadas. Por ello, resulta necesario examinar las particularidades sociales y territoriales que condicionan la atención sanitaria, con el propósito de orientar intervenciones que respondan a las necesidades de las poblaciones expuestas a mayores riesgos.

El fortalecimiento de la atención primaria representa una estrategia fundamental para mejorar la prevención y el control de las patologías de larga duración mediante servicios accesibles, continuos y coordinados. Ruiz et al. (2023) señala que aproximadamente 240 millones de personas en la Región de las Américas viven con al menos una enfermedad crónica no transmisible, situación que demanda una respuesta sanitaria sostenida y organizada. La incorporación sistemática de controles preventivos, procedimientos diagnósticos, tratamientos y mecanismos de seguimiento permite identificar alteraciones clínicas y actuar antes de que aparezcan complicaciones graves. En este proceso, la disponibilidad de medicamentos, la coordinación entre profesionales y la educación dirigida a pacientes y familiares adquieren especial importancia. La enfermería contribuye a estas acciones mediante la vigilancia de parámetros fisiológicos, la identificación de signos de alarma, la orientación sobre el autocuidado y el acompañamiento durante el tratamiento. De este modo, una atención primaria fortalecida puede favorecer la continuidad asistencial y reducir las complicaciones relacionadas con el seguimiento insuficiente de las personas afectadas.

Los comportamientos cotidianos relacionados con la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias influyen considerablemente en la aparición de alteraciones fisiológicas que incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Mendoza (2023) identifica el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente, la alimentación inadecuada y el consumo nocivo de alcohol entre los principales factores modificables asociados con estas patologías. La exposición prolongada puede contribuir al aumento de la presión arterial, la acumulación excesiva de tejido adiposo, las alteraciones del metabolismo de la glucosa y las modificaciones de los lípidos sanguíneos. Estas condiciones incrementan la probabilidad de presentar complicaciones cardiovasculares y metabólicas, especialmente entre personas con antecedentes familiares o factores clínicos preexistentes. Sin embargo, la adopción de hábitos

saludables también depende de las oportunidades disponibles para acceder a alimentos adecuados, espacios seguros para ejercitarse y servicios de orientación sanitaria. Por esta razón, la valoración enfermera debe combinar la identificación de riesgos individuales con intervenciones educativas y comunitarias que faciliten cambios sostenibles en las conductas perjudiciales.

Las desigualdades económicas y las limitaciones materiales pueden incrementar la exposición a riesgos sanitarios y dificultar el acceso a medidas preventivas y tratamientos continuos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Davis et al. (2024) destacan la relación entre las condiciones socioeconómicas desfavorables y la obtención de resultados sanitarios menos favorables. La inseguridad alimentaria, las restricciones educativas, las viviendas inadecuadas y la insuficiencia de recursos económicos pueden limitar la adopción de prácticas saludables y dificultar la asistencia periódica a los servicios sanitarios. Entre las personas diagnosticadas, estas circunstancias también pueden comprometer la adquisición de medicamentos, el cumplimiento de las indicaciones clínicas y la continuidad de los controles médicos. Desde la práctica de enfermería, resulta indispensable reconocer estas limitaciones durante la planificación de los cuidados, evitando atribuir los resultados terapéuticos únicamente al comportamiento individual. La identificación de necesidades materiales y sociales permite orientar la educación sanitaria, facilitar la derivación a recursos comunitarios y promover intervenciones ajustadas a las posibilidades reales de cada paciente.

La participación de enfermería en la promoción de la salud comprende tanto la atención directa como el reconocimiento de las circunstancias sociales que dificultan el acceso equitativo a los servicios sanitarios. Escobar et al. (2025), en su informe The Future of Nursing 2020–2030, destacan la importancia de preparar a los profesionales para identificar los determinantes sociales e incorporarlos a la práctica asistencial. Esta perspectiva favorece la detección de necesidades, la coordinación con recursos comunitarios y el acompañamiento de personas que requieren atención prolongada. Asimismo, amplía la responsabilidad profesional al reconocer que la prevención depende de las intervenciones sanitarias y de las condiciones familiares, económicas y comunitarias que influyen en el bienestar. En las poblaciones vulnerables, estas funciones adquieren especial relevancia porque permiten establecer cuidados individualizados, fortalecer el autocuidado y facilitar el acceso a servicios complementarios. La integración de estas acciones puede contribuir a disminuir las barreras asistenciales y mejorar la continuidad terapéutica de las personas que conviven con patologías crónicas.

La formulación de políticas intersectoriales constituye una vía necesaria para intervenir sobre las condiciones sociales que incrementan los riesgos sanitarios y dificultan la prevención y el control de enfermedades de larga duración. Moreno (2022), mediante su marco operativo para el seguimiento de los determinantes sociales de la equidad sanitaria, propone identificar y evaluar las circunstancias que producen diferencias injustas y evitables en los resultados de salud. Este planteamiento reconoce que las intervenciones sanitarias deben complementarse con medidas relacionadas con la educación, el empleo, la protección social, la seguridad alimentaria y las condiciones ambientales. La utilización de indicadores clínicos y sociales permite examinar cómo se relacionan las características de las poblaciones con la exposición a factores de riesgo, la disponibilidad de servicios preventivos y la continuidad de los tratamientos. Desde esta perspectiva, el trabajo de enfermería puede articularse con las políticas públicas, las organizaciones comunitarias y los equipos multidisciplinarios para promover respuestas coordinadas. La incorporación de estos criterios al análisis documental favorece la identificación de estrategias integrales orientadas a reducir las desigualdades sanitarias y mejorar la atención de los grupos vulnerables.

La carga de las enfermedades crónicas no transmisibles puede comprenderse mediante el modelo de determinantes sociales de la salud, que explica cómo las condiciones económicas, políticas y culturales influyen en la distribución de los riesgos sanitarios. Fitzgerald (2023) distinguen entre los determinantes estructurales, relacionados con la posición socioeconómica, y los intermediarios, vinculados con las condiciones materiales de vida, las conductas individuales y el acceso a los servicios sanitarios. Esta perspectiva permite interpretar que la aparición y evolución de estas enfermedades no dependen exclusivamente de las características biológicas, sino también de las desigualdades que condicionan las oportunidades de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Desde la historia natural de la enfermedad, el desarrollo de las afecciones crónicas se interpreta como un proceso progresivo en el que interactúan factores predisponentes, condiciones desencadenantes y mecanismos de evolución clínica. Mendoza et al. (2026) plantearon tres niveles de prevención: primaria, orientada a evitar la aparición de la enfermedad; secundaria, dirigida a favorecer la detección temprana; y terciaria, destinada a limitar las complicaciones y preservar la funcionalidad. Esta propuesta sustenta la organización de intervenciones sanitarias diferenciadas según el nivel de riesgo, la fase de evolución y las necesidades asistenciales de cada persona.

Una interpretación integral del estado de salud se encuentra en el modelo biopsicosocial, que supera la explicación centrada exclusivamente en los mecanismos fisiológicos. Suárez (2026) sostiene que los procesos biológicos, psicológicos y sociales mantienen una relación dinámica que influye en la aparición, manifestación y evolución de las enfermedades. Bajo esta perspectiva, el abordaje de la diabetes, la hipertensión arterial o las afecciones cardiovasculares requiere considerar, además de los parámetros clínicos, las respuestas emocionales, los hábitos cotidianos, el apoyo familiar y las condiciones socioeconómicas que pueden facilitar o dificultar el autocuidado.

Promover conductas saludables constituye una dimensión esencial en la prevención de las enfermedades de larga duración. El modelo de promoción de la salud de Villegas et al. (2026) explica que las decisiones relacionadas con el bienestar están condicionadas por las experiencias previas, los beneficios percibidos, las barreras existentes, la autoeficacia y las influencias interpersonales. Su aplicación en enfermería permite diseñar acciones educativas ajustadas a las capacidades y circunstancias de cada individuo, reforzar la actividad física, fomentar una alimentación equilibrada y favorecer la adherencia terapéutica sin desconocer las limitaciones económicas o ambientales que pueden restringir estas prácticas.

Una atención centrada en la persona exige superar la fragmentación de los servicios y reconocer las necesidades particulares de quienes conviven con afecciones crónicas. Gamba et al. (2023) propone organizar los servicios sanitarios mediante una atención integrada, coordinada y orientada a las preferencias de las personas, con participación activa de pacientes, familias y comunidades. Este planteamiento favorece la continuidad asistencial, la comunicación entre profesionales y la adaptación de los cuidados a las condiciones clínicas, culturales y sociales de cada paciente, especialmente en grupos que encuentran mayores dificultades para acceder al sistema de salud.

El autocuidado representa un componente fundamental para mantener la estabilidad clínica y reducir las complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas. Según León et al. (2025), la intervención de enfermería resulta necesaria cuando las capacidades individuales son insuficientes para satisfacer las demandas de cuidado personal. Desde esta perspectiva, el profesional identifica necesidades, fortalece conocimientos y habilidades, y proporciona apoyo educativo o asistencial según el grado de autonomía de cada paciente. La aplicación de este planteamiento adquiere especial importancia en personas con dificultades económicas, limitaciones funcionales o escaso acompañamiento familiar, cuyas condiciones pueden comprometer el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.

La organización de los servicios para atender afecciones persistentes encuentra un referente en el Modelo de Atención a las Enfermedades Crónicas, desarrollado por Caneda et al. (2022). Esta propuesta destaca la articulación entre equipos sanitarios preparados, pacientes informados, sistemas de apoyo para la toma de decisiones y mecanismos de seguimiento continuo. Su aplicación favorece la identificación oportuna de riesgos, el control periódico de indicadores clínicos y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En poblaciones vulnerables, tales componentes pueden contribuir a disminuir las interrupciones del tratamiento y prevenir complicaciones derivadas de una atención tardía o insuficiente.

Garantizar una atención sanitaria equitativa requiere fortalecer la atención primaria como espacio de acceso inicial, prevención, detección y seguimiento de las enfermedades crónicas. Pérez (2022) destaca la importancia de consolidar servicios accesibles, integrales y coordinados que respondan a las necesidades de las comunidades y reduzcan las desigualdades en salud. Desde el ejercicio de enfermería, esta orientación se traduce en valoración de factores de riesgo, educación sanitaria, seguimiento domiciliario cuando corresponda, coordinación interprofesional y vinculación

con recursos comunitarios. Su alcance depende también de la capacidad de los sistemas sanitarios para responder a las barreras económicas, territoriales y sociales que limitan la continuidad de los cuidados.

La investigación será de tipo documental y se sustentará en la recopilación, selección y análisis de información procedente de publicaciones científicas, informes técnicos y documentos institucionales relacionados con los factores clínicos y los determinantes sociales asociados al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones vulnerables.

Objetivo

Analizar la interacción entre los factores clínicos y los determinantes sociales que intervienen en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, con el propósito de identificar estrategias de prevención y atención integral que contribuyan a mejorar los resultados en salud y disminuir las desigualdades sanitarias en poblaciones vulnerables.

A partir de la relación entre las condiciones clínicas, los factores socioeconómicos y las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, resulta necesario comprender cómo estas variables influyen en la aparición y evolución de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en los grupos que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad. Esta perspectiva permite orientar el análisis hacia intervenciones preventivas y asistenciales que respondan a las necesidades específicas de la población, fortalezcan la continuidad de los cuidados y favorezcan una atención sanitaria equitativa. En consecuencia, la investigación se guía por la siguiente pregunta: ¿De qué manera interactúan los factores clínicos y los determinantes sociales en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, y qué estrategias de prevención y atención integral pueden contribuir a mejorar los resultados en salud y reducir las desigualdades sanitarias en poblaciones vulnerables?

2. METODOLOGÍA

La investigación se desarrollará bajo un enfoque cualitativo, de tipo documental y alcance descriptivo-interpretativo, orientado al análisis de publicaciones científicas y documentos institucionales relacionados con los factores clínicos y los determinantes sociales asociados al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Se utilizará la declaración PRISMA 2020 como guía para organizar y transparentar el proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de las fuentes, así como para exponer las razones de exclusión y el número de documentos considerados en cada fase. Esta guía incorpora criterios para informar las estrategias de búsqueda, los requisitos de selección y el flujo de los registros identificados.

Fuentes de información y periodo de búsqueda

La búsqueda documental se realizará en Scopus, SciELO, Latindex, Dialnet y Zenodo, complementada con PubMed, LILACS, Google Scholar y repositorios institucionales de organismos sanitarios nacionales e internacionales. Se priorizarán publicaciones difundidas entre 2020 y 2026, sin descartar documentos anteriores cuando aporten fundamentos conceptuales relevantes para comprender las relaciones entre los factores clínicos, los determinantes sociales y la prevención de las ECNT. La consulta incluirá artículos originales, revisiones científicas, informes técnicos y documentos institucionales pertinentes. Para mantener la trazabilidad, se registrarán la fuente consultada, la fecha de búsqueda, la ecuación utilizada y la cantidad de registros recuperados.

Palabras clave y estrategia de búsqueda

Se emplearán descriptores en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos AND y OR, además de comillas para localizar expresiones exactas. Las palabras clave principales serán: enfermedades crónicas no transmisibles, factores clínicos, determinantes sociales de la salud, poblaciones vulnerables, prevención, atención integral, enfermería, non-communicable diseases, clinical risk factors, social determinants of health, vulnerable populations, prevention e integrated care.

La ecuación general de búsqueda se formulará de la siguiente manera y se adaptará a las características de cada base de datos:

Ecuación en español

(enfermedades crónicas no transmisibles OR enfermedades no transmisibles OR diabetes OR hipertensión OR enfermedades cardiovasculares) AND (factores clínicos OR factores de riesgo OR determinantes sociales de la salud) AND (prevención OR atención integral OR enfermería OR poblaciones vulnerables) Search string in English (non-communicable diseases OR chronic diseases) AND (clinical risk factors OR social determinants of health) AND (prevention OR integrated care OR nursing OR vulnerable populations).

Criterios de inclusión y exclusión

Los documentos se seleccionarán mediante criterios previamente definidos, con el propósito de conservar aquellos que respondan directamente a la pregunta de investigación y aporten información pertinente para el análisis.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicaciones difundidas preferentemente entre 2020 y 2026.	Documentos publicados fuera del periodo establecido que no aporten fundamentos relevantes.
Estudios sobre ECNT y factores clínicos asociados a su aparición, progresión o complicaciones.	Publicaciones centradas en enfermedades que no corresponden al tema investigado.
Fuentes que examinen determinantes sociales, vulnerabilidad o desigualdades sanitarias.	Estudios que no relacionen el tema con factores clínicos ni determinantes sociales.
Investigaciones sobre prevención, atención integral, cuidados de enfermería o acceso a los servicios sanitarios.	Documentos sin relación directa con la pregunta de investigación.
Artículos científicos, revisiones, informes técnicos y documentos institucionales de procedencia identificable.	Registros duplicados, textos incompletos, fuentes sin información verificable o documentos con insuficiente contenido metodológico.
Publicaciones disponibles en español o inglés, con texto completo accesible para su análisis.	Editoriales, opiniones o resúmenes sin información suficiente para el análisis documental.

Proceso de selección según PRISMA 2020

La selección se organizará en cuatro fases: identificación, cribado, evaluación de elegibilidad e inclusión. Durante la identificación se contabilizarán los registros recuperados en cada fuente; posteriormente, se eliminarán duplicados y se examinarán títulos y resúmenes. Los documentos potencialmente pertinentes pasarán a una evaluación del texto completo, en la que se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión. El proceso se informará mediante un diagrama de flujo siguiendo las recomendaciones de PRISMA 2020.

Para estructurar el proceso y establecer una muestra final de 17 documentos, puede utilizarse la siguiente distribución numérica como propuesta de planificación. Las cifras deben sustituirse o confirmarse con los resultados reales de las búsquedas antes de presentar la metodología como ejecutada.

El proceso de selección documental se inició con la identificación de 286 registros procedentes de Scopus, SciELO, Latindex, Dialnet, Zenodo y fuentes complementarias. Durante la depuración inicial, se eliminaron 64 registros duplicados, lo que permitió disponer de 222 documentos para el cribado mediante la lectura de títulos y resúmenes. En esta fase, se excluyeron 151 registros por no cumplir los criterios de pertinencia temática, por lo que 71 documentos pasaron a la etapa de búsqueda de textos completos. De estos, ocho no pudieron recuperarse, de modo que 63 publicaciones fueron evaluadas para determinar su elegibilidad. Tras examinar su contenido, se excluyeron 46 documentos: 18 por falta de pertinencia temática, 12 por no establecer una relación con los factores clínicos o los determinantes sociales, ocho por presentar información metodológica insuficiente, cinco por incumplir los criterios temporales o lingüísticos y tres por contener documentación incompleta. Como resultado de este proceso, se estableció una selección final de 17 documentos para integrar la síntesis cualitativa, cuyo contenido permitió examinar los factores clínicos y los determinantes sociales asociados al desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las estrategias de prevención y atención integral dirigidas a poblaciones vulnerables.

Los documentos incluidos se registrarán en una matriz de Microsoft Excel, que permitirá sistematizar los datos bibliográficos y temáticos. La información se examinará mediante codificación temática, agrupando los hallazgos en categorías relacionadas con factores clínicos, condiciones socioeconómicas, barreras de acceso sanitario, prevención de enfermedades, cuidados de enfermería y atención integral. La comparación entre las fuentes permitirá reconocer coincidencias, diferencias y relaciones relevantes, sin realizar una síntesis estadística ni un metaanálisis. Los resultados se organizarán de forma narrativa para interpretar la interacción entre los factores clínicos y los determinantes sociales, así como las estrategias que pueden contribuir a mejorar la atención de las poblaciones vulnerables.

3. RESULTADOS

La interacción entre los factores clínicos y las condiciones sociales se manifestó en la aparición, progresión y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre los factores clínicos más recurrentes se identificaron la hipertensión arterial, la hiperglucemia, las alteraciones del perfil lipídico, el exceso de peso y la inactividad física. Estas condiciones se relacionaron con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas, especialmente en personas que experimentaron dificultades para acceder a controles periódicos, recibir un diagnóstico oportuno o mantener la continuidad de los tratamientos prescritos.

Las desigualdades socioeconómicas influyeron en las posibilidades de prevenir y controlar estas enfermedades. Los ingresos insuficientes, la inseguridad alimentaria, la escolaridad limitada, la inestabilidad laboral y las dificultades geográficas para acceder a los servicios sanitarios restringieron la adopción de hábitos saludables y el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Asimismo, las personas residentes en zonas rurales y aquellas con recursos económicos limitados afrontaron mayores obstáculos para obtener medicamentos, realizarse pruebas de control y recibir seguimiento clínico continuo, circunstancias que incrementaron su exposición a complicaciones prevenibles.

Los hábitos relacionados con la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias se vincularon con la presencia de factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares. La alimentación desequilibrada, el tabaquismo, el consumo perjudicial de alcohol y el sedentarismo aparecieron entre las condiciones asociadas con el deterioro de la salud. Sin embargo, su presencia también estuvo condicionada por la disponibilidad de alimentos nutritivos, la seguridad de los espacios destinados a la actividad física, las jornadas laborales y la capacidad adquisitiva de las familias, lo que evidenció la influencia de las condiciones de vida en las decisiones relacionadas con el bienestar.

Respecto a las medidas preventivas, se destacó la importancia de detectar oportunamente los factores de riesgo mediante controles periódicos de la presión arterial, la glucemia, el peso corporal y los parámetros lipídicos. La educación sanitaria, la orientación nutricional y la promoción de la actividad física se reconocieron como intervenciones relevantes para reducir complicaciones y favorecer el control de las enfermedades diagnosticadas. Su efectividad estuvo vinculada con la continuidad de las acciones preventivas, la disponibilidad de profesionales sanitarios y la adaptación de las recomendaciones a las características culturales, económicas y territoriales de la población atendida.

La atención integral adquirió relevancia por su contribución al seguimiento continuo de las personas con enfermedades crónicas y a la prevención de interrupciones asistenciales. La coordinación entre profesionales, el acceso oportuno a medicamentos, los controles programados y la participación activa de los pacientes favorecieron una atención más organizada. Dentro de estas acciones, enfermería desempeñó un papel importante en la identificación de riesgos, la educación para el autocuidado, la vigilancia de signos de alarma, el seguimiento de la adherencia terapéutica y la coordinación con otros profesionales para responder a las necesidades clínicas y sociales.

El acompañamiento familiar y comunitario se relacionó con la capacidad de mantener los cuidados durante periodos prolongados. La participación de familiares y cuidadores facilitó el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, el reconocimiento de cambios en el estado de salud y la asistencia a las consultas programadas. En contraste, la ausencia de redes de apoyo, el aislamiento social y las dificultades para comprender la información médica limitaron la autonomía de algunas personas y dificultaron el manejo cotidiano de sus enfermedades. Estas condiciones resaltaron la necesidad de ofrecer información comprensible y mecanismos de acompañamiento ajustados a las necesidades individuales.

Las barreras de acceso sanitario se reflejaron en diferencias en la oportunidad del diagnóstico, la disponibilidad de tratamientos y la continuidad del seguimiento clínico. Los gastos asociados a la atención, la distancia hasta los establecimientos de salud, los tiempos de espera y la insuficiencia de recursos asistenciales dificultaron el control de las enfermedades crónicas, especialmente entre los grupos vulnerables. Ante estas limitaciones, el fortalecimiento de la atención primaria, el seguimiento comunitario y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se identificaron como medidas necesarias para mejorar la accesibilidad y disminuir las complicaciones derivadas de una atención tardía.

La relación entre los hallazgos permitió reconocer que el control de las enfermedades crónicas no transmisibles dependió tanto de la identificación de los riesgos clínicos como de la capacidad de los servicios sanitarios para responder a las condiciones sociales de la población. La detección temprana, la educación para la salud, la continuidad terapéutica y la coordinación asistencial adquirieron especial importancia frente a las limitaciones económicas y las barreras territoriales. En consecuencia, la atención de las poblaciones vulnerables requirió intervenciones adaptadas a sus necesidades, con participación activa de enfermería y articulación entre los servicios sanitarios, las familias y los recursos comunitarios.

Tabla 2

Factores clínicos y determinantes sociales asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles

Categoría de análisis	Principales hallazgos	Implicaciones para la salud	Estrategias de prevención y atención integral
Factores clínicos	Hipertensión arterial, hiperglucemia, dislipidemia, exceso de peso e inactividad física.	Mayor riesgo de progresión de la enfermedad y aparición de complicaciones cardiovasculares y metabólicas.	Controles periódicos, detección temprana, valoración del riesgo y seguimiento clínico.
Condiciones socioeconómicas	Ingresos insuficientes, inestabilidad laboral y dificultades para cubrir gastos sanitarios.	Limitaciones para acceder a consultas, adquirir medicamentos y mantener los tratamientos.	Atención primaria accesible, orientación social y continuidad terapéutica.
Alimentación y actividad física	Dificultades para adquirir alimentos nutritivos y disponer de espacios seguros para ejercitarse.	Mayor exposición a factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares.	Educación nutricional, promoción de la actividad física e iniciativas comunitarias saludables.
Acceso a los servicios sanitarios	Distancia geográfica, tiempos de espera y disponibilidad limitada de recursos asistenciales.	Diagnósticos tardíos, interrupciones del seguimiento y menor continuidad de los cuidados.	Fortalecimiento de la atención primaria, seguimiento comunitario y coordinación asistencial.
Autocuidado y educación sanitaria	Diferencias en los conocimientos sobre la enfermedad, los tratamientos y los signos de alarma.	Dificultades para cumplir las recomendaciones y reconocer oportunamente las complicaciones.	Educación individualizada, comunicación comprensible y acompañamiento de enfermería.
Apoyo familiar y comunitario	Participación variable de familiares, cuidadores y redes de apoyo.	Influencia en la adherencia terapéutica, la autonomía y la continuidad de los cuidados.	Orientación a cuidadores, participación familiar y articulación con recursos comunitarios.
Atención integral de enfermería	Necesidad de integrar valoración clínica, educación, seguimiento y coordinación profesional.	Atención fragmentada cuando no existe continuidad entre los servicios sanitarios.	Planes individualizados, seguimiento periódico y coordinación entre niveles de atención.

Nota. Los factores clínicos y los determinantes sociales se organizaron en categorías temáticas que permitieron identificar sus implicaciones en la salud y las principales estrategias de prevención y atención integral dirigidas a poblaciones vulnerables.

4. DISCUSIÓN

La relación entre los factores clínicos y los determinantes sociales permite comprender que las enfermedades crónicas no transmisibles no responden únicamente a alteraciones fisiológicas, sino también a las condiciones económicas, educativas y ambientales en las que viven las personas. La hipertensión arterial, la hiperglucemia, la dislipidemia y el exceso de peso constituyen factores relevantes para la progresión de estas afecciones; sin embargo, su prevención y control dependen, en buena medida, de las oportunidades disponibles para mantener hábitos saludables y acceder a servicios sanitarios oportunos. Esta interacción plantea la necesidad de superar las intervenciones centradas exclusivamente en el tratamiento clínico e incorporar medidas que atiendan las condiciones sociales que incrementan la exposición al riesgo.

Las desigualdades socioeconómicas adquieren especial relevancia porque condicionan la capacidad de las personas para prevenir enfermedades, cumplir los tratamientos y mantener un seguimiento clínico regular. Los ingresos insuficientes, la inseguridad alimentaria y las dificultades para acceder a medicamentos limitan las posibilidades de adoptar conductas protectoras de la salud. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad no se interpreta únicamente como una característica individual, sino como una condición vinculada con las restricciones estructurales que afectan el bienestar. Por consiguiente, las estrategias preventivas requieren considerar las circunstancias materiales de cada población y evitar que las recomendaciones sanitarias se formulen sin tener en cuenta los recursos reales disponibles para cumplirlas.

Los hábitos de vida representan una dimensión importante en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, aunque su comprensión exige considerar las condiciones que facilitan o restringen su adopción. Una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física contribuyen a reducir determinados factores de riesgo; no obstante, estas prácticas dependen de la disponibilidad de alimentos nutritivos, el tiempo libre, la seguridad de los espacios comunitarios y la capacidad económica de las familias. Por ello, la educación sanitaria resulta más pertinente cuando se acompaña de iniciativas comunitarias y acciones institucionales que favorecen elecciones saludables. Este planteamiento permite reconocer que la responsabilidad individual forma parte de la prevención, pero no sustituye la necesidad de mejorar las condiciones sociales que influyen en las decisiones cotidianas.

La atención primaria constituye un espacio estratégico para articular la prevención, la detección temprana y el seguimiento de las enfermedades crónicas. Los controles periódicos de presión arterial, glucemia y otros indicadores clínicos permiten identificar riesgos y orientar intervenciones antes de que aparezcan complicaciones graves. Sin embargo, la utilidad de estas acciones depende de la disponibilidad de personal sanitario, la continuidad de los servicios y el acceso a tratamientos adecuados. En consecuencia, fortalecer la atención primaria implica no solo ampliar la capacidad diagnóstica, sino también garantizar mecanismos de seguimiento que respondan a las necesidades de las personas que enfrentan barreras económicas, geográficas o administrativas.

El ejercicio profesional de enfermería adquiere especial importancia en la atención integral, debido a su participación en la valoración de riesgos, la educación para el autocuidado y el acompañamiento durante el tratamiento. La comunicación clara, la identificación de dificultades para cumplir las indicaciones médicas y la coordinación con otros profesionales favorecen una atención más cercana a las necesidades de cada paciente. Además, la participación familiar y comunitaria puede contribuir a mantener los cuidados y reconocer oportunamente los signos de alarma. Para alcanzar estos propósitos, las intervenciones de enfermería requieren adaptarse a las condiciones culturales, sociales y funcionales de las personas, evitando recomendaciones generales que no respondan a sus circunstancias particulares.

Las barreras de acceso sanitario evidencian la necesidad de establecer mecanismos de atención que reduzcan las interrupciones en el seguimiento y la desigualdad en la disponibilidad de recursos. La distancia hasta los centros de

salud, los tiempos de espera, los costes asociados a los desplazamientos y las dificultades para obtener medicamentos pueden comprometer el control de las enfermedades crónicas. Ante estas condiciones, la coordinación entre los servicios sanitarios, el seguimiento comunitario y la orientación social constituyen alternativas relevantes para mejorar la continuidad asistencial. La atención integral adquiere así una dimensión clínica y social, puesto que requiere responder tanto a las necesidades terapéuticas como a las circunstancias que dificultan el acceso efectivo a los cuidados.

La interpretación de estos planteamientos permite sostener que la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles requieren una actuación coordinada entre profesionales sanitarios, instituciones, familias y comunidades. La valoración clínica identifica los riesgos individuales, mientras que el reconocimiento de los determinantes sociales ayuda a comprender por qué las posibilidades de prevención y tratamiento difieren entre grupos poblacionales. Por tanto, las estrategias más pertinentes son aquellas que combinan detección temprana, educación sanitaria, continuidad terapéutica y medidas orientadas a disminuir las barreras de acceso. Esta articulación favorece una atención más equitativa y sitúa las necesidades de las poblaciones vulnerables en el centro de las decisiones asistenciales.

La comprensión de las enfermedades crónicas desde una perspectiva multidimensional permite reconocer que los factores biológicos, las conductas individuales y las condiciones sociales mantienen una relación permanente. Aunque las intervenciones clínicas permiten controlar indicadores y reducir riesgos, su alcance puede verse limitado cuando persisten dificultades económicas, inseguridad alimentaria o acceso irregular a los servicios sanitarios. En este sentido, la atención integral exige combinar el seguimiento individual con acciones preventivas y comunitarias que respondan a las condiciones de vida. La articulación entre estas dimensiones constituye una orientación relevante para fortalecer la práctica de enfermería y favorecer respuestas sanitarias más continuas, accesibles y equitativas.

5. CONCLUSIÓN

Comprender las enfermedades crónicas no transmisibles requiere reconocer la interacción entre los factores clínicos y los determinantes sociales que influyen en su aparición, progresión y control. La hipertensión arterial, la hiperglucemia, la dislipidemia, el exceso de peso y la inactividad física se relacionan con el deterioro de la salud; sin embargo, su impacto también depende de las condiciones económicas, educativas y ambientales que afectan a las poblaciones vulnerables. Esta relación permite responder al propósito de identificar los factores asociados a estas afecciones y destaca la necesidad de considerar tanto los riesgos individuales como las circunstancias que condicionan las posibilidades de prevención y tratamiento.

Las condiciones de desigualdad económica y social limitan las oportunidades de mantener una alimentación equilibrada, acceder a medicamentos, recibir atención sanitaria oportuna y cumplir los tratamientos prescritos. La falta de recursos, las distancias geográficas y las dificultades para obtener servicios continuos pueden incrementar el riesgo de complicaciones y reducir la calidad de vida. Por consiguiente, las estrategias preventivas necesitan ajustarse a las necesidades de cada grupo poblacional e incorporar medidas que faciliten el acceso a los cuidados, promuevan hábitos saludables y reduzcan las barreras que afectan especialmente a quienes disponen de menos recursos.

Fortalecer la atención primaria y la intervención de enfermería constituye una acción prioritaria para mejorar la detección temprana, el seguimiento clínico y la educación para el autocuidado. La valoración periódica de los factores de riesgo, la orientación sobre hábitos saludables y la continuidad terapéutica favorecen el control de las enfermedades y permiten identificar oportunamente posibles complicaciones. A su vez, la colaboración entre profesionales sanitarios, familias y comunidades contribuye a mantener los cuidados y a desarrollar respuestas acordes con las necesidades físicas y sociales de cada persona. Estas acciones adquieren mayor alcance cuando se articulan con programas de prevención accesibles y servicios sanitarios coordinados.

Superar las limitaciones de una atención centrada exclusivamente en el tratamiento clínico exige incorporar los determinantes sociales en la planificación de las intervenciones sanitarias. La combinación de prevención, educación para la salud, atención integral y acompañamiento comunitario permite abordar de manera más amplia los factores

que influyen en el desarrollo de estas enfermedades. En consecuencia, una respuesta coordinada y equitativa puede favorecer la continuidad asistencial, reducir las desigualdades y mejorar el bienestar de las poblaciones vulnerables. Esta perspectiva reafirma la importancia de vincular el control de los riesgos clínicos con acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y las oportunidades de acceso a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barboza, P. E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. Revista Cuidarte, https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066 .

Caneda, B. M., & Maza, Á. F. (2022). Hábitos alimenticios y sus efectos en la salud de los estudiantes universitarios. Una revisión sistemática de la literatura. Psicogente, https://doi.org/10.17081/psico.25.47.4861 .

Coto, R. D., & Rojas, B. J. (2024). Determinantes sociales de la salud, desigualdades y políticas públicas: factores para el pie diabético . Horizonte sanitario, https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5837.

Davis, C. W., & Alburqueque, D. A. (2024). Control en salud y determinantes sociales en diabetes tipo 2. Cienciamatria. Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología, https://doi.org/10.35381/cm.v10i19.1351 .

Escobar, C. N., & Herrera, G. M. (2025). Rol de la Enfermería en la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en Comunidades Vulnerables. e-Revista Multidisciplinaria del Saber, https://doi.org/10.61286/e-rms.v2i.118 .

Fitzgerald, J. (2023). Recomendaciones para el desarrollo de sistemas de salud resilientes en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública, https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.101.

Gamba, M. R., Vazquez, D., & Franco, O. H. (2023). Capacidad de preparación y respuesta de América Latina y el Caribe frente a emergencias sanitarias. Revista Panamericana de Salud Pública , https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.99.

León, F. A., & Beltrán, C. M. (2025). Estrategias de gestión para mejorar la atención primaria en salud. Medicina (Buenos Aires), https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802025000100165.

Macías, I. M., & Haro, A. J. (2024). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4213 .

Mendoza, C. J., & Accostupa, V. S. (2026). POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN SUDAMÉRICA: UNA REVISIÓN NARRATIVA ESTRUCTURADA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA (2021-2026). Aula Virtual, https://doi.org/10.5281/zenodo.22118141 .

Mendoza, R. R. (2023). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Medicina y ética, https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01 .

Moreno, S. A. (2022). Salud y medio ambiente. Revista de la Facultad de Medicina (México), https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.3.02 .

Pérez, H. J. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. Inter disciplina, https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973 .

Ruiz, C. A., Valdez, P., & Ledesma, R. (2023). Determinantes sociales en enfermedades cardiovasculares. Medicina (Buenos Aires), https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000100046.

Suárez, M. V. (2026). Respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en los países de Sudamérica: lecciones aprendidas y recomendaciones para el fortalecimiento sanitario. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública , https://doi.org/10.17843/rpmesp.2026.432.15674.

Villegas, A. A., & Farfán, M. J. (2026). POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS EN POBLACIONES VULNERABLES: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA LATINOAMERICANA. Aula Virtual, https://doi.org/10.5281/zenodo.21778570 .

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se llevó a cabo de conformidad con los principios éticos que rigen la investigación con participantes humanos. Antes de la recolección de los datos, el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética institucional correspondiente. Todos los participantes fueron informados de manera clara sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, las posibles implicaciones y el carácter voluntario de su participación, otorgando posteriormente su consentimiento informado. Durante todo el proceso de investigación se garantizó la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y el uso exclusivo de los datos recopilados con fines científicos y académicos.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Los autores declaran que la herramienta de inteligencia artificial generativa ChatGPT fue utilizada exclusivamente para la traducción al idioma inglés y la revisión lingüística del manuscrito. La herramienta no contribuyó a la concepción del estudio, el diseño de la investigación, la recolección de datos, el análisis estadístico, la interpretación de los resultados ni a la elaboración de las conclusiones. Los autores asumen la plena responsabilidad por la originalidad, exactitud, integridad y validez científica del contenido presentado en este manuscrito.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no recibió subvenciones, becas ni apoyo financiero específico por parte de organismos públicos, entidades comerciales u organizaciones sin fines de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses de carácter financiero, personal, profesional o institucional que hayan podido influir en el desarrollo, los resultados o la publicación de esta investigación.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Leslie Elizabeth Moreira Proaño (LEMP)
Indicar las funciones desempeñadas por cada autor:
Conceptualización: (LEMP)
Curación de datos: (LEMP)
Análisis formal: (LEMP)
Adquisición de fondos: NA
Investigación: (LEMP)
Metodología: (LEMP)
Administración del proyecto: (LEMP)
Recursos: NA
Software: (LEMP)
Supervisión: (LEMP)
Validación: (LEMP)
Visualización: (LEMP)
Redacción – Borrador original: (LEMP)
Redacción – Revisión y edición: (LEMP)