

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones





Editorial
UNIMAR
Colección Evento

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

Mildred Rosero Otero
Compiladora

2019



Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

**IV Congreso Internacional del Cuidado de la Salud
9 y 10 de mayo de 2018**

**Universidad Mariana
San Juan de Pasto
2019**



Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

Autores:

Adiela Henao Buritica
Adriana Paola Guzmán Zolaque
Aiza Yulied Mosquera Mosquera
Alexander Díaz Delgado
Alexandra Díaz Hermoso
Ana María Triana Ocampo
Ángela María Salazar Maya
Angie Paola Ortega Méndez
Angie Romero Hincapié
Angy Natalia Quesada Flórez
Beatriz Elena Arias López
Brayant Andrade Méndez
Carmen Ayde Rincón Fernández
Carmen Ofelia Narváez Eraso
Carmen Victoria Toro Rubiano
Carlota Castro Quintana
Crisly Maricela Gómez Legarda
Daniela Gallego Erazo
Daniel Santiago Obregón Sánchez
Darwin Enrique Jaramillo Villarruel
Diana Ceballos
Diego Ernesto Jurado Portilla
Diana Marcela Rengifo Arias
Diana Marcela Restrepo Marín
Duvan Felipe Rincón Medina
Edgar Cartagena Torres
Edith Arredondo Holguín
Elsa Pilar Parra Mojica
Elisa Andrea Alarcón Bonilla
Erika Julieth Chilito Sánchez
Evelin Portilla
Ezequiel Duarte Quevedo
Fabián Alexis Roperó Giraldo
German Cardona García
Gloria Constanza Ruiz Valencia
Ingrid Caicedo Martínez
Jessica Margoth Robalino Andrango
Jhon Henry Osorio Castaño
Jhonattan Alexander Calvo Medina
Juan Carlos Narváez Burgos
Juan David Loaiza Tabares
Hernán Darío Álvarez Gaviria
Karina Gallardo Solarte
Laura Antonia Coral Velásquez
Laura Isabel Mafla Herrería
Laura Isabel Ospina Garavito
Laura Marcela Olaya Cardozo
Leidy Johanna Carvajal Ramírez
Leydi Tatiana Cruz Rojas
Lina Ximena Jaramillo Santiago
Lizeth Coral Montenegro
Lydia Esperanza Miranda Gámez
Lorena Erazo Jojoa
Luisa Fernanda Jiménez Jaramillo
Marcela Román Bedoya

María Alejandra Angarita Domínguez
María Antonia Molina Páez
María Cristina Coral Ibarra
María del Carmen Zea Herrera
María Fernanda Valle Dávila
María Heidi Amaya Valdivieso
María José Ayerbes Cerón
María Mónica Peñaloza Beltrán
María Nancy Tique Polohe
María Paula Castro Fierro
Maryi Juliana Hurtado Gómez
Mateo Valderrama Arboleda
Mildred Rosero Otero
Myriam Eraso Martínez
Mónica Johana Bartolo Rodríguez
Mónica Johana Muñoz Cardona
María Teresa Narváez Eraso
Nancy García García
Naren Mateo Rojas Artunduaga
Natalia Andrea Marín Oviedo
Natalia Franco Gallego
Nataly Johana Arce Hernández
Nathalia Rosero
Nohora Ortega Cadena
Norma Constanza Hernández García
Omaira Gómez Tovar
Omar Jurado
Olga Ximena Domínguez Potes
Paola Andrea Guzmán
Paola Andrea López Gil
Paola Andrea Ruiz Suarez
Paola Jiménez Tarazona
Paula Manuela Alvarado
Rocío Elizabeth Castillo Andrade
Roger Eduardo Díaz Montaña
Rosa Palacios
Sara María Rosales Rivadeneira
Sandra Quiroz
Sebastián Álzate Betancourt
Sharom Eliana Muñoz Puentes
Stefany Marín Díaz
Stefany Vanessa Castillo Sierra
Shelly Zamorano Salgado
Sonia Dayanara Revelo Villarreal
Sonia Semenic
Sandra Patricia Osorio Galeano
Sandra Catalina Ochoa Marín
Tania Judith Quiroz Buchely
Tatiana Isabel Vásquez Figueroa
Vilma Tamara Ortiz Nieves
Viviana Margarita Espinel Jara
Yamile Vargas Hernández
Yurely Fierro Loaiza
Yu Ling Reascos Paredes

Compiladora: Mildred Rosero Otero

Editor: Luz Elida Vera Hernández, Editorial UNIMAR

Fecha de publicación: 2019

Páginas: 510

ISBN: 978-958-8579-38-2

Info copia: 1 copia disponible en la Biblioteca Nacional de Colombia

Existencias

Biblioteca Nacional de Colombia

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

Compiladora: Mildred Rosero Otero

Editor: Luz Elida Vera Hernández

Editorial: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: 13 de junio de 2019

Páginas: 510

ISBN: 978-958-8579-38-2

Edición: Primera

Formato: electrónico

Colección: evento

Materia: Salud

Materia tópic:

Palabras clave: cuidado, humanización, Enfermería

País/Ciudad: Colombia / San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Tipo de contenido: Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

Organizadores

Grupo de investigación Visage I

Programa de Enfermería Universidad Mariana

Comité organizador

Mg. Claudia Amanda Chávez

Esp. Janeth Torres

Coordinadora General del Evento

Esp. Janeth Torres

Comité Científico

Mg. Vilma Tamara Ortiz Nieves

Mg. Carmen Ofelia Narváez Eraso

PhD. Mildred Rosero Otero

Mg. Karina Gallardo Solarte

Contenido

Introducción 15

Ponencia oral 17

Las prácticas de autocuidado de la salud: Antes y durante el proceso de formación

Carmen Ofelia Narvárez Eraso
Myriam Eraso Martínez
María Teresa Narvárez Eraso 19

Entre dos factores de riesgo: el cigarrillo y la hipertensión arterial (HTA)

**Un estudio caso-control en mujeres
Pasto-Nariño**
Carmen Ofelia Narvárez Eraso
Alexander Díaz Delgado 29

Héroes de la donación “Donar tu decisión su salvación”. Proyecto en curso I fase

Crisly Maricela Gómez Legarda
Rosa Palacios 37

El cuento como estrategia de humanización “Narraciones que sanan”

Crisly Maricela Gómez Legarda
Sandra Delgado Molina 41

Caracterización y carga de cuidadores y pacientes con enfermedades crónicas

Karina Gallardo Solarte
Vilma Tamara Ortiz Nievas 45

Cuidado de enfermería humanizado en morbilidad materna extrema, elemento clave para la salud sexual y reproductiva

Lydia Esperanza Miranda Gámez
Tania Judith Quiroz Buchely
María Cristina Coral Ibarra
Lizeth Coral Montenegro 59

Enseñanza del cuidado humano en enfermería

Mildred Rosero Otero 71

Maternidad, el valor sagrado

Modelo intercultural municipio de Guachuca

Nohora Ortega Cadena
Omar Jurado
Evelin Portilla
Sandra Quiroz 81

Cuidado humano e interculturalidad desde las Practicas Claves, AIEPI
Nohora Ortega Cadena
Lorena Erazo Jojoa 89

Competencia del cuidado post-intervención
Vilma Tamara Ortiz Nievas
Karina Gallardo Solarte 97

Calidad del cuidado de enfermería: percepción de padres de recién nacidos hospitalizados en unidad neonatal
Lina Ximena Jaramillo Santiago 107

Instrumentos de valoración en enfermería cardiovascular
Jhon Henry Osorio Castaño
Adriana Paola Guzmán Zolaque
Marcela Román Bedoya 125

Percepción de las personas que han vivido una experiencia en UCI
Paola Andrea López Gil
María Mónica Peñaloza Beltrán
Daniela Gallego Erazo 139

Transición epidemiológica del Alzheimer: Una visión integral
Nataly Johana Arce Hernández
Laura Isabel Ospina Garavito 147

Impacto de un programa de entrenamiento en habilidades de primer respondiente en Armenia Quindío
Diana Marcela Rengifo Arias
Ingrid Caicedo Martínez
Fabián Alexis Roperio Giraldo 165

La situación de estilo de vida de las personas con ECNT interpretación desde el cuidado de enfermería
Adiela Henao Buriticá
Carmen Ayde Rincón Fernández
Nancy García García 177

La cultura de la seguridad de los pacientes en el contexto quirúrgico
Ángela María Salazar Maya
Diana Marcela Restrepo Marín
Hernán Darío Álvarez Gaviria 199

Relación entre el proceso, tiempo de permanencia y complicaciones del cateterismo venoso periférico en urgencias
María Alejandra Angarita Domínguez
Naren Mateo Rojas Artunduaga
Roger Eduardo Díaz Montaña
Duvan Felipe Rincón Medina
Omaira Gómez Tovar
Yurely Fierro Loaiza 209



Unidad Coronaria Primaria: respuesta desde la situación de enfermería Ingrid Caicedo Martínez Diana Marcela Rengifo Arias	227	Calidad del cuidado de enfermería percibida por familiares de pacientes pediátricos Tatiana Isabel Vásquez Figueroa Yu Ling Reascos Paredes Darwin Enrique Jaramillo Villarruel Jessica Margoth Robalino Andrango Laura Isabel Mafla Herrería	319
Construir territorios: Entramados comunitarios, soberanía y salud mental de mujeres campesinas en tres regiones de Colombia 2016-2018 Beatriz Elena Arias López Laura Antonia Coral Velásquez Mateo Valderrama Arboleda Elsa Pilar Parra Mojica	237	Madres adolescentes un reto social y de academia Carlota Castro Quintana Angy Natalia Quesada Flórez Paola Andrea Ruiz Suarez Stefany Vanessa Castillo Sierra María Antonia Molina Páez Leydi Tatiana Cruz Rojas Norma Constanza Hernández García	343
Pasado por el cuerpo y la aguja: Reflexiones metodológicas para la investigación intercultural del cuidado Beatriz Elena Arias López Laura Antonia Coral Velásquez Mateo Valderrama Arboleda Elsa Pilar Parra Mojica	251	Formulación participativa política de humanización de la Unidad Amigable Carlota Castro Quintana María Heidi Amaya Valdivieso Jhonattan Alexander Calvo Medina Paola Jiménez Tarazona Paola Andrea Guzmán	365
La teoría de las transiciones en el rol materno María Fernanda Valle Dávila Sara María Rosales-Rivadeneira Rocío Elizabeth Castillo Andrade Viviana Margarita Espinel Jara Sonia Dayanara Revelo Villarreal	263	Estrategia promocional para enfrentar el uso y abuso de spa Carlota Castro Quintana Ezequiel Duarte Quevedo Edgar Cartagena Torres German Cardona García Yamile Vargas Hernández	389
Preparación para el cuidado en el hogar de niños prematuros: Experiencias de los padres Sandra Patricia Osorio Galeano Sandra Catalina Ochoa Marín Sonia Semenic	279	Experiencia del cuidado del escolar a través de la estrategia de los centros amigables Carlota Castro Quintana Ezequiel Duarte Quevedo Edgar Cartagena Torres German Cardona García	399
Caracterización de los síntomas en mujeres con síndrome coronario agudo, fundamentado en el modelo conceptual del manejo del síntoma Brayant Andrade Méndez Daniel Santiago Obregón Sánchez Elisa Andrea Alarcón Bonilla María Paula Castro Fierro Laura Marcela Olaya Cardozo Aiza Yulied Mosquera Mosquera Paula Manuela Alvarado	293	Cuidar al adulto mayor: El reto de encontrar un ser humano en medio de una enfermería ausente Mónica Johana Bartolo Rodríguez Olga Ximena Domínguez Potes Mónica Johana Muñoz Cardona	407
Percepción de los enfermeros(as) frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria Erika Julieth Chilito Sánchez Maryi Juliana Hurtado Gómez Luisa Fernanda Jiménez Jaramillo Stefany Marín Díaz Shelly Zamorano Salgado	305	El adulto mayor y la transición al modelo de atención en hogares de acogida, Ibarra-Ecuador 2018 Sonia Dayanara Revelo Villarreal Sara María Rosales Rivadeneira María Fernanda Valle Viviana Margarita Espinel Jara Rocío Elizabeth Castillo Andrade	429



Experiencias de cuidado	441	Cultura de la donación de órganos desde la perspectiva de Madelein Leininger	
Cuidado humanizado: una aproximación desde el arte de la enfermería	443	Angie Romero Hincapié Gloria Constanza Ruiz Valencia Angie Paola Ortega Méndez Carolina Vargas Rodríguez Sharom Eliana Muñoz Puentes	489
Educando a adultos mayores: vivencia en un aula universitaria	449		
María del Carmen Zea Herrera			
Modalidad Póster	455	Correlación entre contaminación ambiental y variación en la saturación de oxígeno	
SAPS: Prototipo Software Web y Móvil, en visión de la calidad de los programas de protección específica y detección temprana	457	Vilma Tamara Ortiz Nieves Juan Carlos Narváez Burgos Diego Ernesto Jurado Portilla	495
Laura Isabel Ospina Garavito Nataly Johana Arce Hernandez Laura Isabel Ospina Garavito David Fernando López Rúales		El cáncer de mama en la pareja	503
Modelo de cuidado de Enfermería hacia las personas no oyentes	461	Myriam Erazo Martínez Mildred Rosero Otero Karina Gallardo Solarte	
Natalia Franco Gallego Carmen Victoria Toro Rubiano		Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores pertenecientes al programa Colombia Mayor, del corregimiento de Bomboná, municipio de Consacá - Nariño, mediante la aplicación del Test Mini Nutritional Assessment (MNA), periodo 2016-2018	507
Modelo de cuidado de Enfermería en un marco de reconocimiento de la diversidad de género: un paradigma sin hegemonía de género	465	Diana Ceballos Nathalia Rosero Mildred Rosero Otero	
Sebastián Alzate Betancourt Juan David Loaiza Tabares Natalia Andrea Marín Oviedo María Nancy Tique Poloche			
Concepto de cuidado en el posacuerdo con base al conocimiento y experiencia de enfermero/as y expertos	471		
Erika Julieth Chilito Sánchez Luisa Fernanda Jiménez Jaramillo Stefany Marín Díaz Shelly Zamorano Salgado			
En la mente de todos: un modelo de atención del cuidado de Enfermería	475		
Daniela Gallego Erazo Maryi Juliana Hurtado Gómez Paola Andrea López Gil María Mónica Peñaloza Beltrán			
Agencia de autocuidado con enfoque en promoción de la salud	481		
Leidy Johanna Carvajal Ramírez Ana María Triana Ocampo			
Competencias del profesional de enfermería desde su rol en el proceso de paz y posacuerdo en Colombia	485		
Alexandra Díaz Hermoso María José Ayerbes Cerón			



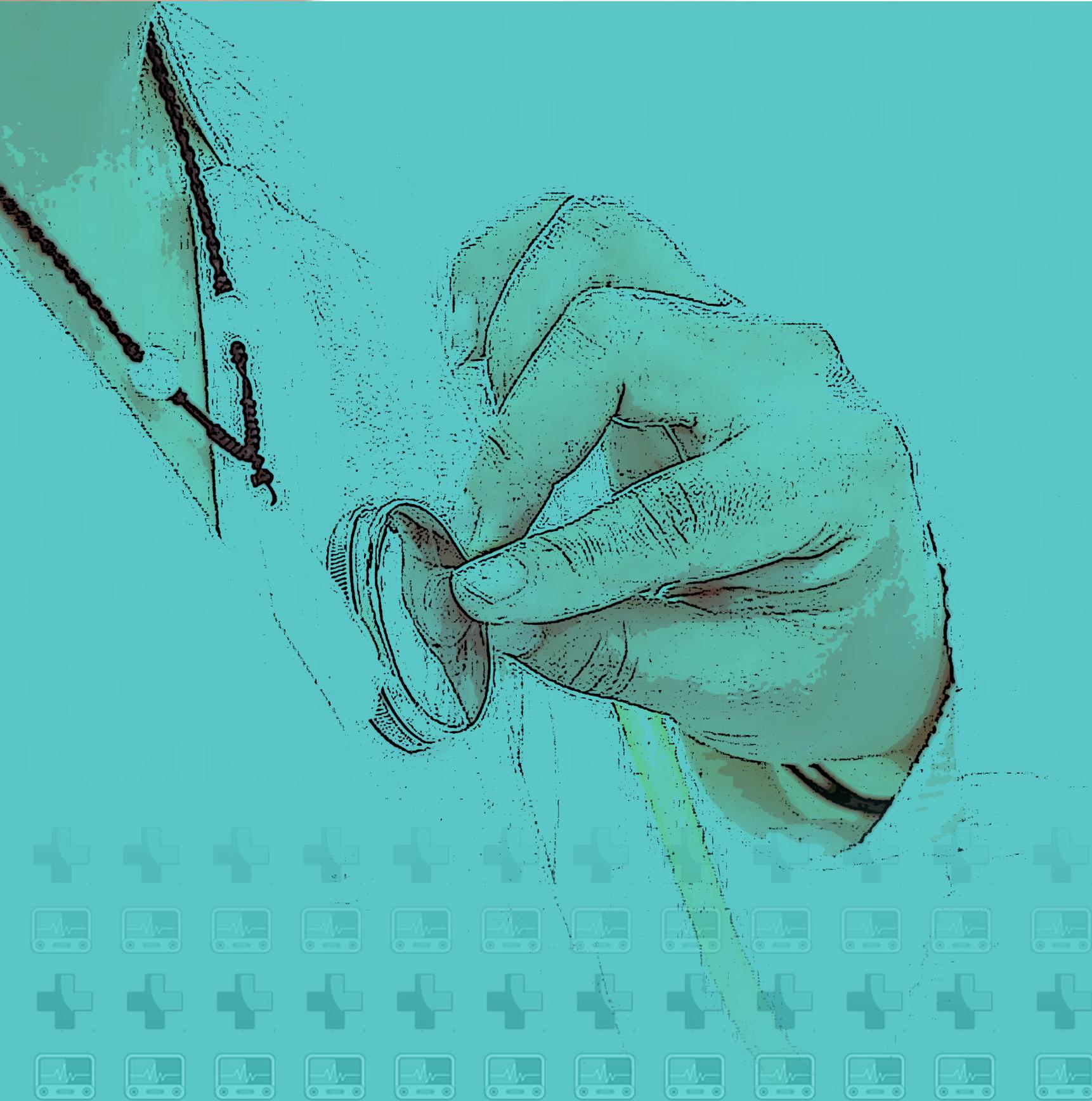


Introducción

El desarrollo humano es un proceso evolutivo que continua durante toda la vida. Los procesos humanos de orden físico, psicológico y social describen su forma de manifestarse. En la transición de estos procesos surgen diferentes aspectos que determinaran la existencia o ausencia de comportamientos y conductas promotoras de la salud en las personas. En respuesta a lo anterior, el IV Congreso Internacional del cuidado de la Salud pretende aportar, a través del cuidado humanizado de enfermería y de otros profesionales, a la planificación y evaluación de la atención integral, para el fomento de la salud y para la prevención de la enfermedad al considerar a la persona en un sentido evolutivo.

Objetivo principal:

Ampliar el conocimiento alrededor del cuidado humanizado relacionado a la transición del ser humano en los diferentes ámbitos del desempeño profesional, con el fin de generar espacios de reflexión.



Ponencia oral

Las prácticas de autocuidado de la salud: Antes y durante el proceso de formación

Carmen Ofelia Narváez E.¹
Myriam Eraso Martínez²
María Teresa Narváez Eraso³

Resumen

Se describe las prácticas de autocuidado en un grupo de estudiantes de enfermería. El estudio fue de corte transversal correlacional, en una muestra de 77 estudiantes. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS versión 22. Se encontró que los estudiantes con mayor prevalencia abandonaron la actividad física y disminuyeron la frecuencia de la recreación, descanso-sueño; continuaron como hábitos: los cuidados preventivos de la piel y patrones saludables de alimentación. Durante el proceso formativo adquirieron actividades, como: la asistencia a las actividades de promoción y prevención y las preventivas en el ejercicio de la sexualidad. El proceso formativo favoreció algunas actividades e interfirió en el desarrollo de otras.

Palabras clave: autocuidado, conductas saludables, currículo, enfermería, prevención primaria, descriptores en ciencias de la salud (DeCs bireme).

Self-Care Practices of Health: Before and During the Training Process

Abstract

This paper describes the self-care practices in a group of nursing students. The study was cross-sectional correlational, in a sample of 77 students. The data analysis was performed with the SPSS program, version 22. It was found that the students with the highest prevalence abandoned physical activity and decreased the frequency of recreation and rest-sleep. They continued as habits: preventive skin care and healthy eating patterns. During the formative process they acquired activities, such as: attendance at promotion and prevention activities and preventive activities in the exercise of sexuality. The training process favored some activities and interfered in the development of others and took into account some sociodemographic characteristics of the group studied.

Key words: self-care, nursing, healthy behaviors, curriculum, nursing, primary prevention, descriptors in health sciences (DeCs bireme).

¹ Magíster en Epidemiología. Docente investigador y asociado, Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: Cnarvaez@umariana.edu.co

² Magíster en Enfermería con énfasis en Materno Infantil. Docente asistente, Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: Mpem71@hotmail.com

³ Correo electrónico: mnvidasilvestre@gmail.com

Ponencia oral

Introducción

El autocuidado implica un conjunto de acciones que realiza una persona para mantener su salud de forma intencionada. Esto incluye las necesidades físicas, las psicológicas y el aspecto físico, siempre con un enfoque que permita mantener un desarrollo personal positivo (Escobar, Mejía y Betancur, 2017). El autocuidado es una conducta que se aprende durante el crecimiento y desarrollo del ser humano y, que además, se afecta por algunos factores determinantes, entre ellos: la edad, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación socio cultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida (Alligood, 2014; Páez y Castaño, 2010; Castro y Llanes, s.f.).

Entre las prácticas de autocuidado, Escobar, Mejía y Betancur (2017) señalan: la actividad física, la recreación, la higiene y el cuidado personal, la asistencia a programas de promoción y prevención, las prácticas para el cuidado de la piel, las habilidades para vivir, el ejercicio responsable de la sexualidad, los patrones saludables de alimentación, entre otras.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) “la actividad física es cualquier movimiento corporal voluntario que aumente el gasto energético, como por ejemplo caminar, subir escaleras o desplazarse en bicicleta al lugar de estudio o de trabajo” (p. 2). La recreación, en cambio, es entendida como “la acción y efecto de generar diversión y como alivio del trabajo, además de alegrar, deleitar y pasarla bien” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2014, p. 5), normalmente ocurre después de haber realizado todas las obligaciones, ya sean laborales, académicas o domésticas.

La higiene y el cuidado personal son las actividades que ponen a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos que proporciona el ambiente, las cuales corresponden: al baño diario, cepillado de dientes después de cada alimento, lavado frecuente de manos, presentación personal (Escobar, Mejía y Betancur, 2017). Por su parte, las prácticas preventivas del cuidado de la piel involucran aquellas referidas a los cuidados encaminados a proteger la piel de los rayos ultravioleta y, por ende, para la prevención de cáncer de piel; incluyen el uso del bloqueador solar, la inspección de la piel y otras medidas protectoras (Escobar et al., 2017).

La asistencia a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son alusivas a: salud oral, toma de citología, prevención de cáncer de cérvix y de mama, consulta preconcepcional, prevención de enfermedades cardiovasculares, agudeza visual, autoexamen de mama o testículo, entre otras, de acuerdo a la normatividad en salud colombiana (Escobar et al., 2017). Por su parte, el ejercicio responsable de la sexualidad alude a la capacidad de disfrute de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, mediante el ejercicio de sus deberes y derechos, que además, implica la formación de hombres y mujeres responsables de las consecuencias que de su ejercicio se generen (Escobar et al., 2017; Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Los patrones saludables de alimentación son adecuados, ya que permiten sobrellevar las jornadas de estudio, evitar el agotamiento y obtener un rendimiento académico satisfactorio (Escobar et al., 2017). De esta manera, las habilidades para vivir incluyen:

‘A un grupo genérico de habilidades o destrezas psicosociales que les facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria’, entre ellas se encuentran el conocimiento de sí mismo, la comunicación efectiva, la toma de decisiones, el pensamiento creativo, el manejo de sentimientos y emociones, la empatía, las relaciones interpersonales, la solución de problemas y conflictos, el pensamiento crítico, el manejo de tensiones o estrés. (Escobar et al., 2017, p. 31).

El autocuidado, basado en adecuadas prácticas, mejora la calidad de vida y a la vez a alivia la presión sobre el Sistema de Salud. En este orden de ideas, la educación juega un papel crucial, ya que, una sociedad que anima al autocuidado tendrá una población más sana y podrá redirigir los recursos sanitarios a áreas más prioritarias (Tobón 2015).

En la población joven universitaria se han evidenciado algunos problemas de salud, relacionados especialmente con el estilo de vida, hábitos y prácticas de autocuidado, la OMS (2003) considera que el 70 % de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en esta etapa. Los estudios al respecto han encontrado que las mujeres universitarias de las carreras de ciencias de la salud presentan más prácticas de autocuidado. En cuanto a la actividad de explorar el cuerpo para detectar cambios, se conoce que es la menos realizada por los hombres, al igual que el autocuidado en las áreas de sueño, descanso, alimentación, actividad física (Ortega, Reynoso y Figueroa, 2016).

La práctica más saludable en estudiantes de odontología según Tamayo, Rodríguez, Escobar y Mejía (2015) fue la actividad física (30,8 %), y las más riesgosas: habilidades interpersonales (73,5 %), sueño (72,2 %) consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (70,6 %) con diferencia significativa entre los semestres de estudio y las dimensiones evaluadas ($p < 0,05$). Si bien las mujeres presentaron prácticas de actividad física más saludables que los hombres, también presentan prácticas más riesgosas en el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales y la alimentación. Estudiantes de mayor edad presentaron tiempo de ocio más saludable. En cuanto a los estudiantes que trabajan-estudian y que están casados presentan deficientes prácticas de alimentación, de estado emocional y trastornos en el sueño. De esta manera, Rebolledo (2010) y Villalobos (2017) reportaron un autocuidado inadecuado en una alta proporción de estudiantes de enfermería. La prevalencia de insatisfacción en necesidades como alimentación, ejercicio y eliminación fue alta.

Durante el proceso de formación, se resalta la importancia del autocuidado para favorecer la salud de las poblaciones, pero no se ha establecido si los estudiantes se apropian de esas acciones. En este sentido, formar para el autocuidado debe ser un objetivo de la formación integral en los programas académicos de enfermería; los futuros profesionales deben poseer un autocuidado en su quehacer diario, que les permita estar en bienestar para poder cuidar a otros (Magallanes, León, Arias y Herrera, 1995). Desde esta perspectiva surge la necesidad de conocer cómo están las prácticas de autocuidado en un grupo de estudiantes de último semestre de enfermería de una universidad colombiana.

Desarrollo

Estudio de corte transversal descriptivo. Población: 90 educandos de último semestre de la carrera, formalmente matriculados quienes dieron aval para su participación voluntaria. Se excluye estudiantes en periodo de incapacidad por enfermedad, permiso por maternidad, lesiones o permisos personales durante el tiempo del estudio.

Mediante fórmula para poblaciones finitas: confiabilidad (95 %), error de 0,05 (5 %), se calculó una muestra de 77 estudiantes. Por muestreo aleatorio simple se seleccionó los integrantes de la muestra. Se aplicó un cuestionario *online* propuesto por Escobar y Mejía, el cual se construyó con base en las variables de interés; fue sometido a proceso de validación de contenido de ítem mediante revisión de expertos de unidades académicas y posterior prueba piloto.

Según Resolución 008430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993) se clasificó como investigación sin riesgo, la cual fue avalada por el centro de investigación de la institución de educación superior. Previamente, los estudiantes recibieron información acerca del estudio y se solicitó el consentimiento informado.

Los datos se procesaron en el programa SPSS 22 (*STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES*) versión amparada por la universidad a la cual pertenece el programa en estudio. Se determinó la frecuencia absoluta y relativa de las variables sociodemográficas y actividades de autocuidado y se asumió significancia estadística $p < 0,05$ (Chi2 y P de Fisher).

Resultados

Características sociodemográficas

El 65 % de estudiantes tiene una edad que oscila entre los 20-24 años; el 80,5 % fueron mujeres, el 93,5 % son solteras(os), el 40,3 % tiene responsabilidades maternas. El 58,4 % de los estudiantes son procedentes de la ciudad capital donde se ubica el programa de estudio, frente al 41,6 % proveniente de otros municipios de la región o de Colombia. En el aspecto financiero un 64,9 % indicó dependencia económica de sus padres y el 49,4 % vivía acompañado de ellos; respecto a la ocupación un 63,6 % se dedica **únicamente** a estudiar.

Prácticas de autocuidado

En mayor proporción esta prácticas se interrumpieron y/o fueron abandonadas debido a los compromisos académicos, respectivamente: actividad física (73 %), recreación (65 %) y descanso-sueño (71,4 %); caso contrario, se mantuvo como un hábito sin influencia del proceso formativo, en mayor porcentaje: cuidado de la piel (62,3 %), patrones saludables de alimentación (54,5 %); en cuanto a las actividades de autocuidado adquiridas como consecuencia del proceso formativo, se encuentran: las habilidades para vivir (52 %), las prácticas preventivas en el ejercicio de la sexualidad (49,4 %) y la asistencia a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (40,4 %).

Además, se encontró predominio de la interrupción de la actividad física debido a los compromisos académicos en un 53,6 % de los estudiantes, quienes se dedican a trabajar y estudiar al mismo tiempo ($p = 0,01$); lo mismo ocurrió en cuanto a la recreación en un 67,9 % de los estudiantes que trabajan y estudian ($p = 0,02$). (Ver Tabla 1).

El sueño-descanso fueron actividades abandonadas como consecuencia del proceso formativo por el 79 % de estudiantes correspondientes al género femenino ($p = 0,004$) y el 80,6 % quienes son madres de uno o más hijos ($p = 0,005$). Los cuidados preventivos de la piel se continuaron como un hábito sin influencia del proceso de formación,

con mayor proporción en el 73,5 % de los participantes que solo estudian ($p = 0,014$). Si se tiene en cuenta el sexo, fueron las mujeres (67,7 %), quienes continuaron cuidando su piel ($p = 0,04$). (Ver Tabla 1).

Los patrones saludables de alimentación se continuaron como un hábito sin influencia del proceso formativo, en mayor proporción por quienes tienen su residencia en el área rural. ($p = 0,02$); de igual manera, demostraron dependencia económica de sus padres u otros miembros de la familia, autosostenimiento por crédito o beca durante el proceso formativo ($p = 0,02$) y fue similar en quienes convivieron con otros familiares, con la pareja, con la pareja e hijos, o amigos ($p = 0,01$), durante su tiempo de formación. Las actividades preventivas para el ejercicio de la sexualidad, según convivencia, fueron adquiridas por influencia del proceso formativo para quienes convivieron con sus padres ($p = 0,04$); a causa de la misma influencia se observó la asistencia a otras actividades de promoción y prevención programadas desde la empresa promotora de salud a la cual se encontraban afiliados ($p = 0,03$). (Ver Tabla 1).

Las habilidades para vivir, según los estudiantes, fueron consideradas como actividades adquiridas por influencia del proceso formativo en un 52 %; sin embargo, no mostró asociación estadística con ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Actividades de autocuidado asociadas a características sociodemográficas de los estudiantes ($n=77$) ($p < 0,05$)

	Ocupación	Sexo	Lugar de residencia	Dependencia económica	Convivencia	Número de hijos
Prácticas de autocuidado	p	p	P	p	p	p
	valor	valor	valor	valor	valor	valor
Actividad física	0,01*	0,11	0,88	0,75	0,51	0,64
Recreación	0,02*	0,25	0,78	0,70	0,13	0,56
Cuidados de la piel	0,05	0,04*	0,42	0,51	0,39	0,05
P.S.A*	0,05	0,42	0,02*	0,02*	0,01*	0,08
Asistencia a actividades P y P**	0,49	0,18	0,79	0,58	0,03*	0,78
Prácticas preventivas en el ejercicio de la sexualidad	0,86	0,10	0,58	0,92	0,04*	0,08
Sueño-descanso	0,32	0,004*	0,49	1,00	0,52	0,05*

Fuente: Datos de la investigación.

p: exacta de Fisher

* Patrones Saludables de Alimentación.

** Promoción y prevención.

Discusión

Este estudio reafirmó lo encontrado por Estupiñan y Vela (2012), respecto al abandono del descanso-sueño como consecuencia del proceso formativo, especialmente, en estudiantes mujeres-madres de uno o más hijos. Tanto la carga que derivada el cuidado de los hijos y la carga académica genera interrupción y abandono de éste hábito de autocuidado. Otros estudios han encontrado el déficit del descanso y el sueño en estudiantes sin hijos (Magallanes et al., 1995; Villalobos, 2017), siendo la causa principal el cumplimiento de las actividades académicas y escolares.

El estudio también reafirmó el abandono o interrupción de la actividad física y la recreación-ocio para quienes se dedican a estudiar (Magallanes et al., 1995; Rodríguez et al., 2013; Castañeda y Campos, 2012; Beltrán, Devís y Peiró, 2012) y con mayor tendencia para quienes trabajan y estudian, debido a la limitación del tiempo para las mismas; pero niega los hallazgos de Fabro y Tolosa (2011) y Córdoba, Carmona, Terán y Márquez (2013), quienes encontraron que la actividad física fue la práctica más saludable de sus estudiantes. Por su parte, Moreno (2018) encontró que independientemente de realizar dos ocupaciones o de tener un plan de estudios demasiado pesado, los estudiantes de enfermería son más sedentarios en comparación con los estudiantes de medicina. La inactividad física se considera una de las diez causas que producen mortalidad y discapacidad, según la OMS (2013), actualmente, éste es el cuarto factor de riesgo de mortalidad en el mundo, principalmente para diabetes, cáncer de mama o colon y complicaciones cardíacas. Los hallazgos obligan a prestar atención a todos los posibles aspectos generantes de la situación, a fin de reducir las posibilidades futuras de morbilidad e inhabilidad en la salud física derivadas del sedentarismo particularmente, más aún, cuando existen programas académicos que manejan una carga mayor o similar al programa en estudio, sin embargo, el sedentarismo está ausente o es bajo en ellos.

Las actividades de autocuidado para la piel se conservaron y continuaron como un hábito desde el ingreso a la vida universitaria; si bien el impacto de la radiación solar sobre la salud humana depende de las condiciones ambientales, hábitos y constitución genética como un determinante biológico de la población, la prevención primaria contribuye al desarrollo de hábitos positivos, pues minimiza los riesgos de la exposición a la misma (Córdoba et al., 2013). Asimismo, los resultados niegan lo encontrado en otros estudios, en donde las mujeres utilizan menos bloqueador solar con relación a los hombres (Escobar et al., 2015; Ortega, Reynoso y Figueroa, 2016; Lara, Saldaña, Fernández y Delgado, 2015).

En cuanto a los patrones saludables de alimentación no se alteraron al llegar a la universidad y continuaron como un hábito sin influencia del proceso formativo, especialmente, en estudiantes que poseen su residencia en el área rural del municipio capital, estos hallazgos son contrarios en relación con otros estudios (Ortega, Reynoso y Figueroa, 2016; Rebolledo, 2010), ya que se trata de estudiantes que convivieron durante su formación universitaria con sus padres, familiares, amigos o quienes dependían de sus padres económicamente o mantenían solvencia por ayuda de otros familiares, por becas o créditos.

La asistencia a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, si bien fue adquirida durante el proceso formativo, también fue favorecida por la convivencia con padres u otros familiares.

Posiblemente, todos estos factores brindan alguna protección y se constituyen en una red de apoyo social en este aspecto. Lara et al. (2015) resalta la importancia de la familia en la suplencia de las necesidades del joven o adolescente, entre ellas la de una adecuada alimentación, la presencia de la misma o quizá de una figura que la represente es también un estímulo.

Las actividades de promoción y prevención en el ejercicio de la sexualidad fueron adquiridas como consecuencia del proceso formativo en estudiantes que convivieron con sus padres durante dicho proceso, cabe señalar que, la figura paterna y materna estimulan y favorecen también la conducta, se mira así el efecto protector que brinda la familia también para este componente y que resulta contrario a otros estudios, donde estudiantes universitarios poseen relaciones sexuales sin protección, lo cual los expone a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, creando conductas de riesgo entre hombres y mujeres (Lara et al., 2015).

Conclusiones

El estudio demostró que existen actividades de autocuidado que se ven interferidas o abandonadas por los compromisos académicos, entre ellas: actividad física, recreación, descanso-sueño, pero, además, existen características sociodemográficas propias de los estudiantes que favorecen este hecho, como: la ocupación y el número de hijos.

Las actividades de autocuidado adquiridas como parte del proceso formativo, tales como: las preventivas en el ejercicio de la sexualidad, asistencia a actividades de promoción y prevención y otras que se mantuvieron sin influencia del mismo (patrones saludables de alimentación) presentan factores positivos de influencia, por ejemplo: la convivencia y la dependencia económica de los padres u otros familiares; todas ellas son redes de apoyo que permiten potenciar el autocuidado.

Referencias

- Allgood, M. (2014). *Modelos y teorías de enfermería* (8^{va} ed.). Madrid, España: S.A. Elsevier.
- Beltrán, V., Devís, J. y Peiró, C. (2012). Actividad física y sedentarismo en adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 12(45), 123-137.
- Castañeda, C. y Campos, M. (2012) Motivación de los estudiantes de la facultad de ciencias de la educación (Universidad de Sevilla) hacia la práctica de actividad físico-deportiva. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22, 57-61.
- Castro, M. y Llanes, J. (s.f.). Habilidades para la vida en estudiantes universitarios. *Revista LiberAddictus*. Recuperado de http://www.inepar.edu.mx/INEPAR/pdf/liberadictus/104-Habilidades_para_la_vida_en_estudiantesunivers.pdf.
- Córdoba, D., Carmona, M., Terán, O. y Márquez, O. (2013). Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medwave*, 13(11). doi: 10.5867/medwave.2013.11.5864

Escobar, M., Mejía, A. y Betancur, S. (2017). Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de enfermería, durante la formación profesional. 2015. *Hacia la promoción de la salud*, 22(1), 27-42. doi: 10.17151/hpsal.2017.22.1.3

Estupiñan, M. y Vela, D. (2012). Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 536-549.

Fabro, A. y Tolosa, A. (2011). Patrón de consumo, estilo de vida y estado nutricional de estudiantes universitarios de las carreras de Bioquímica y Licenciatura en Nutrición. *Revista FABICIB*, 15(1), 160-169.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2014). *Ocio, recreación y tiempo libre*. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/ContenidoBienestarEnFamiliarCBF/DescargasBienestarEnFamilia/GuiasDeFamiliaModulo1/M1_Guia13.pdf

Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N. y Delgadillo, H. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 103-114. doi: 10.17151/hpsal.2015.20.2.8

Magallanes, J., León, A., Arias, L. y Herrera, J. (1995). Prácticas de salud y su relación con las características socio familiares de estudiantes de medicina. *Colombia Médica*, 26(4), 132-140

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *ABECÉ. Actividad física para la salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-actividad-fisica-para-la-salud.pdf>

_____. (s.f.). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Moreno, J. (2018). Niveles de sedentarismo en estudiantes universitarios de pregrado de Colombia. *Revista cubana de salud pública*, 44(3). Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/881/1135>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro*. Recuperado de https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

Ortega, M., Reynoso, J. y Figueroa, C. (2016). Autocuidado presente en estudiantes de enfermería de la Universidad de Sonora. *Revista Sanus*, 1(1), 5-11. Recuperado de <http://sanus.uson.mx/revista.php?rev=1>

Páez, M. y Castaño, J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. *Revista Psicología desde el Caribe*, 25, 155-178. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n25/n25a08.pdf>

Rebolledo, D. (2010). *Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: Un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem* (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr292a/doc/fmr292a.pdf>

Rodríguez, F., Palma, L., Romo, B., Escobar, B., Aragón, G., Espinoza, O.,...Gálvez, C. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición hospitalaria*, 28(2), 447-455.

Tamayo, J., Rodríguez, K., Escobar, K. y Mejía, A. (2015). Estilos de vida de estudiantes de odontología. *Hacia la promoción de la salud*, 20(2), 147-160. doi: 10.17151/hpsal.2015.20.2.10

Tobón, O. (s.f.). El autocuidado una habilidad para vivir. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>

Villalobos, G. (2017). *Autocuidado del estudiante de enfermería frente a la prevención de la gastritis* (tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1270/T-TPLE-Galia%20Villalobos%20Pavlica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Entre dos factores de riesgo: el cigarrillo y la hipertensión arterial (HTA) Un estudio caso-control en mujeres Pasto-Nariño

Carmen Ofelia Narváez Eraso¹
Alexander Díaz Delgado²

Resumen

Objetivo: Analizar la asociación entre factores de riesgo y enfermedad coronaria (EC) en dos grupos de mujeres nariñenses. **Método:** Estudio observacional de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 35 casos y 105 controles seleccionados de las bases de datos de dos instituciones de salud. **Resultados:** El hábito de fumar representó en las mujeres mayor riesgo para EC (OR 21,11; IC 95 % 3,97-112,26). Las mujeres hipertensas del área urbana mostraron mayor riesgo para EC (OR 9,47; IC 95 % 2,87-31,23), al igual que el antecedente familiar (OR= 4,41; IC 95 % 1,35-14,44). **Conclusiones:** Fueron determinantes los factores de riesgo clásico como la hipertensión y el cigarrillo con la EC.

Palabras clave: cigarrillo, (DeCs Bireme), enfermedad coronaria, factores de riesgo, salud de la mujer.

Among two risk factors: the cigarette and the blood hypertension A case-control study in women Pasto-Nariño

Abstract

Objective: To analyze the association between risk factors and coronary heart disease (CAD) in two groups of women from Nariño. **Method:** Observational study of cases and controls. The sample consisted of 35 cases and 105 controls selected from the databases of two health institutions. **Results:** The smoking habit represented higher risk for CD in women (OR 21.11, 95% CI 3.97-112.26). Women with hypertension in the urban area showed greater risk for CD (OR 9.47, 95% CI % 2.87-31.23) as well as family antecedence (OR = 4.41, 95% CI 1.35-14.44). **Conclusions:** Classic risk factors such as hypertension and smoking with CD were determinant.

Key words: cigarette, (DeCs Bireme), coronary heart disease, risk factors, women's health.

¹ Magíster en Epidemiología. Docente investigador y asociado, Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: cnarvaez@umariana.edu.co

² Hospital Universitario Departamental de Nariño. Pasto, Colombia. Correo electrónico: alexanderdiaz7856@hotmail.es

Ponencia oral

Introducción

En los primeros años del siglo XX, la tendencia en todos los países del mundo industrializados paralelamente al aumento de la esperanza de vida de la población fue el incremento de las muertes por enfermedad cardiovascular y descenso de mortalidad por otras causas y pese a que las terapéuticas modernas y actuales han conseguido reducir el número de muertes por causa cardiovascular, se observa que ésta continúa siendo la principal causa de mortalidad en la mayoría de países del mundo (De La Sierra y Bragulat, 2001). Epidemiológicamente hablando, el análisis de este fenómeno ha permitido reconocer en poblaciones aparentemente sanas la existencia de variables denominadas factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, factores modificables y no modificables. Dichos factores de riesgo, influyen en la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebrovasculares (ACV), enfermedad coronaria (EC), insuficiencia cardíaca (IC) o arteriopatía periférica (De La Sierra y Bragulat, 2001).

Según De La Sierra y Bragulat (2001):

Cada uno de ellos es capaz de modificar de forma independiente la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular. Por otra parte, la interacción de todos ellos entre sí de manera compleja y no totalmente conocida confiere un aumento exponencial del riesgo en aquellos individuos con más de uno de dichos factores. (p. 197).

Ciruzzi et al. (2002) citan la presencia, en promedio, de dos o tres factores de riesgo simultáneos para EC, entre ellos: los antecedentes familiares, tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes; mientras que en la mujer para el año 2008 mostró mayor prevalencia en la hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes y en menor proporción con respecto al tabaquismo, en comparación con los hombres (Sociedad Española de Cardiología, s.f.); más aún si la mujer alcanza la menopausia, pues se ha encontrado que los estrógenos juegan un papel cardioprotector.

La diabetes mellitus y la obesidad como factores determinantes para la EC, lejos de reducirse han aumentado su prevalencia en los últimos años. Además, las sociedades en vías de desarrollo se enfrentan a un entorno hostil, caracterizado por cambios en los hábitos de vida, dirigidos fundamentalmente hacia el aumento del consumo de alimentos con alta densidad calórica y la disminución de la actividad física (León et al., 2014).

Ciertos fenómenos socio-demográficos, tales como los cambios estructurales en la población entendidos como modificaciones correspondientes a los cambios históricos del tipo social, político o económico que afectan a las personas, la mayor urbanización, el creciente acceso a la educación y el ingreso de las mujeres a formar parte de la población económicamente activa, han incrementado la prevalencia del tabaquismo en el género femenino. La ausencia de sistemas de información y vigilancia sobre este tema impiden realizar esfuerzos globales para su control. (Nahabedian et al., 2015, p. 29).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2012), el padecimiento de la EC se ha constituido en una de las principales causas de muerte en mayores de 45 años, con un incremento con prevalencia para infarto agudo de miocardio, sobre todo en mujeres de 35-54 años (Herdoíza, 2014; Rincón, 2013). A nivel de Colombia, la EC está presente en todos los departamentos de Colombia (Rincón, 2013).

Para ejercer algún control en el incremento de las estadísticas de la enfermedad, la Organización mundial de la salud (OMS, 2017.) considera necesario y prescindible realizar ajustes regionales, con el fin de implementar recomendaciones acordes a la diversidad del entorno: las diferencias de perfiles regionales, culturales y sociales o colectivos en los que se desarrolla el proceso salud-enfermedad, las cuales serían necesarias para encontrar soluciones al problema. Por lo anterior surge la necesidad de realizar el presente análisis en mujeres del departamento de Nariño.

Desarrollo

Estudio de casos y controles: Con una muestra conformada por 35 casos, 105 controles, calculada para un riesgo relativo de 3, un poder de 80 y un nivel de significancia de 5 % y con muestreo no probabilístico.

Criterios de inclusión para casos: Mujeres que reportaron un riesgo cardiovascular mayor a 10 % en la tabla de predicción del riesgo cardiovascular: AMR-B de la OMS/IHS (OMS, 2008), con cateterismo cardíaco positivo para enfermedad coronaria, procedentes y residentes en el departamento de Nariño.

Criterios de inclusión para controles: El grupo control se conformó por mujeres que reportaron un riesgo cardiovascular <10 % en la tabla de predicción del riesgo cardiovascular: AMR-B de la OMS/IHS (OMS, 2008), con diagnóstico diferente a enfermedad coronaria, procedentes y residentes en el departamento de Nariño.

Las variables de exposición estudiadas fueron: Comorbilidad por hipertensión arterial, diabetes, obesidad, antecedentes familiares para enfermedad coronaria (EC) e infarto agudo de miocardio (IAM), consumo de cigarrillo (criterios de Doll y Hill), licor, sedentarismo. El estudio respetó los principios éticos fundamentales contemplados en la declaración de Helsinki y contó con la aprobación de los comités de ética en investigación de las instituciones participantes. Los datos se digitaron, organizaron y recodificaron en hojas de cálculo Microsoft Office Excel 2010 TM y SPSS®, versión 21, licencia amparada. Se realizó regresión logística y cálculo de los OR ajustados con intervalo de confianza del 95 %.

Resultados

Casos: Los diagnósticos positivos para EC, según reporte de cateterismo cardíaco, evidenciaron la presencia de 7 modalidades de diagnóstico, de acuerdo al número, severidad y porcentaje de vasos obstruidos. El mayor número de casos, con un 37,10 %, presentaron Enfermedad Coronaria Aterosclerótica (ECAS) de un vaso. Para ECAS de un vaso principal un 17,10 %) y de 2 a 3 vasos un 17,10 %.

Controles: Los diagnósticos médicos de las mujeres del grupo control corresponden a los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud (1995), así:

- Mujeres con enfermedades del sistema digestivo (37,10 %): coledocolitiasis, ascitis, hemorragia de vías digestivas altas, enfermedad diverticular, acalasia, apendicitis, dolor abdominal.

- Mujeres con diferentes tipos de neoplasias (17,10 %): neoplasia cerebral, meningioma, cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de tiroides, cáncer de vesícula, cáncer gástrico, cáncer peritoneal, cáncer de cérvix, cáncer de mama, hiperplasia endometrial, cáncer ovárico.
- Mujeres con enfermedades del sistema nervioso central quienes mantenían Glasgow 15/15 y sin alteraciones de la memoria, juicio y raciocinio (12,40 %): cefalea a estudio, cefalea global, síndrome convulsivo, hemorragia intracraneal, encefalopatía, parkinson, hematoma epidural.
- Mujeres con enfermedades de sistema circulatorio (7,60 %): coartación aortica, valvulopatía tricúspide, fibrilación auricular, taponamiento cardiaco, taquicardia supra ventricular, vasculitis.
- Mujeres con enfermedades de la piel y del tejido Subcutáneo (7, 60%): avulsión de tejidos blandos, herida compleja en miembro inferior izquierdo, lumbalgia, quemaduras en miembros inferiores, quemadura grados I y II, quemaduras de 20-29 %, ulcera varicosa.
- Mujeres con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y en la misma proporción con enfermedades del aparato genitourinario (4,80 %).

Comorbilidad: Hipertensión arterial en 82,90 % de casos y 33,3 % de controles; obesidad en 31,40 % de casos y 15,2 % de controles; diabetes mellitus en 22,9 % de casos y 12,5 % de controles. Se reportaron antecedentes familiares para enfermedad coronaria e Infarto agudo de miocardio en primer grado de consanguinidad en padres y hermanos (42,90 % casos y 12,7 % controles).

Riesgo cardiovascular: Según las tablas de predicción de riesgo cardiovascular de la OMS (2008), presentaron riesgo alto y muy alto 74,30 % de casos y 0,0 % de controles; la edad presentó una distribución estadísticamente normal ($p= 0,88$) (Shapiro -Wilk) para los casos, por su parte en los controles la edad no distribuye estadísticamente normal ($p= 0,01$) (Kolmogorov - Smirnov). Según estadístico de prueba: U Mann Whitney, la mediana de la variable edad no tiene diferencias estadísticamente significativas ($p=0,23$), en los grupos de investigación caso y control.

Reportaron antecedentes familiares para EC e IAM en primer grado de consanguinidad (padres, hermanos) en un 42,90 % de casos y un 13,3 % de controles. Mediante regresión logística se estableció los factores asociados con la variable enfermedad coronaria y se obtuvo que el consumo de cigarrillo OR= 21,12 IC (3,97-112,26) representó la posibilidad más alta para el desarrollo de la enfermedad, además, mostró un incremento al ajustarse por las variables más significativas. La hipertensión arterial finalmente representó 9,47 veces más la posibilidad para desarrollar EC, OR= 9,47 IC (2,87-31,23) y los antecedentes familiares mostraron OR = 4,41 IC= (1,35-14,44).

Discusión

La edad ha sido considerada un predictor fuerte para la EC en mujeres (Ciruzi, 2002). El estudio confirmó su presentación en edades avanzadas; las mujeres coronarias (casos) arribaron al ciclo de vida del adulto mayor no

solo con el riesgo dado por la menopausia, sino que trajeron consigo también el riesgo proporcionado por otras variables que miden las escalas de riesgo y utilizadas en el presente estudio, entre ellas: hipertensión arterial, diabetes, e incluso reportaron antecedentes familiares para enfermedad coronaria los cuales fueron ratificados en los resultados.

Se confirmó la HTA como factor de riesgo para EC (Lomelí et al., 2008; Mijares, Rincón, Azpurua, Rodríguez y Herera, 2017). Se ha citado una prevalencia elevada en las poblaciones urbanas sometidas a migraciones, cambios culturales rápidos y movilidad socioeconómica; en el presente estudio el mayor porcentaje de casos (80 %) vive en el área urbana, son mujeres procedentes de áreas rurales de diferentes municipios del departamento, pero que debieron migrar a la ciudad capital y establecerse en ella por diferentes razones de tipo social, económico, incluso por situaciones de violencia.

Se confirmó el cigarrillo como un mayor determinante para desarrollar EC (Nahabedian et al., 2015), también se evidenció una proporción de mujeres (22,9 %) que se comportaron como fumadoras pasivas (aunque ésta variable no se contempló para el estudio). Cabe anotar que el humo de flujo lateral presenta mayores niveles de alquitrán, CO₂, metano y nicotina que el humo de flujo principal (Ciruzzi et al., 2002).

El antecedente familiar con EC fue un riesgo significativo para las mujeres (casos) a pesar de que no se midió el número de familiares afectados. El antecedente familiar se considera un factor de riesgo de fácil identificación, además no genera costo y favorece identificar la presencia del riesgo, su hallazgo constituye una alerta para prevenir su aparición en los demás miembros del núcleo familiar en primer grado de consanguinidad por parte del personal de la salud y de enfermería.

Conclusiones

La EC está altamente asociada en las mujeres nariñenses a dos factores de riesgo modificables: la hipertensión arterial y el consumo de cigarrillo. Incluidos dos no modificables: edad menopáusica y los antecedentes familiares.

Recomendaciones

La intervención de los profesionales de la salud y de enfermería en la prevención de la enfermedad cardiovascular debe estar presente en las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer, sobre todo en aquella que arriba a la edad de la menopausia y en aquella que empieza la primera infancia, para evitar los factores de riesgo aquí identificados; es posible generar programas preventivos y de control de riesgos para este grupo poblacional. Igualmente, es importante la motivación en las mujeres para dejar el hábito de fumar e impartir conocimiento respecto a las estrategias y accesibilidad para ayudarles eficazmente a abandonar los cigarrillos.

Importante evaluar que está pasando con las estrategias y programas actuales encaminados a controlar la aparición de hipertensión arterial y consumo de cigarrillo en la población y, especialmente, sobre el consumo de sal en las mujeres, con el fin de ampliar las posibilidades de acciones preventivas en la población femenina y la importancia del cambio en el estilo de vida y en los aspectos nutricionales, si se tiene en cuenta que la mujer juega papel central en la 'cultura nutricional' (Lomelí et al., 2008).

Referencias

- Ciruzzi, M., Schargrosky, H., Pramparo, P., Rosloznic, J., Zylberstejn, H., Haquim, M.,...Piskorz, D. (2002). Edad avanzada y factores de riesgo para infarto agudo de miocardio. *Medicina*, 62(6), 535-543.
- De la Sierra, A. y Bragulat, E. (2001). Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *Medicina Integral*, 37(5), 197-202. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-10022761>
- Herdoíza, G. (2014). *Presencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en mujeres mayores de 35 años en el subcentro de salud de picaihua– Ambato, en el periodo mayo 2013 – julio 2013* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8388/1/Herdo%C3%ADza%20Salinas%2c%20Gino%20Alejandro%20.pdf>
- León, M., Moreno, B., Andrés, E., Ledesma, M., Laclaustra, M., Alcalde, V.,...Casasnovas, J. (2014). Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. *Revista Española de Cardiología*, 67(6), 449-455. doi: 10.1016/j.recesp.2013.10.017
- Lomelí, C., Rosas, M., Mendoza, C., Lorenzo, J., Pastelín, G., Méndez., A.,...Attie, F. (2008). Hipertensión arterial sistémica en la mujer. *Archivos de Cardiología de México*, 78(2), 98-103.
- Mijares, R., Rincón, E., Azpurua, L., Rodríguez, Y. y Herera, H. (2017). La hipertensión arterial en Venezuela y sus factores determinantes. *Revista de Salud pública*, 19(4), 562-566. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n4.38681>
- Nahabedian, S., Pascansky, D., Vanoni, S., Inza, F., Schönfeld, D., Svetliza, G.,...Precerutti, J. (2015). Estudio multicéntrico sobre prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en 15 centros de salud de argentina. *Revista americana de medicina respiratoria*, 15(1), 28-35. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v15n1/v15n1a06.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo Cardiovascular*. Recuperado de https://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Enfermedades Cardiovasculares* (decima revisión). Recuperado de https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1327-cie-10-volumen-1&category_slug=taller-de-codificacion-de-morbilidad-cie-10&Itemid=224

Rincón, F. (2013). *La enfermedad coronaria en la mujer: Un asunto de cuidado*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Sociedad Española de Cardiología. (s.f.). *Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>

Héroes de la donación “Donar tu decisión su salvación” Proyecto en curso I fase

Crisly Maricela Gómez Legarda¹
Rosa Palacios

Resumen

Los bancos de sangre y servicios de transfusión que se encuentra en hospitales, clínicas y centros de atención médica dependen de los donantes voluntarios que proporcionan la materia prima, lo cual permite un adecuado abastecimiento y utilización de componentes preparados a partir de las unidades de sangre total donadas en los bancos de sangre. Para que un individuo se convierta en donante de sangre, no solo ocasionalmente, sino en forma regular, se requiere que tenga cierto grado de conocimiento sobre lo que significa la donación voluntaria, así como los beneficios y riesgos inherentes a ésta, intervalos entre las donaciones, tipo de donación que puede hacer y, sobre todo, que esté consciente de que la sangre es un vehículo de transmisión de múltiples patógenos, desde el donante a el receptor de sangre. Por lo tanto, es importante que los estudiantes de Enfermería de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Mariana concienticen a la comunidad acerca del proceso de donación de sangre. Por lo anterior, el objetivo general del proyecto es educar a la ciudadanía del departamento de Nariño en la importancia y compromiso social de donar sangre, llenando su corazón de sensibilización y convirtiéndolos en héroes de la donación en diferentes escenarios de la ciudad de Pasto. Entre los resultados, durante la primera fase de trabajo con una metodología de acción-participación, mediante sesiones educativas lúdicas y dinámicas, se logró aumentar en un 60 % el porcentaje de ciudadanos sensibilizados y en un 10% el indicador de donante efectivo del Banco de Sangre del Hospital Universitario Departamental de Nariño

Palabras clave: estrategias lúdicas, donación de sangre, sensibilización.

Heroes of the donation “Donate, your decision, your salvation” Project in progress, phase 1

Abstract

The blood banks and transfusion services of hospitals, clinics and health care centers depend on the voluntary donors who provide the raw material, which allows an adequate supply and use of components prepared from the total blood units donated in the blood banks. For an individual to become a blood donor, not only occasionally, but on a regular basis, it is required that they have some degree of knowledge about what voluntary donation means, as well as the benefits and risks inherent in it, intervals between donations, type of donation that can make and, above

¹Magister en Educación desde la diversidad. Docente asistente, Programa de enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: crgomez@umariana.edu.co

all, to be aware that blood is a vehicle for the transmission of multiple pathogens, from the donor to the blood recipient. Therefore, it is important that the nursing students of the Faculty of Health Sciences of Mariana University educate the community about the process of blood donation. The general objective of the project is to educate the citizens of the department of Nariño on the importance and social commitment of donating blood, sensitizing their hearts and making them donation hero in different scenarios of the city of Pasto. Among the results, during the first phase of work with an action-participation methodology, through playful and dynamic educational sessions, it was possible to increase the percentage of sensitized citizens by 60% and by 10%, the indicator or effective donor of the Blood Bank from the Departmental University Hospital of Nariño.

Key words: play strategies, blood donation, and awareness raising.

Introducción

La donación de sangre es un hecho mundial en el que coinciden todo tipo de convicciones religiosas, solidarias, económicas y de contraprestación. Debido a que la donación supone encadenar 3 obligaciones: donar, recibir y devolver; los donantes son un ejemplo de lo que supone vivir en comunidad. Solo un pequeño porcentaje de la población dona sangre en forma regular, a raíz de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a todos los países a crear un sistema de donaciones voluntarias de sangre en el mundo; además, es necesario buscar fórmulas para frenar este descenso y evitar la falta de suministro en caso de necesidad. Uno de los motivos que da lugar a una falta de suministro sanguíneo es porque a pesar que la sangre debe ser tratada como un don de la vida, en ciertos ámbitos se comercializa con ella. Sin embargo, hoy en día este suministro es extraordinariamente seguro, lo que supone un factor favorecedor para la donación.

De allí la importancia de realizar un proyecto acerca del papel protagónico que desarrollan los estudiantes de 3er semestre de Enfermería, en relación a la donación voluntaria de sangre. Como futuros integrantes del equipo multidisciplinario de salud jugarán un papel fundamental en la aplicación y desarrollo de políticas destinadas a promover la donación voluntaria de sangre y cómo este aspecto podría repercutir en su formación académica y futuras actuaciones profesionales, partiendo de la sensibilización y concientización de la comunidad sanitaria, así como también de los factores que influyen en estas personas para rechazar o aceptar la solicitud de donar su sangre voluntariamente. A su vez, la participación activa de estudiantes de Enfermería, al dar ejemplo de desprendimiento y solidaridad, pone de manifiesto su esencia ética, donde la defensa del bienestar social implica fomentar y preservar la salud, a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad. Por otra parte, desde el punto de vista social, los principales beneficiarios de este proyecto son los pacientes que requieren dicha sangre, ya que al sensibilizar a las personas para que sean donantes voluntarios podría aumentar la reserva en los Bancos de Sangre, lo cual permitiría la planificación tanto del proceso de donación como de la distribución de la sangre, así mismo, esta planificación debe tomar en cuenta la prevención para disminuir la demanda de sangre y la prescripción de sangre de forma indiscriminada por parte del personal médico.

Desarrollo de la experiencia

La iniciativa del desarrollo del proyecto de responsabilidad social tiene inicio en la práctica formativa de cuidado II, en la cual los estudiantes desarrollan las competencias básicas del cuidado y requieren fortalecer su capacidad

comunicativa con el usuario, por ello su objetivo general es: educar a la ciudadanía del departamento de Nariño sobre la importancia y compromiso social de donar, llenando su corazón de sensibilización y convirtiéndolos en héroes de la donación en diferentes escenarios de la ciudad de Pasto. Dentro de los objetivos específicos, se encuentran: Promover una cultura de donación voluntaria y habitual en la población; establecer estrategias y mecanismos de capacitación acerca de las ventajas de ser donante voluntario de sangre; diagnosticar las causas más frecuentes de la negativa a la donación voluntaria de sangre por los estudiantes de tercer semestre de Enfermería de la Universidad Mariana.

Resultados

Durante el proceso de sensibilización (un periodo comprendido entre febrero y mayo), en el mes de febrero se sensibilizó 100 ciudadanos discriminados en 54 hombres y 46 mujeres; en el mes de marzo la cantidad de ciudadanos aumento a 78 hombres y 94 mujeres para un total de 172 personas sensibilizadas; en el mes de abril se contó con el mayor número de sensibilizados: 246 hombre y 227 mujeres para un total de 477 personas; en mayo se contó con 76 hombres y 80 mujeres sensibilizados, para un total en todos los meses de 905 personas. En cuanto los donantes efectivos, en el mes de febrero se contó con 32 personas; marzo 81 personas, abril 161 personas y mayo 48 personas, para un total de 322 donantes efectivos.

Conclusiones

La población donante según las estadísticas requiere de un espacio de sensibilización para convertirse en un donante efectivo. Es importante utilizar diferentes estrategias y métodos para educar y sensibilizar sobre la donación de sangre.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Pautas para la Organización de un servicio de trasfusión de sangre*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Fortalecimiento de los Bancos de Sangre en la región de las Américas*. Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/doc551.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (1999). Reunión de consulta sobre regulación de equipos y dispositivos médicos. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16599s/s16599s.pdf>
- Pardo, C. y Cedeño, M. (1997). *Investigación en salud: factores sociales*. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill Interamericana S.A.
- Vásquez, M., Ibarra, P. y Maldonado, M. (2007). Conocimientos y actitudes hacia la donación de sangre en una población universitaria de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), 323-328.

El cuento como estrategia de humanización “Narraciones que sanan”

Crisly Maricela Gómez Legarda¹
Sandra Delgado Molina

Resumen

Como un proyecto de aula en el curso electivo denominado ‘Arte y Cuidado’, se ha tenido la posibilidad de conocer y experimentar diferentes tipos de terapias centradas en el cuidado a personas o pacientes, de una manera alternativa y artística. Todo lo anterior no sería posible sin la comunicación activa con dichos pacientes; es por esto, que una de las principales terapias de gran importancia que se ha realizado, es la terapia narrativa, en la cual se hace presente la escucha activa para conocer y comprender de mejor manera la vida y los problemas de las personas a las que se está atendiendo y el arte de ver más allá de lo que están narrando los pacientes, entrando en lo más profundo de su sentir y su querer, sus dolores y las preocupaciones que los aquejan. Por esta razón, se ha dado la oportunidad de asistir al Hospital Universitario Departamental de Nariño y llevar a cabo entrevistas con algunos de los pacientes, estableciendo un diálogo cordial, más allá de su situación médica u hospitalaria, tratando de llegar a la vida y al corazón de los pacientes, haciendo que contaran lo que les estaba aquejando a sus corazones en ese momento. Sin embargo, para respetar su privacidad y dejar volar la imaginación de los estudiantes, estas historias tan singulares y enriquecedoras han sido convertidas y modificadas con un toque creativo y narrativo. Durante el semestre se obtiene como producto, 30 cuentos que transforman la historia de una persona, en una fantasía con un final feliz.

Palabras clave: cuentos, cuidado, escucha terapéutica, arte.

Introducción

La creación de historias a partir de los dilemas humanos reales permitió un abordaje creativo de los casos clínicos. Esta técnica alimentó no solo los aprendizajes, sino también el alma de los estudiantes. Para la creación de las historias se realizó una visita al Hospital Universitario Departamental de Nariño, en la cual se escuchó a un paciente. Ésta era un escucha activa, que tenía un propósito de ser; posteriormente, la historia contada por el paciente fue convertida en un cuento o una fábula.

¹ Enfermera, Magíster en Educación desde la diversidad, Psicóloga, con formación en Acupuntura China y Medicina tradicional. Docente asistente Programa de Enfermería, Coordinadora Relación Docencia Servicio, Docente programa de Enfermería y Nutrición. Correo electrónico: crgomezumariana.edu.co

Ponencia oral

Desarrollo de la Experiencia

Según Payne (2002), la terapia narrativa se centra en aquello que está fuera de lo común, dado que dentro de lo atípico se encuentran las historias que han marcado la vida, la manera de percibir las cosas. Por ende, al interior de una historia que no encaja dentro de los parámetros de lo típico y común, puede que esté lo que se quiere encontrar, y de esta manera, intervenir.

La terapia narrativa se centra en lo atípico: esto es, en lo que la persona ve como atípico. Nos mueve a examinar lo atípico minuciosamente, porque por medio de lo poco común, las personas pueden escapar de las historias que determinan sus percepciones y, por lo tanto, sus vidas (Payne, 2002).

Por ello, con los estudiantes que cursan Arte y cuidado se logró que comprendieran la terapia narrativa como una alternativa de cuidado, y que cada persona posee una identidad que la caracteriza, y mediante la terapia narrativa se puede conocer cuál es esa identidad y cuáles son los problemas que afectan a la persona. De esta manera, por medio de la interacción con otro, saca a flote lo que está viviendo mediante la palabra.

Se puede afirmar que, mediante las narraciones es posible conocer el porqué de una situación y lo que se está sintiendo, siendo la base para poder determinar cómo se trabajará con determinada persona, entendiendo que es un proceso totalmente subjetivo, puesto que cada persona es un mundo diferente. “Con ‘narrativa’, nos estamos refiriendo a que las historias son una parte central para la comprensión de la forma de trabajar” (Chimpén, 2012, p. 5).

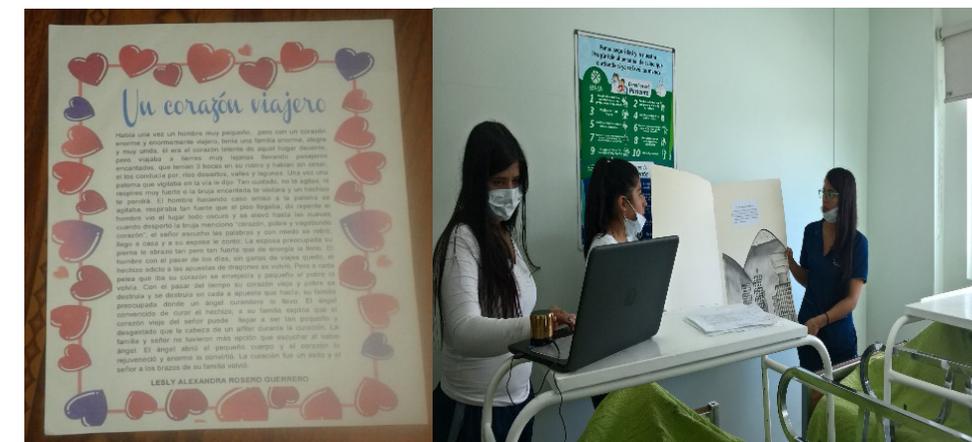
Las historias dan forma a la vida e impulsan o impiden la realización de ciertos actos. Esto es lo que llamamos los efectos de la historia dominante. Vivimos varias historias a la vez y que no podemos explicar nuestra vida sólo desde un punto de vista, por eso consideramos que los seres humanos tenemos vidas con historias múltiples. (Chimpén, 2012, p. 9).

De esta manera, el objetivo general de esta experiencia es: Reconocer el cuento como una estrategia de humanización con el paciente, a partir de su historia real, utilizando la terapia narrativa. Los objetivos específicos: Identificar la terapia narrativa en una serie de narraciones extraídas de historias de vida de pacientes internados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño; Interpretar la terapia narrativa en el análisis y desarrollo de un ejercicio creativo construido con los estudiantes del área de la salud; Construir historias de tipo cuento a partir de las historias reales.

Identificar la terapia narrativa en una serie de narraciones extraídas de historias de vida de pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño y transformar un momento de su hospitalización en un espacio artístico al escuchar su propia historia, con un final de cuento, además de reflexionar sobre los beneficios de la terapia narrativa en el campo de acción terapéutico.

Resultados

De la experiencia se obtiene la creación de 30 cuentos que son creaciones artísticas de hechos reales de los pacientes, con previo consentimiento informado. La construcción se hace entre estudiantes y docentes del curso.



Conclusiones

Esta experiencia fue bastante enriquecedora, dado que, al tratarse de un contacto más cercano con los pacientes, se generó un desafío alejarse de lo hospitalario y lograr llegar a su corazón para que nos contasen sus historias; sin embargo, a pesar de esto, el objetivo se logró y permitió sentir un poco más de cerca las situaciones por las que están pasando y lograr una conexión con ellos.

Por otra parte, el transformar las historias un poco tristes de los pacientes en narraciones mágicas, fue de igual manera sumamente enriquecedor, puesto que se puso a volar nuestra imaginación y se pudo observar estas trágicas historias desde otro punto de vista.

Se logró el objetivo de aprender una nueva técnica de cuidado para los estudiantes hacia los pacientes, y la importancia de la escucha activa y de la comprensión de la vida y de las situaciones con las que vienen dichos pacientes, más allá de sus dolencias físicas.

Bibliografía

Chimpén, C. (2012). *Terapia Narrativa*. I Encuentro De AETEN. Recuperado de http://www.aeten.es/media-pool/103/1038089/data/Presentacion_Terapia_Narrativa.pdf

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una Introducción Para Profesionales*. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.

Caracterización y carga de cuidadores y pacientes con enfermedades crónicas

Karina Gallardo Solarte¹
Vilma Tamara Ortiz Nievas²

Resumen

El proyecto es de gran relevancia para el paciente y el cuidador familiar, ya que se pretende generar cambios profundos en sus vidas y modificar la habilidad de cuidado, mediante instrucción, acompañamiento y seguimiento. **Objetivos:** Caracterizar a personas con Diabetes y/o Hipertensión, a los cuidadores familiares y determinar la carga. **Métodos:** Estudio experimental tipo ensayo clínico aleatorizado, con la finalidad de probar el efecto que tiene la intervención del plan de egreso hospitalario a un grupo de pacientes con HTA y Diabetes mellitus II (grupo experimental), frente a otro grupo de pacientes con las mismas patologías quienes recibieron la intervención convencional de las instituciones involucradas (grupo control). **Resultados:** la variabilidad de las edades de pacientes fue similar entre los diagnósticos médicos; existe mayor edad promedio en pacientes hipertensos. En general los pacientes fueron mujeres, con edades que pasaban los 65 años de edad, residentes en la zona urbana. Al evaluar los cuidadores se encontró que la mayoría fueron mujeres entre los 30 y 44 años, residentes en la zona urbana, casados(as). **Conclusiones:** respecto a las variables sociodemográficas que más causan carga intensa en el cuidador, fueron: el lugar de procedencia, la escolaridad técnica y edades mayores a 45 años.

Palabras clave: cuidador familiar, plan de egreso, paciente crónico.

Characterization and burden of caregivers and patients with chronic diseases

The project is relevant both for the patient and for the family caregiver insofar as it is intended to generate profound changes in their lives and modify the ability to care, providing instruction, support and follow-up. **Objectives:** Characterize people with Diabetes and / or Hypertension and family caregivers and determine burden. **Methods:** Experimental study type randomized clinical trial, with the purpose of testing the effect of the hospital discharge plan intervention on a group of patients with hypertension and Diabetes mellitus II (experimental group), compared to another group of patients with the same pathologies, who received the conventional intervention of the institutions involved (control group). **Results:** The variability of the ages of patients was similar among the medical diagnoses; there is a higher average age in hypertensive patients. In general, patients were women, with ages over 65 years,

¹ Magíster en Enfermería. Docente asociado, Universidad Mariana. Correo electrónico: karinagallardosolarte@gmail.com

² Magíster en Enfermería, Especialista en Enfermería Perinatal, Especialista en Docencia Universitaria, Enfermera. Docente investigadora Programa de enfermería Universidad Mariana. San Juan de Pasto (Colombia). Correo electrónico: Tabata269@gmail.com

Ponencia oral

residents in the urban area. When evaluating caregivers it was found that the majority were women, between 30 and 44 years old, residents in the urban area, married. **Conclusions:** regarding the sociodemographic variables that cause the greatest burden in the caregiver, there were place of origin, technical education, and ages over 45 years.

Key words: family caregiver, discharge plan, chronic patient.

Introducción

“La enfermedad crónica (EC) es un problema mundial que afecta de manera especial a los países en desarrollo” (Barreto, Coral, Campos, Gallardo y Ortiz, 2015, p. 256) y Colombia no es una excepción. El país muestra una tendencia de incremento sostenido de la EC. (Barrera, Sánchez y Carrillo, 2013). Estas enfermedades son una problemática que ha ido en aumento año tras año y con ello la aparición del cuidador familiar, quien deberá estar cuidando a su ser querido, para lo cual requiere ser capacitado y así contribuir al restablecimiento y evitar reingresos de la persona enferma. Los cuidados a personas dependientes por razones de salud se realizan en el interior de los hogares y son de carácter no remunerado. (Rogerio, 2010.). De esta manera, el proyecto es de gran relevancia, tanto para el paciente como para el cuidador familiar, en la medida se pretende generar cambios profundos en sus vidas y modificar la habilidad de cuidado, a través de instrucción, acompañamiento y seguimiento que contribuyan a un mejor cuidado de su salud, a fortalecer sus habilidades e incluso su propia capacidad de cuidarse.

Objetivos

- Caracterizar a las personas con Diabetes y/o Hipertensión y los cuidadores familiares.
- Determinar la carga de los cuidadores con enfermedad crónica no transmisible.

Materiales y Métodos

Estudio experimental, tipo ensayo clínico aleatorizado, con la finalidad de probar el efecto que tiene la intervención del plan de egreso hospitalario a un grupo de pacientes con HTA y Diabetes mellitus II (grupo experimental), frente a otro grupo de pacientes con las mismas patologías quienes recibieron la intervención convencional de las instituciones involucradas (grupo control).

Población

Tanto cuidadores como pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión y/o diabetes mellitus II que hayan sido hospitalizados entre enero y marzo de 2016 en las dos instituciones del segundo y tercer nivel del municipio, con residencia en el municipio de Pasto.

Muestra

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado según capítulo de enfermedad de base, periodo de la enfermedad y tipo de complicación en órgano blanco. La muestra fue calculada con un error estándar del 6 % y una prevalencia

(p) del 22 % correspondiente a hipertensión (hipertensión Pasto), por brindar el mayor tamaño muestral y un nivel de confianza del 95 % y un aumento del 10 % por deserción en el estudio (n=125 pacientes).

La selección de la muestra

La muestra fue asignada proporcionalmente según volumen de hospitalización de cada una de las dos instituciones de salud vinculadas al estudio; adicionalmente, la selección de las unidades muestrales se realizó los días lunes, jueves, sábado y domingo en el horario de la mañana por medio del listado de pacientes hospitalizados.

Grupo experimental

El tiempo que participó en el estudio fue en tres momentos: una en la medición inicial, otra en las sesiones de intervención y la última en la medición final.

Grupo control

El tiempo que participó en el estudio fue en dos momentos: una en la medición inicial y otra en la medición final.

Procedimientos a los cuales están sometidos los grupos

Grupo Experimental: Se realizó el diligenciamiento de los instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos, tanto en el inicio como al final y recibieron las intervenciones educativas planteadas para tal fin, las cuales duraron tres meses.

Grupo Control: Se realizó el diligenciamiento de los instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos al inicio y al final.

Técnica e Instrumentos de Recolección de la Información

Caracterización de la Diada Cuidador

Persona con enfermedad Crónica GCPC-UN-D©: Instrumento propuesto por el Grupo de Cuidado al Paciente crónico y su familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Cuenta con 12 ítems que exploran aspectos sociodemográficos del paciente y del cuidador, aspectos asociados al tiempo de la enfermedad crónica, el número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida, perfil PULSES del paciente que mide el grado de funcionalidad, estado mental del paciente (Prueba Test SPMSQ).

ZARIT

Instrumento para medir la carga que tiene el cuidador, consta de 22 preguntas donde sus respuestas van en puntuación desde 1 nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 bastantes veces y 5 casi siempre. La sumatoria de las puntuaciones permite clasificar al cuidador como no sobrecarga (puntuaciones menores de 46), sobre carga leve (de 47 a 55 puntos) y sobrecarga intensa (mayor a 56 puntos).

Resultados

Edad de los pacientes con ECNT

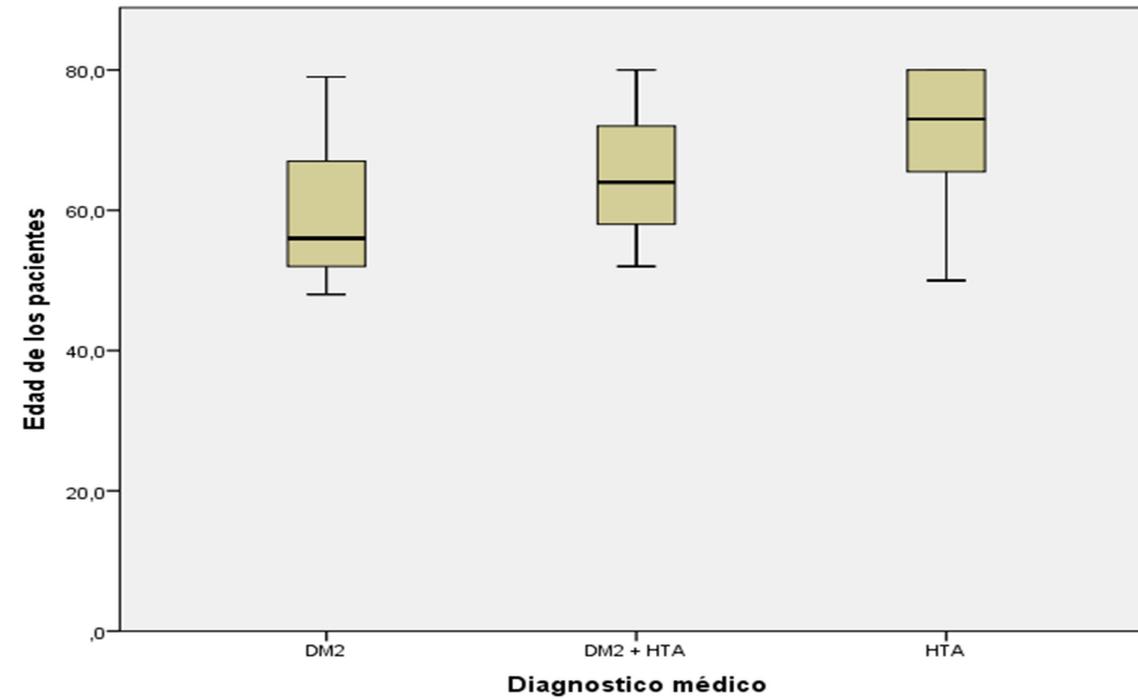


Figura 1. Diagrama de cajas de la edad de los pacientes según el diagnóstico médico.

Fuente: Esta investigación

La variabilidad de las edades de los pacientes captados en hospitalización fue similar entre los diagnósticos médicos, sin embargo, el nivel o el promedio de la edad presentó cambios de acuerdo a los diagnósticos, siendo mayor la edad promedio en los pacientes solo hipertensos; en segundo lugar estuvieron los pacientes con diabetes e hipertensión y por último los pacientes que solo tenían diabetes, quienes fueron los más jóvenes. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de cuidadores y pacientes con ECNT

Características clínicas y sociodemográficas	Pacientes		Cuidadores		
	%	n	%		
N					
Institución	CLINICA FATIMA	38	30,2 %	38	30,2 %
	HUDN	88	69,8 %	88	69,8 %

Dx Médico	DM2	21	16,7 %	-	-
	HTA	80	63,5 %	-	-
	DM2 + HTA	25	19,8 %	-	-
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	25	19,8 %	-	-
	5 a 9 años	31	24,6 %	-	-
	10 o más años	70	55,6 %	-	-
Género	Femenino	83	65,9 %	90	71,4 %
	Masculino	43	34,1 %	36	28,6 %
Grupo de edad	18 a 29	0	0 %	16	12,7 %
	30 a 44	0	0 %	48	38,1 %
	45 a 54	21	0 %	27	21,4 %
	55 a 64	24	35,7 %	20	15,9 %
	65 y más	81	64,3 %	15	11,9 %
Lugar de residencia	Rural	24	19,0 %	22	17,5 %
	Urbano	102	81,0 %	104	82,5 %
Estado civil	Casado-unión libre	63	50,0 %	78	61,9 %
	Separado-viudo	38	30,2 %	39	31,0 %
	Soltero(a)	25	19,8 %	9	7,1 %
	Empleado(a)	7	5,6 %	27	21,4 %
Ocupación	Estudiante			3	2,4 %
	Hogar	79	62,7 %	40	31,7 %
	Otros	31	24,6 %	22	17,5 %
	Independiente	9	7,1 %	34	27,0 %
	Ninguno	14	11,1 %	3	2,4 %
Nivel de escolaridad	Primaria	84	66,7 %	47	37,3 %
	Bachillerato	20	15,9 %	45	35,7 %
	Técnico	3	2,4 %	10	7,9 %
	Universitario	5	4,0 %	21	16,7 %

Estrato	1 y 2	109	86,5 %	104	82,5 %
	3 a 5	17	13,5 %	22	17,5 %
Total		126		126	100 %

Siete de cada diez pacientes fueron captados en hospitalización del Hospital Universitario Departamental de Nariño, el resto en la clínica Fátima, entre los pacientes la mayoría refirió tener hipertensión arterial como enfermedad de base o precursora de la complicación, la cual afectó más del 80% de los pacientes; más de la mitad reportó que llevaban con la enfermedad un tiempo superior a los 10 años. En general, la mayoría de los pacientes captados fueron mujeres, con edades que pasaban los 65 años de edad, residentes en la zona urbana, casadas o en unión libre, dedicadas a labores del hogar, con nivel educativo de básica primaria y de estratos 1 y 2, al evaluar los cuidadores se evidenció que la mayoría eran mujeres, entre los 30 y 44 años, residentes en la zona urbana, casados(as) o en unión libre, dedicados(as) a labores del hogar, con nivel educativo de básica primaria o secundaria y de los estratos 1 y 2. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. *Percepción de carga de cuidadores*

Percepción de carga	Pacientes		Percepción de carga	Cuidadores	
	n	%		N	%
Tiene un único cuidador	No	48 38,1%	No	53 42,1%	
	Sí	78 61,9%	Sí	73 57,9%	
Horas diarias de cuidado	1 a 4	34 27,0%	1 a 4	35 27,8%	
	5 a 12	41 32,5%	5 a 12	49 38,9%	
	13 o más	51 40,5%	13 o más	42 33,3%	

Persona que lo cuida	Cuida al paciente desde su diagnóstico		No	
	n	%	n	%
Amigo(a)	3	2,4%	69	54,8%
Esposo(a)	27	21,4%	57	45,2%
Hijo(a)	69	54,8%		
Madre/padre	1	0,8%		
Otro	26	20,6%		
Se percibe como una carga	Baja	20 15,9%	No Sobrecarga	25 19,8%
	Moderada	33 26,2%	Sobrecarga leve	66 52,4%
	Alta	42 33,3%	Sobrecarga intensa	35 27,8%
	Muy alta	31 24,6%		
Total	126	100,0%	Total	126 100%

Al evaluar el deterioro cognitivo de los pacientes se observó que el 10,3 % (13) de estos tenía un deterioro entre moderado y alto; el nivel de deterioro fue más prevalente en los hipertensos que llevan entre 5 y 9 años con la enfermedad, en mujeres, en personas entre 65 y 74 años, residentes en la zona urbana, en personas separadas o viudas, pacientes que se dedicaban a labores del hogar, de menor nivel educativo (ninguno o primaria) y de estratos 1 y 2, sin embargo, al realizar la prueba de chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher donde fue necesario frecuencias observadas menores a 5 se encontró que solo hubo una relación significativa del deterioro cognitivo frente al grupo de edad. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. *Único cuidador frente a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes*

Características sociodemográficas y clínicas	Tiene un único cuidador				p valor (Chi cuadrado o Exacta de Fisher)
	No		Sí		
	n	%	n	%	

Diagnostico medico	DM2	7	33,3 %	14	66,7 %	0,183
	DM2 + HTA	6	24,0 %	19	76,0 %	
	HTA	35	43,8 %	45	56,3 %	
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	7	28,0 %	18	72,0 %	0,418
	10 o más años	27	38,6 %	43	61,4 %	
	5 a 9 años	14	45,2 %	17	54,8 %	
Género	Femenino	31	37,3 %	52	62,7 %	0,81
	Masculino	17	39,5 %	26	60,5 %	
Grupo de edad	45 a 64	15	33,3 %	30	66,7 %	0,411
	65 a 74	33	40,7 %	48	59,3 %	
Lugar de residencia	Rural	7	29,2 %	17	70,8 %	0,316
	Urbano	41	40,2 %	61	59,8 %	
Estado civil	Casado-unión libre	28	44,4 %	35	55,6 %	0,101
	Separado-viudo	15	39,5 %	23	60,5 %	
	Soltero(a)	5	20,0 %	20	80,0 %	
Ocupación	Empleado(a)	1	14,3 %	6	85,7 %	0,314
	Hogar	34	43,0 %	45	57,0 %	
	Otros	11	35,5 %	20	64,5 %	
	Trabajo independiente	2	22,2 %	7	77,8 %	
Nivel de escolaridad	Bachillerato	8	40,0 %	12	60,0 %	0,828
	Ninguno	4	28,6 %	10	71,4 %	
	Primaria	34	40,5 %	50	59,5 %	
	Técnico	1	33,3 %	2	66,7 %	
	Universitario	1	20,0 %	4	80,0 %	

Estrato socioeconómico	1 y 2	45	41,3 %	64	58,7 %	0,061
	3 a 5	3	17,6 %	14	82,4 %	
Total		48	38,1 %	78	61,9 %	

La mayoría de los pacientes, equivalente dos terceras partes (61,9 %) refirieron tener un único cuidador, cuatro de cada diez requieren 13 horas o más para su cuidado, el cuidador más frecuente fue el hijo, seguido por el esposo(a) y cerca del 60 % de los pacientes se perciben como una carga alta o muy alta. El 38,1 % de los pacientes requiere más de un cuidador, esta condición fue más prevalente en pacientes con hipertensión, con una evolución de la enfermedad entre los 5 y 9 años, en los hombres, en las personas de 65 a 74 años, población de la zona urbana, casados o en unión libre, personas cuya ocupación son las labores del hogar, de primaria y bachillerato y de estratos 1 y 2, sin embargo, al realizar la prueba de chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher donde fue necesario frecuencias observadas menores a 5, no se encontró una relación significativa entre tener un único cuidador y los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. *Percepción de carga como paciente frente a las características sociodemográficas y clínicas, Pasto 2017*

Características sociodemográficas y clínicas	Percepción de carga como paciente				p valor (Chi cuadrado ó Exacta de Fisher)	
	Alta a muy alta		Baja a moderada			
	n	%	n	%		
Diagnostico medico	DM2	13	61,9 %	8	38,1 %	0,525
	DM2 + HTA	12	48,0 %	13	52,0 %	
	HTA	48	60,0 %	32	40,0 %	
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	15	60,0 %	10	40,0 %	0,459
	5 a 9 años	15	48,4 %	16	51,6 %	
	10 o más años	43	61,4 %	27	38,6 %	
Género	Femenino	48	57,8 %	35	42,2 %	0,973
	Masculino	25	58,1 %	18	41,9 %	
Grupo de edad	45 a 64	22	48,9 %	23	51,1 %	0,125
	65 a 74	51	63,0 %	30	37,0 %	

Lugar de residencia	Rural	15	62,5 %	9	37,5 %	0,615
	Urbano	58	56,9 %	44	43,1 %	
Estado civil	Casado-unión libre	36	57,1 %	27	42,9 %	0,669
	Separado-viudo	24	63,2 %	14	36,8 %	
	Soltero(a)	13	52,0 %	12	48,0 %	
Ocupación	Empleado(a)	3	42,9 %	4	57,1 %	0,861
	Hogar	47	59,5 %	32	40,5 %	
	Otros	18	58,1 %	13	41,9 %	
	Trabajo independiente	5	55,6 %	4	44,4 %	
	Ninguno	7	50,0 %	7	50,0 %	
Nivel de escolaridad	Primaria	57	67,9 %	27	32,1 %	0,010
	Bachillerato	6	30,0 %	14	70,0 %	
	Técnico	2	66,7 %	1	33,3 %	
	Universitario	1	20,0 %	4	80,0 %	
Estrato socioeconómico	1 y 2	66	60,6 %	43	39,4 %	0,132
	3 a 5	7	41,2 %	10	58,8 %	
Total		73	57,9 %	53	42,1 %	

El 57,9 % de los pacientes percibe que es una carga entre alta y muy alta, esta percepción fue más prevalente en pacientes con diabetes mellitus, con una evolución de la enfermedad mayor a diez años, en las personas de 65 a 74 años, población de la zona rural, personas separadas o viudas, personas cuya ocupación son las labores del hogar, con nivel educativo de primaria, de estratos 1 y 2 y similar según sexo, sin embargo al realizar la prueba de chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher, donde fue necesario frecuencias observadas menores a 5, solo se encontró una relación significativa entre la percepción de carga como paciente frente al nivel educativo. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas del cuidador versus sobrecarga de cuidado

Características sociodemográficas	Sobrecarga				p valor (Chi cuadrado ó Exacta de Fisher)
	Intensa		Nula a leve		
	n	%	n	%	

Género	Femenino	25	27,8 %	65	72,2 %	1,000
	Masculino	10	27,8 %	26	72,2 %	
Grupo de edad	18 a 44	13	20,3 %	51	79,7 %	0,057
	45 y más	22	35,5 %	40	64,5 %	
Lugar de residencia	Rural	6	27,3 %	16	72,7 %	0,954
	Urbano	29	27,9 %	75	72,1 %	
Estado civil	Casado(a)	15	29,4 %	36	70,6 %	0,744
	Separado(a)	0	0,0 %	5	100,0 %	
	soltero(a)	0	0,0 %	1	100,0 %	
	Soltero(a)	12	31,6 %	26	68,4 %	
	Unión libre	7	25,9 %	20	74,1 %	
	Viudo(a)	1	25,0 %	3	75,0 %	
Ocupación	Empleado(a)	9	33,3 %	18	66,7 %	0,051
	Estudiante	0	0,0 %	3	100,0 %	
	Hogar	12	30,0 %	28	70,0 %	
	Otros	10	45,5 %	12	54,5 %	
	Trabajo independiente	4	11,8 %	30	88,2 %	
	Bachillerato	10	22,2 %	35	77,8 %	
Escolaridad	Ninguno	1	33,3 %	2	66,7 %	0,524
	Primaria	13	27,7 %	34	72,3 %	
	Profesional	6	28,6 %	15	71,4 %	
	Técnico	5	50,0 %	5	50,0 %	
Estrato socioeconómico	1 y 2	28	26,9 %	76	73,1 %	0,641
	3 a 5	7	31,8 %	15	68,2 %	
Total		35	27,8 %	91	72,2 %	

El 27,8 % de los cuidadores reportó una sobrecarga intensa en el cuidado, siendo más prevalente en cuidadores mayores de 45 años, solteros, de otra ocupación, de nivel educativo técnico, de mayor estrato socioeconómico y

similar según zona de residencia y sexo, al realizar la prueba de chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher, donde fue necesario frecuencias observadas menores a 5, no se encontraron relaciones significativas entre la sobrecarga como cuidador frente a los factores sociodemográficos.

Discusión

Al valorar la percepción de los pacientes como nivel de carga se evidencia, frente a otros estudios que han trabajado sobre cuidadores y pacientes crónicos, en el presente estudio que sobrepasa alrededor de un 30 % la prevalencia de percepción del paciente como carga alta para su(s) cuidadores (Barrera, Campos, Gallardo, Coral y Hernández, 2016; Angarita, 2011.). La diferencia en la percepción tan alta del presente estudio se debe a dos factores: que la población además de tener una enfermedad crónica de base, tiene una complicación en órgano blanco y en promedio es mayor a la de los estudios comparados.

Carrillo, Sánchez y Vargas (2016) en su investigación identificaron que 58,6 % de los cuidadores presenta un alto nivel de competencia para cuidar en el hogar, mientras el 41,4 % no cuenta con un nivel óptimo; resultados que coinciden con este estudio. Por otro lado, el segundo grupo de la investigación citada referencia que el 26,1 % tiene un nivel medio y el 15,3 % un nivel bajo. Las dimensiones de unicidad condiciones personales y disfrute de condiciones mínimas para el cuidado bienestar reportan los niveles más bajos.

En otro estudio realizado en España, en cuanto al nivel de sobrecarga en cuidadoras informales, afirma que en un 76,8 % presento ausencia de sobrecarga, mientras que un 9,3 % sobrecarga ligera y un 13,9 % sobrecarga intensa. Contrastando los resultados existe mayor sobrecarga en los resultados expuestos en la investigación de España (Eterovic, Mendoza y Sáez, 2015).

Conclusiones

Respecto a las variables sociodemográficas que más causan carga intensa en el cuidador son: el lugar de procedencia urbana, escolaridad técnico, edades mayores de 45 años, estado civil soltero y ocupación empleado. En mayores porcentajes, el único cuidador lo hace de 5 a 12 horas y 35 cuidadores presentan sobrecarga intensa por el cuidado que ofrece.

Referencias

- Angarita, O. (2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan*, 11(3), 274-286.
- Barrera, L., Campos, M., Gallardo, k., Coral, R. y Hernández, A. (2016). Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macroregiones geograficas de colombia. *Revista Universidad y salud*, 18(1), 102-112.

Barrera, L., Sánchez, B. y Carrillo, G. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 39-47.

Barreto, R., Coral, R., Campos, M., Gallardo, K., y Ortiz, V. (2015). Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. *Salud Uninorte*, 31(2), 255-265.

Carrillo, G., Sánchez, B., Vargas E. (2016). Desarrollo y pruebas psicométricas del instrumento "cuidar" - versión corta para medir la competencia del cuidado en el hogar. *Revista Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 222-231. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016007>

Eterovic, C., Mendoza, S. y Sáez, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(38), 235-248. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>

Rogero, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.

Cuidado de enfermería humanizado en morbilidad materna extrema, elemento clave para la salud sexual y reproductiva¹

Lydia Esperanza Miranda Gámez²

Tania Judith Quiroz Buchely³

María Cristina Coral Ibarra⁴

Lizeth Coral Montenegro⁵

Resumen

La morbilidad materna extrema (MME) definida por la Organización Mundial de la Salud (2012) como la complicación obstétrica severa que conduce a la muerte de una madre, y que ha llevado a crear estrategias de intervención, para impactar sobre la tasa de mortalidad materna (MM), en las que el papel de la enfermera es relevante. **Objetivo:** Determinar el cuidado de enfermería en la fase de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en mujeres con Morbilidad Materna Extrema -MME- del segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto, 2015. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, muestreo probabilístico aleatorio simple. 53 mujeres con MME hospitalizadas en dos IPS de segundo y tercer nivel fueron encuestadas. **Resultados:** el 88,5 % de mujeres afirmaron que la enfermera, durante la atención en el embarazo, verificó que se contara con el apoyo de un familiar y al 45 % les realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud. **Conclusión:** las mujeres en gestación se encuentran en riesgo de desarrollar alguna alteración que amenace su vida y la de su hijo. El brindar cuidado de enfermería integral, diferencial y humanizado en el que se destaquen las competencias cognitivas y psicosociales, contribuye a superar barreras para lograr oportunidad de decisión y acción en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: cuidado de enfermería, embarazo, mortalidad materna.

¹ Ponencia que presenta los resultados finales del Cuidado de Enfermería en la fase de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención, en mujeres con Morbilidad Materna Extrema -MME- del segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto, 2015. Estos resultados hacen parte de la investigación titulada Cuidado de Enfermería en el proceso de atención preconcepcional, gestación, trabajo de parto, parto y puerperio en mujeres con morbilidad materna extrema (MME) en dos IPS de segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto, 2015.

² Magíster en Enfermería con énfasis en atención. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: lmiranda@umariana.edu.co

³ Hospital Infantil Los Ángeles. Servicio Hospitalización, Pasto, Colombia. Correo electrónico: taniajudith26@hotmail.com

⁴ Ejército Nacional. Servicio Consulta externa y Urgencias. Grupo Mecanizado de caballería No. 3 General José María Caba, Ipiales, Colombia. Correo electrónico: maricris1030@yahoo.es

⁵ Fundación Hospital San Pedro. UCI Adultos, Pasto, Colombia. Correo electrónico: enfkaterincoral07@hotmail.com

Ponencia oral

Humanized nursing care in extreme maternal morbidity, key element for sexual and reproductive health

Abstract

Extreme maternal morbidity (EMM) is defined by the World Health Organization (WHO) as the severe obstetric complication that leads to the death of a mother. This has led to the creation of intervention strategies to impact on the maternal mortality rate (MM), which is why the role of the nurse is relevant. **Objective:** To determine the nursing care in the decision and action opportunity phase in the care process, in women with EMM of second and third level of health care, of the municipality of Pasto, 2015. **Methodology:** quantitative, cross-sectional descriptive study, simple random probabilistic sampling; 53 women with EMM hospitalized in two second and third level Institutional Health Service Providers were surveyed. **Results:** 88.5 % of the women stated that during the care in pregnancy, the nurse verified that there was the support of a family member, and 45 % were made some intervention to resolve a negative experience in the health service. **Conclusion:** women in gestation are at risk of developing some alteration that threatens their life and their child's. Providing comprehensive, differential and humanized nursing care, in which cognitive and psychosocial competencies stand out, contributes to overcoming barriers to achieve decision and action opportunities in access to sexual and reproductive health services.

Key words: nursing care, pregnancy, maternal mortality.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En 2013 murieron 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Un 99 % de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad al África Subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional y la mayoría de ellas podrían haberse evitado; esto es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; (...). Entre 2008 y 2011, el indicador osciló entre 60,7 y 71,6 marcando un incremento no significativo (...). Posteriormente entre 2011 y 2014. (...) se produjeron 15,1 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos que en 2011. (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016, pp. 56-57).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados para prevenirla, el país ocupa el cuarto lugar en Latinoamérica después de países como Bolivia, Ecuador y Paraguay y es una tasa de mortalidad alta en comparación con las de países como Chile y Uruguay, en los que se presentan menos de 30 muertes por 100.000 nacidos vivos (Profamilia, 2010).

Es así como, la reducción de la MM se ha convertido en uno de los grandes retos de salud en el mundo, lo cual conlleva a incluirla como uno de los ocho objetivos del Milenio –ODM–, adoptados por la comunidad internacional

en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas -ONU-, celebrada en 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes, sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5 %, por ello fue aprobada en la ONU la nueva agenda mundial para el desarrollo, que dio paso a los objetivos de Desarrollo Sostenible, que se aplicarán con el horizonte de 2030 (Naciones Unidas, 2015). Las agencias internacionales expertas en este tema, como la Organización Mundial de la Salud –OMS–, el Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA–, UNICEF, entre otras, han estudiado e implementado estrategias para lograr alcanzar este objetivo (Banco Mundial, 2006).

La MM en Colombia, como en el resto de países, está relacionada con la calidad de atención brindada a la mujer en su gestación e inclusive desde antes de quedar en embarazo, tal como lo contempla la salud preconcepcional. De esta manera, las estrategias de intervención han contemplado como punto de partida la definición de momentos críticos en el proceso de la atención materna, que llevan a barreras que generan retrasos a las mujeres para poder acceder a los servicios de salud, por lo cual el análisis de las causas de las muertes maternas se ha constituido en una herramienta para la planificación, evaluación y mejoramiento de éstos servicios, siendo un componente fundamental de la salud pública, por cuanto orienta la toma de decisiones alrededor del tema y apoya eficientemente el fortalecimiento de las políticas de prestación de servicios (Rodríguez, Ruíz y Jaime, 2011). En el marco de la Vigilancia epidemiológica de la MM, el análisis de las causas de las muertes maternas ha sido complementado con el análisis de las enfermedades que llevan a una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que ponen en riesgo la vida de la mujer, correspondiente a la Morbilidad Materna Extrema (MME), de tal forma que se puede:

Documentar y auditar este evento severo que es de mayor frecuencia que la mortalidad, identificado mediante criterios clínicos en hospitales de mediana y alta complejidad y evaluando las posibles fallas en el proceso de la atención de la gestante, impactando así la MM. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a, p. 11).

El análisis de la MME se considera actualmente el indicador de calidad de los cuidados maternos. La incorporación de este indicador a los reportes epidemiológicos y a los servicios obstétricos aportará nuevos conocimientos sobre una base científica del problema y permitirá de forma oportuna la toma de decisiones para la atención materna en el futuro. (Álvarez et al., 2011, p. 420).

Los estudios de Mazza, Vallejo, González, (2012); Álvarez et al., (2011) y Mariño y Vargas (2010) sobre la utilidad del análisis de la MM y de la MME han reportado que el papel del equipo de salud es relevante para lograr una atención oportuna y de calidad. Por su parte, Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante (2008) señalan que una óptima calidad de los servicios de salud se logra, si quienes realizan la asistencia a las personas y comunidades tienen conocimientos adecuados y actualizados, si los aplican correctamente y lo llevan a cabo con un enfoque holístico.

La atención en salud, especialmente en aquellos campos en los que la intervención está marcada por la atención primaria en salud, incluyendo las acciones de promoción, prevención y atención de bajo riesgo, es la esencia del quehacer profesional de la enfermería. En el campo de la salud sexual y reproductiva, la mayor parte de las intervenciones previstas y las más

frecuentes, corresponden a este nivel, y para ellas, la formación, las competencias y las aptitudes de las(os) profesionales de enfermería resultan idóneas. (Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b, p. 22).

Por consiguiente, la OMS hace un llamado a fortalecer el rol de profesionales de Enfermería en:

El contexto del sector salud colombiano y garantizar una ampliación de la cobertura de servicios para las mujeres en edad fértil y en los procesos de su vida reproductiva, con alta calidad de la atención y como contribución al logro de los objetivos de desarrollo del milenio y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana. (UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b, p. 17).

Ya que es relevante el actuar del equipo de salud, teniendo en cuenta que las enfermeras son elementos clave para lograr una atención de calidad a través del cuidado brindado es importante conocer el cuidado de enfermería en el proceso de atención preconcepcional, gestación, trabajo de parto, parto y puerperio, para poder establecer cómo se contribuye en el desafío de la actualidad concerniente a alcanzar con los objetivos del milenio, específicamente el de la reducción de la MM.

A partir del análisis de las MME con la metodología de “la ruta de la vida” o “análisis de las demoras” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; Instituto Nacional de Salud, 2014) se puede identificar en cada uno de los casos, las fases de retrasos o demoras asociadas a la ocurrencia de la MME (ver Figura 1), donde se identifica no sólo los determinantes biológicos y médicos, sino otros determinantes no médicos asociados con el evento final y las teorías del cuidado de enfermería de Swanson y Leininger que enmarcan los cuidados de enfermería propuestos en el Protocolo de Enfermería durante la etapa fértil, la gestación, el parto y el posparto (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Ministerio de Salud y Protección Social 2014b), teniendo en cuenta lo anterior se fundamenta el modelo teórico de la presente investigación. Las teorías del cuidado de enfermería de Swanson y Leininger tienen puntos de encuentro, las dos autoras consideran a la persona como un ser humano que es capaz de realizar un autocuidado y además preocuparse por las demás personas; estos cuidados se brindan según la cultura, según Leininger: con el apoyo o capacitación de las personas vulnerables, para mitigar o mejorar su situación; para Swanson: es una manera educativa de relacionarse con las personas que se siente aprecio, compromiso y responsabilidad (UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b). De esta manera, se plantea estudiar el cuidado de enfermería en el proceso de atención de la mujer en embarazo, en la etapa de oportunidad de decisión y la acción correspondiente al retraso tipo II del “análisis de las demoras”.

El retraso II corresponde a la demora en la oportunidad de decisión y la acción para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud. (Ortiz, Quintero, Mejía, Romero y Ospino, 2010, p. 22).

Para el estudio, el cuidado de enfermería se presenta como actividades que debería realizar éste profesional en la fase de retraso II, adaptados de los cuidados planteados en los Protocolos de Enfermería (UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b), que fueron elaborados a partir del Modelo de Cuidado Cultural y la Teoría de los postulados de Leininger y Swanson.

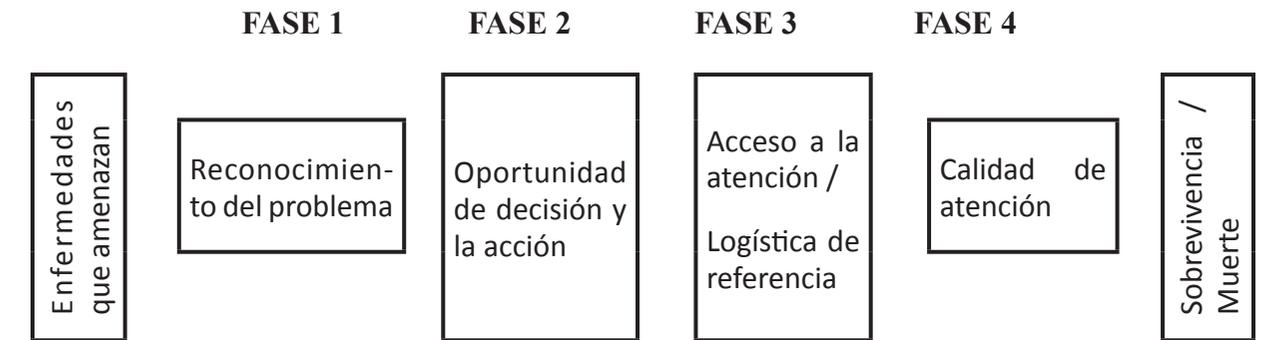


Figura 1. Ruta de la vida o análisis de las demoras.

Fuente. UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b.

Se buscó entonces determinar el cuidado de enfermería en la fase de oportunidad de decisión y la acción en mujeres con Morbilidad Materna Extrema –MME- del segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto, 2015

Materiales y métodos

El enfoque del estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo, con diseño transversal, se realizó durante los meses de julio a septiembre del año 2015. Con una población de 179 mujeres con diagnóstico de MME, se calculó una muestra de 53 mujeres con una precisión aceptable, representada por medio de un error estándar relativo al 5 %, una prevalencia del 95,1 % de gestantes, que recibieron información y educación por parte de enfermería (Arias, Bernal, González y Rivera, 2008) y un nivel de confiabilidad del 95 % utilizando la expresión de muestreo aleatorio simple para población finita.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{32,66}{0,618} = 52,6$$

$$n = 53$$

$$0,618$$

Con base en el cálculo muestral se encuestaron a las 53 mujeres con MME seleccionadas al azar, las cuales se encontraban hospitalizadas en dos IPS de Segundo y Tercer Nivel del municipio de Pasto, entre los meses de julio a septiembre del año 2015, y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión. Como criterio de inclusión se tuvo

en cuenta que fueran mujeres en embarazo, parto o puerperio clasificadas como MME por la ficha de tamizaje establecida por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y la Protección social que se encuentra adoptada en las Unidades de Notificación Obligatoria, para este caso las IPS de Segundo y Tercer Nivel; que se encontraran hospitalizadas en el servicio de Ginecobstetricia y Cuidados Intensivos y que dieron su autorización de participación en el estudio. Se excluyeron a las mujeres con MME hospitalizadas, que no se encontraban clínicamente estables y que tuvieran algún tipo de discapacidad que les impidiera dar información en el momento de la encuesta.

Para la recolección de información se utilizó el módulo 2 de la encuesta tipo cuestionario, que fue utilizada en la investigación titulada: *Cuidado de Enfermería en el proceso de atención preconcepcional, gestación, trabajo de parto, parto y puerperio en mujeres con morbilidad materna extrema (MME) en dos IPS de segundo y tercer nivel de atención en salud del municipio de Pasto, 2015*. Este módulo incluyó 5 ítems, los cuales permitieron verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por el personal de enfermería, al brindar cuidado en la fase de oportunidad de decisión y acción, para esto se adaptaron algunos indicadores planteados en los Protocolos de Enfermería (UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b), preguntas elaboradas con un abordaje del Modelo de Cuidado Cultural y la Teoría los postulados de Leinenger y Swason.

El instrumento fue sometido a validación de contenido y confiabilidad por revisión de expertos, se aplicó una prueba piloto a 30 mujeres que habían pasado por un evento de MME en una ESE de Segundo Nivel de un municipio diferente a Pasto y se evaluó la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach y la estabilidad temporal por medio del índice de Kappa, con una concordancia mayor a 0,7; por lo cual, se concluyó que el documento era válido. No hubo pérdidas de la muestra por condiciones de salud o por otro motivo.

Se realizó un análisis descriptivo univariado del total de las variables contempladas en la primera y en la segunda parte del módulo del cuestionario aplicado, se utilizó distribuciones de frecuencias presentadas en tablas y el programa complemento XLSTAT de Microsoft Excel®, posteriormente se crearon dos variables adicionales por medio de una escala con sistema de conteo, que brinda la calificación global del módulo. En el presente documento solo se presentan los resultados del análisis univariado de los resultados de la fase de oportunidad de decisión y acción.

El desarrollo de la investigación tuvo en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, vislumbradas en la Resolución No. 008430 de 1993 y principios éticos para investigación médica en seres humanos contempladas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, con el fin de que se asegure el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, respeto por la persona y justicia. El consentimiento informado permitió mantener la confidencialidad de la información.

Resultados y Discusión

Cuidado de enfermería en la fase de oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en el embarazo en mujeres con MME

En cuanto al cumplimiento de las actividades que realiza la enfermera en la fase de la oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención en el embarazo en mujeres con MME se encontró que el mayor porcentaje fue

de 88,5 %, en la actividad de verificación sobre si las mujeres contaron con el apoyo familiar durante el periodo de gestación, lo anterior se realizó entre ocho y nueve de cada diez mujeres (ver Tabla 1). El estudio *Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal* presentó en sus resultados que el 77,8 % de las gestantes manifestó que la enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados (Guzmán, 2013); en el estudio realizado por Bohórquez, Rosas, Pérez y Munevar (2009) se encontró que al 100 % de estas madres, las enfermeras les explico la importancia del apoyo familiar durante la gestación, signos de alarma y factores de riesgo de puerperio.

Estos porcentajes, por encima del 80 %, indica que las enfermeras que atendieron a las mujeres del estudio comprendieron el papel tan relevante que tiene la presencia de un familiar para el proceso del embarazo, que puede ser su pareja u otra persona significativa en su vida. El facilitar el acompañamiento de ésta persona es un factor protector que “aumenta el bienestar de la gestante, tiene influencia positiva en la satisfacción de la mujer con el proceso del parto y no interfiere con otros eventos e intervenciones o con el resultado neonatal o la lactancia” Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti y Carvalhinho (citado por UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b, p. 253)

Tabla 1. *Oportunidad de decisión y acción en el proceso de atención de las mujeres con morbilidad materna extrema, HDUN y FHSP Pasto 2015*

Variable	Sí	Parcialmente	No
La enfermera tuvo en cuenta sus creencias y costumbres al momento de la atención (n=49)	71,4%	0,0%	28,6%
La enfermera durante la atención en el embarazo, parto y posparto preguntó si contaba con apoyo familiar durante el periodo de gestación (n=52)	88,5%	0,0%	11,5%
La enfermera gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna durante el transcurso de la gestación (n=51)	72,5%	2,0%	25,5%
La enfermera durante la atención en el embarazo, parto y posparto realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud como maltrato, demora en la atención, inatención (n=44)	50,0%	4,6%	45,4%
La actuación de la enfermera ante una dificultad en el embarazo, parto o posparto fue adecuada (n=51)	64,7%	9,8%	25,5%

Fuente: esta investigación

El estudio encontró también que la enfermera tuvo en cuenta las creencias y costumbres de la materna para atenderla en su embarazo, parto y puerperio en un 71,4 %. Similar a estos resultados se encontró en el estudio de Nieto, Romero, Córdoba y Campos (2011), donde se entrevistaron a 380 mujeres embarazadas en su consulta prenatal en un Hospital de segundo nivel de atención, de estas pacientes se encontró que 37 % conoce el derecho a tener trato digno y de estas 142 maternas el 10 % fue la enfermera quien tuvo en cuenta este aspecto.

Otro estudio que tiene la misma tendencia en sus resultados es de Salazar (2014), que encuestó a 92 mujeres embarazadas en el año 2012, quienes refirieron que en un 89 % les fueron respetadas sus creencias. Un porcentaje de 28,6 % de las mujeres, que manifestaron que la enfermera no tuvo en cuenta sus creencias y costumbres en el momento de la atención, invitan al personal de enfermería, antes de imponer unas acciones y actividades a las mujeres gestantes, en parto o posparto, indagar y respetar las diferentes culturas y trabajar en paralelo con las creencias y costumbres de las gestantes, para brindar un cuidado de calidad, el cual requiere que “la enfermera se comprometa en la tarea de tratar de comprender el mundo del otro, su percepción, su óptica, adentrarse en su marco de valores, creencias, normas, costumbres, modos de vida y prioridades para fortalecer su conciencia y sensibilidad” (Hernández y Vásquez, 2015, p. 84).

Durante la gestación, las mujeres necesitan que una persona esté atenta a sus necesidades, a sus inquietudes, a sus sentimientos:

Es aquí cuando la enfermera dentro de un ambiente de respeto hacia las convicciones y creencias personales de las gestantes las orienta para fortalecer sus principios y sus valores los cuales se convertirán en la base sólida para asumir con responsabilidad el nuevo rol de madres. (Hernández y Vásquez, 2015, p. 88).

Lo anterior es coherente con el planteamiento del modelo de cuidado cultural de Leinenger y Swason (UNFPA y Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Los resultados también muestran que la enfermera gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna durante su embarazo con un porcentaje de 72,5 %, lo hizo parcialmente en un 2 % y aquella que no lo hizo en 25,5 %. Este resultado es similar al encontrado en el estudio realizado por Hernández y Vásquez (2015), donde las gestantes participantes refirieron que fueron tratadas con amabilidad y respeto, atendidas oportunamente y además fueron utilizados todos los recursos físicos y tecnológicos disponibles, atendidas con calidad; respondiendo a sus necesidades de atención en salud, por lo cual manifestaron que:

Se sienten satisfechas con la atención brindada por la institución y resaltan como importante la prioridad que les dan para ser atendidas en forma más rápida en el proceso de facturación, el cual en todas las instituciones de salud se ha convertido en un oneroso proceso que implica por parte de los usuarios hacer largas filas en las cajas para facturar o la asignación de citas. (Hernández y Vásquez, 2015, p. 90).

Aunque las gestantes en el presente estudio, manifestaron que la enfermera gestionó la búsqueda de atención en salud de forma oportuna, no obstante, se encuentra un porcentaje por encima del 25 % que no se realizó o se realiza parcialmente, lo que invita a continuar trabajando en estrategias que mejoren este aspecto, por cuanto que:

La atención oportuna y especializada durante la gestación (prenatal), el parto y el puerperio es un factor crucial en la prevención de las muertes maternas y de recién nacidos, por esto las prácticas seguras enfocadas a este aspecto se consideran de alto impacto. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f., p. 106).

Otro resultado sobre el cuidado de la enfermera durante la atención en el embarazo a considerar es el de si este profesional realizó alguna intervención para resolver una experiencia negativa en el servicio de salud, un 50 % afirmó

que sí se realizó y un 45,4 % opina que la enfermera no lo hizo. Estos resultados son diferentes a los encontrados en el estudio llevado a cabo por Guzmán (2013), con 54 mujeres gestantes inscritas en el programa de control prenatal del área de influencia en una IPS del régimen subsidiado, a quienes se les preguntó, si la enfermera se anticipa a sus necesidades para prevenir posibles alteraciones o complicaciones de su embarazo, a la cual afirmaron que lo hacían siempre, en un 77,8 %, y casi siempre, en un 16,7 %, para un total de 94,5 %.

Los resultados estimulan a tener en cuenta las conclusiones del estudio de Guzmán (2013), en cuanto a:

El conocimiento de la percepción del cuidado de enfermería referida por las gestantes permitirá a los profesionales de enfermería y gestores del cuidado, conocer aquellas conductas que deben fortalecerse o reorientarse para la satisfacción de necesidades de las usuarias con el fin de proveer calidad del cuidado de enfermería que apunte a la calidad institucional, dentro de un sistema de garantía de calidad. (pp. 12-13).

Con el fin de lograr un impacto positivo en el acceso de las mujeres en edad fértil, gestantes, mujeres en parto o puerperio a los servicios de salud sexual y reproductiva y así contribuir a la reducción de la morbilidad materna.

La Tabla 5 evidencia que, frente a la pregunta sobre la actuación de la enfermera ante una dificultad en el embarazo, parto o posparto, fue adecuada, el 64,7 % de las maternas responden que sí, el 9,8 % afirmó que lo hacía parcialmente y el 25,5 % que no lo realizó. Estos datos difieren con los encontrados en el estudio de Arias et al. (2008), en el cual reporta que las mujeres calificaron con un nivel bueno el interés de la enfermera por su salud, en un porcentaje del 93,6 %, en caso de tener dificultades durante la atención de todo el embarazo y el desenlace.

Conclusiones

Las mujeres en gestación, trabajo de parto, parto y puerperio son personas que se encuentran en riesgo de desarrollar alguna alteración que amenace su vida y la de su hijo, por lo tanto, es importante que la enfermera brinde un cuidado integral, diferencial y humanizado, en el que se destaquen no solo las competencias cognitivas, sino también competencias sicosociales, que permitan conocer las dificultades y barreras que las hacen más vulnerables y aumentan el riesgo de afectar su bienestar, para que la gestante tenga la oportunidad de decisión y acción, y a la vez se logre un impacto positivo en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Referencias

- Álvarez, M., Hinojosa, M., Álvarez, S., López, R., González, G., Carbonell, I. y Pérez, R. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 420-433.
- Arias, J., Bernal, K., Giraldo, D., González, E. y Rivera, P. (2008). Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS Pública, Manizales 2007. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 13, 131-142.
- Banco Mundial sobre salud, nutrición y población. (2006). *Mortalidad Materna*. Recuperado de www.worldbank.org/hnp

Bohórquez, O., Rosas, A., Pérez, L. y Munévar, R. (2009). Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras Hospitalarias. *Revista Avances de Enfermería*, 27(2), 139-149.

Fondo de Población de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema Evaluación de la implementación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

Guzmán, M. (2013). *Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Montería 2013* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>

Hernández, A. y Vásquez, M. (2015). El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Revista Universidad y Salud*, 17(1), 80-96.

Instituto Nacional de Salud. (2014). *Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad neonatal y perinatal tardía* (Pro-r02.024). Recuperado de <http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/352/PRO%20Mortalidad%20perinatal.pdf>

Mariño, C. y Vargas, D. (2010). *Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Instituto Materno Infantil, Hospital la Victoria* (trabajo de especialización). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2519/1/597843.2010.pdf>

Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M. e Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: Un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013

Mazza, M., Vallejo, C. y González, M. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 233-248.

Ministerio de Salud y de Protección Social. (2016) *Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2016*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.). *Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Vigilancia morbilidad materna extrema. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/vigilancia-morbilidad-materna-extrema-.aspx>

Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Recuperado de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Nieto, L., Romero, M., Córdoba, M. y Campos, M. (2011). Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. *Revista CONAMED*, 16(1), S5-S11. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/supl1/4>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Mortalidad Materna* (nota descriptiva No. 348). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/mortalidad_materna.pdf

Ortíz, E., Quintero, C., Mejía, J., Romero, E. y Ospino, L. (2010). Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME). Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Recuperado de https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-df/mortalidadmaternaextrema_web.pdf

Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>

Rodríguez, L, Ruíz, M. y Jaime, M. (2011). Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas. Bucaramanga, Colombia. *Revista Panamericana de Salud pública*, 29(4), 213-219.

Salazar, M. (2014). *Calidad de la Atención en el Embarazo y su relación con la Satisfacción de las usuarias del Subcentro de Salud Pilahuin Cantón Ambato Provincia Tungurahua* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7493/1/SALAZAR%20VILLAC%3%8DS%20MAR%3%8DA%20GABRIELA.pdf>

Enseñanza del cuidado humano en enfermería

Mildred Rosero Otero¹

Resumen

El cuidado humano es la razón de ser de enfermería y éste debe adquirirse desde la formación académica; por ello, es necesario tener estrategias de enseñanza-aprendizaje en torno al cuidado humano, a fin de que los futuros profesionales apliquen este conocimiento en la práctica. A continuación se presenta una parte de la tesis doctoral titulada “Comprendiendo la enseñanza del cuidado humano en enfermería”, en la cual se buscó interpretar los significados que tanto docentes como estudiantes y egresados le atribuyeron al proceso de enseñar y aprender el cuidado humano. **Método:** Teoría fundada en los datos, para lo cual se realizó entrevistas a profundidad y se analizó la información en el software N-Vivo. **Resultados:** Entre las categorías que surgieron se encuentra: Aprendiendo por el ejemplo y el testimonio del profesor, dando un significado del cuidado humano en enfermería y reconociendo limitantes en la enseñanza y práctica del cuidado humano, entre otras. **Conclusiones:** El proceso de enseñar y aprender el cuidado humano en enfermería es complejo, en el cual los sujetos involucrados deben vivenciarlo para comprenderlo y manifestarlo en la cotidianidad de su quehacer.

Palabras clave: cuidado, cuidado humano, enseñanza y educación.

Teaching human care in nursing

Abstract

Human care is the reason of to be of nursing and this must be acquired from the academic training; therefore, it is necessary to have teaching-learning strategies around human care, so that future professionals apply this knowledge in practice. Below is a part of the doctoral thesis entitled “Understanding the teaching of human care in nursing”, which sought to interpret the meanings that both teachers and students and graduates attributed to the process of teaching and learning human care. **Method:** Theory based on data, for which in-depth interviews were conducted and the information was analyzed in the N-Vivo software. **Results:** Among the categories that emerged are: ‘Learning by example’ and the testimony of the teacher, giving a meaning of human care in nursing and recognizing limitations in the teaching and practice of human care, among others. **Conclusions:** The process of teaching and learning human care in nursing is complex; the subjects involved must experience it in order to understand it and manifest it in the daily routine of their work.

Key words: Care, human care, teaching and education.

¹ Doctora en Enfermería. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: Imrosero@umariana.edu.co

Introducción

Según Malvárez (2007), una nueva comprensión de la enfermería supone abordarla como una profesión en progreso hacia el estatus de disciplina científica:

Como una profesión del campo de las ciencias sociales y de la salud, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud, que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de análisis y cuidado. El cuidado es entendido aquí en su única condición posible que es la de alteridad y vínculo amoroso y desvelo por cada sujeto y la humanidad. (p. 528).

Es así como, el cuidado humano se constituye en la razón de ser del profesional de enfermería, el cuidado de sí mismo y del otro resulta de un conjunto de experiencias, sentimientos, saberes y actos prácticos que dan significado a ese encuentro consigo mismo y con el otro. Por lo tanto, para alcanzar este objetivo es necesario que las instituciones formadoras en enfermería brinden metodologías de enseñanza que lleven al aprendizaje de este cuidado, pero no sólo en los estudiantes, sino en los docentes y en todos los actores involucrados en este acto de preparación hacia el cuidado humano.

Rivera y Triana (2007) describieron la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado, brindado por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores en la Clínica del Country en Bogotá, Colombia, con la utilización de un instrumento sobre percepción de estos comportamientos, el cual mide nueve categorías del cuidado humanizado, que interpreta su significado a la luz de la teoría del cuidado humano de Jean Watson; esta teoría considera al cuidado como la esencia de la práctica de enfermería, menciona que el paciente debe tener:

Armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, recatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de 'cuidar con amor'. (Rivera y Traina, 2007, p. 66).

Por su parte, Araujo, Santana da Silva y Ramos (2011) en su estudio sobre las percepciones de estudiantes del curso de graduación en enfermería acerca de su formación para el cuidado transpersonal, los resultados:

Expresaron los sentimientos de los alumnos delante del desafío del cuidado transpersonal; las habilidades psicocognitivas necesarias para la praxis intersubjetiva; las percepciones acerca del plan de estudios en relación a la dimensión psicoemocional del ser y el desatar de los nudos críticos – estrategias sugeridas. Las reflexiones finales apuntan para la necesidad de implementar modificaciones en la formación profesional del enfermero, de modo a rescatar la mirada humanística junto al científico. Se sugiere que los cursos de graduación desarrollen una metodología interactiva capaz de subsidiar una praxis de cuidado más humana, sensible e intersubjetiva. (p. 1).

El cuidado humano según Araujo et al. (2011), es comprendido:

Como la esencia de la praxis de enfermería, desarrollado de forma procesual en la vivencia humana y aprendido como competencia profesional mediante el compromiso con lo humano en su integralidad cuerpo-mente-alma, abrazando la

ética, moral y estética, fomentadores de una postura profesional capaz de contemplar las múltiples dimensiones de la persona humana a partir de la transversalidad entre el conocimiento científico y el ser humanístico. (p. 2).

De igual manera, se afirma que es necesario nuevos procesos de enseñanza-aprendizaje en el cuidado de enfermería, replantearse las metodologías para atender las demandas de la educación en enfermería que lleven a formar cuidadores éticos e integrales con un acercamiento a la persona de forma más individualizada y transpersonal; por otra parte, es importante la inclusión en los planes de estudio de cursos que posibiliten el desarrollo de competencias interrelacionales entre el sujeto que cuida, su familia y la comunidad. Para lograr lo anterior es preciso que el enfoque humanístico se haga práctico en el cuidado, que éste se vuelva más subjetivo con el uso de distintas técnicas, como: la musicoterapia, el toque terapéutico, el acompañamiento domiciliar y la sensibilidad del ser cuidador enfermero (Araujo et al., 2011).

Objetivo

Comprender los significados atribuidos a la enseñanza del cuidado humano en enfermería.

Materiales y Métodos

Estudio de abordaje cualitativo con el método de Teoría Fundamentada en los Datos o *Grounded Theory* y el referencial metodológico del paradigma de la complejidad o pensamiento complejo. Fue realizado en el programa de Enfermería de una Institución de Educación Superior del sur occidente de Colombia. La experiencia directa de la práctica de enseñar y aprender ocurrió con directoras, docentes y estudiantes, que fueron los principales informantes o grupos muestrales, otros informantes involucrados en este fenómeno fueron también, los egresados del programa que ya habían recibido en su formación una enseñanza en cuidado humano como resultado del proceso de acreditación.

Los grupos fueron: docentes directores, docentes de clase, estudiantes y egresados del programa de Enfermería, para un total de 32 personas distribuidas en 4 grupos muestrales.

Los datos se recolectaron mediante entrevista abierta en profundidad. Se realizó 32 entrevistas en total, con la pregunta inicial: ¿Cómo está siendo la experiencia de enseñar y aprender el cuidado humano en enfermería?

Los datos fueron organizados mediante transcripción entorno al texto de la entrevista escrita en Word, se analizó en el software NVivo 10, donde se identificó cada grupo muestral, luego se sometieron al proceso de análisis concomitante entrevista por entrevista, siguiendo la codificación abierta, axial y selectiva, hasta la evidencia de las categorías y categoría central del fenómeno.

Después de haber hecho el proceso de comparación de los datos, las categorías fueron construidas, comparadas e interconectadas conforme a un modelo paradigmático, el cual es un esquema o una perspectiva que organiza y explica las conexiones emergentes y que me ayudó como investigadora a pensar sobre los datos sistemáticamente,

en cuanto a integrar la estructura y el proceso, y así establecer la relación entre las categorías. El modelo que se utilizó para la presente investigación fue el propuesto por Strauss y Corbin (2015), que cuenta con los siguientes aspectos: Condición, Acciones e Interacciones y Consecuencias.

La validación de las categorías y sus relaciones entre ellas con el tema central de estudio fue hecha con expertos del método para validación teórica-metodológica, para tener comprobado los conceptos y sus relaciones con los datos y determinar si ellos son apropiados con la investigación realizada (Baggio y Erdman, 2011).

Resultados

El método de la Teoría Fundada en los Datos sugiere la organización de los hallazgos del estudio en tres componentes: condición, acciones e interacciones y consecuencias. A continuación se describen algunas de las categorías que surgieron de la interpretación de los significados atribuidos a la enseñanza del cuidado humano en enfermería.

Categoría: Aprendiendo por el ejemplo y el testimonio del profesor: se resalta la importancia que tiene el docente para el estudiante en el aprendizaje del cuidado humano, tanto para estudiantes como para los docentes, el ejemplo, el testimonio del profesor es el comienzo para el aprendizaje de este cuidado. En los siguientes relatos se demuestra lo anterior:

(...) empezar con el trato que realiza el docente con el estudiante y viceversa, de ahí que el ejemplo que tiene el profesor como imagen, como la persona que lidera el proceso de enseñanza en los diferentes sitios de práctica, hace que el estudiante, primero, pueda imitar esa imagen, y estoy convencida que nuestros docentes tienen una gran calidez humana para proporcionar este tipo de ejemplo a nuestros estudiantes (...). (Comunicación personal, D1).

“(...) uno se convierte en el modelo a seguir o a no seguir, ellos tienen la oportunidad allá de contrastar lo que se debe hacer y lo que no y formarse un juicio crítico (...)” (Comunicación personal, D2).

“(...) nuestro ejemplo también debe serlo, desde la manera de comportarnos tanto como profesionales como docentes, ejemplo (...)” (comunicación personal, P3).

“Para mí es muy importante el ejemplo del profesor, hay docentes que lo hacen y hay docentes que no lo hacen” (comunicación personal, E13).

Lo anterior, demuestra cómo los participantes le imponen un valor muy importante al hecho de ser ‘ejemplo’, los docentes se sienten responsables por dar lo mejor y por comenzar con ellos el cuidado humano, para poder inculcarlo a los estudiantes, el hecho de comenzar con un saludo, una sonrisa, un gesto amable es más que suficiente para iniciar a enseñar cómo cuidar del otro de una forma humana. Convertirse en modelo de enseñanza para los estudiantes no es fácil, implica siempre dar lo mejor como persona, además, comenzar a ser humanos con ellos mismos y que eso se haga evidente ante los estudiantes. De la misma forma, los estudiantes expresan la importancia del ejemplo del docente para la enseñanza del cuidado humano, reconocen que hay docentes que lo hacen y otros que no, pero para ellos es fundamental mirar el testimonio en los profesores, además de sus principios, valores y su integridad como seres humanos.

Categoría: Reconociendo limitantes en la enseñanza y la práctica del cuidado humano: Existen limitantes que en ocasiones no posibilitan enseñar el cuidado humano y de igual forma, no permiten una práctica del mismo acorde a la formación recibida, tal como se puede apreciar en los discursos siguientes:

(...) la actitud de algunos docentes puede ser que no permitan o que hayan barreras de manifestar el cuidado humano”, (...) “desde el ejemplo, el gusto por la carrera, el gusto por su trabajo, puede ser que sean conflictos o barreras que haya, que no lleguemos de una mejor forma a nuestros estudiantes (...). (Comunicación personal, D1).

Si, se constituyen como una limitante las actitudes porque he tenido experiencia con profesores que realmente hablan de cuidado humanizado, pero realmente no lo aplican, el estudiante es ejemplo del profesor, creo que con eso digo todo, porque desde mi punto de vista creo que en muchos casos eso puede desanimar a la persona o al estudiante. (Comunicación personal, E1)

Sí, cuando de pronto las personas no están ejerciendo por vocación sino por obligatoriedad o porque no me quedó otra opción, otra alternativa, hablando de los estudiantes, (...) hay personas que no aman la profesión, que no les ha gustado esta disciplina, pues no van a tener cómo demostrar ese amor hacia esto, (...). (Comunicación personal, P8).

Además, en las apreciaciones anteriores se evidencia que un limitante es el gusto por la carrera de enfermería, puede ser que algunos estudiantes hayan escogido la profesión por motivaciones diferentes a la vocación por su carrera o por lo que realmente significa ser enfermera o enfermero. Ahora bien, el gusto por la carrera no sólo es desde el estudiante sino desde el docente, tal vez no sea el gusto por la carrera como tal, sino el gusto por su trabajo o por lo que hace, el tener motivación hacia lo que se hace permite realizar las actividades con amor, en este caso, si hay agrado desde el docente con su trabajo tendrá agrado para enseñar lo que significa el cuidado humano. De igual manera en estas apreciaciones se encuentra que la actitud y el ejemplo de los docentes también influyen en el aprendizaje del cuidado humano y por su puesto en su enseñanza; este tema ya se había abordado en una categoría anterior, pero es importante resaltar que se constituye en una limitante para enseñar y aprender el cuidado humano.

El tiempo también se considera como un factor que limita el proceso de enseñanza-aprendizaje del cuidado humano, como se muestra a continuación:

“(...) el cuidado humano se puede enseñar más en la práctica que en la parte teórica porque a veces los tiempos están limitados” (comunicación personal, P2).

Me parece más en la parte práctica, esta es difícil por muchas funciones que se delegan, las revisiones de las historias, chequear historias, los controles de líquidos, etc., la falta de tiempo, la limitación no es en el momento de aprender, es en el momento de practicarlo la falta de tiempo” (...). (Comunicación personal, E15).

Qué me limita... todo es una carrera contra el tiempo para mí el límite solo es el tiempo es como el arma más poderosa a veces en clase tocamos temas muy interesantes en los que de verdad nos llevan a formar diálogos con los profesores y reflexionar (...) pero ya es hora de seguir con otra materia, (...) para mí el límite es el tiempo (...). (Comunicación personal, E2).

En el acto de enseñar y aprender el cuidado humano existe una variable que no se puede dejar de lado, y es el tiempo. Todo debe planearse, organizarse y cumplirse en unos tiempos establecidos, aunque muchas veces estos no alcanzan, por ello, tanto docentes como estudiantes lo miran como limitante para las áreas teóricas y prácticas;

en la teoría hay gran cantidad de temas que no se alcanzan abarcar, unido al número de estudiantes que en algunos casos son muchos, esto no permite llegar con temas de cuidado humano y tampoco llegar a ellos de una forma más cercana. En la práctica, el tiempo también limita el proceso de enseñanza y aprendizaje del cuidado humano, pero más que eso la aplicación del mismo, hay muchas actividades académicas que se deben cumplir, lo cual impide tener un contacto más cercano con el paciente y dedicarle tiempo, además, las prácticas en algunos sitios son muy cortas y los estudiantes no logran una familiaridad con los pacientes.

Categoría: Dando un significado de lo que es aprender y enseñar el cuidado humano en Enfermería: Aquí los resultados reflejan los significados que los participantes atribuyen al acto de enseñar y aprender el cuidado humano en el programa, el cual es considerado como la esencia del aprendizaje de enfermería, además de un proceso continuo que se aprende y aplica diariamente, entre otros significados que le atribuyen a esta actividad. Ante esto, los participantes expresaron:

“(…) enseñar el cuidado humano significa la esencia del aprendizaje de la enfermería en cualquiera de sus espacios académicos” (comunicación personal, P2).

“Es un proceso de acción, hablar con la persona, que cuente las experiencias, aprender de ellas, conocer los pensamientos de otra persona y ayudarlos nosotros” (comunicación personal, E12).

“Es un proceso, no es fácil, es complicado, es irse acoplando a la forma de atención” (comunicación personal, E11).

“Es un proceso también difícil, porque brindar cuidado implica muchas cosas y aprenderlo también” (comunicación personal, EG4).

Como ya se había expresado, el proceso de enseñar y aprender el cuidado humano se constituye en la esencia del aprendizaje de enfermería en todas las áreas de formación, se parte desde esta base, ya que el objeto de estudio de la profesión de enfermería es el cuidado y en este programa en particular, el cuidado articulado con la parte humana e integral del ser. De la misma manera, se concibe a este proceso como continuo, que no acaba, día a día se aprende y no sólo se enseña, sino que se aprende de todos los actores involucrados (pacientes, estudiantes, colegas, etc.), este aprendizaje es de todos los días porque el cuidado humano es complejo, los sentimientos, los pensamientos de las personas no se pueden cuidar de una manera fácil, es complejo porque encierra una serie de variables dadas desde la persona que enseña, desde la persona cuidada, desde la persona que estudia, desde el entorno, en fin, son muchas cosas las que encierra este proceso de enseñanza.

Discusión

El cuidado humano se constituye en la razón de ser del profesional de enfermería, el cuidado de sí mismo y del otro resulta de un conjunto de experiencias, sentimientos, saberes y actos prácticos que dan significado a ese encuentro consigo mismo y con el otro.

Existen varias connotaciones de cuidado:

Para Mayeroff (2001), en el proceso de cuidar y crecer, los valores están inmersos y seleccionamos aquellos que desde nuestra propia experiencia permiten la acción de cuidar, y se crece al cuidar del prójimo por ser autodeterminantes y escoger esos valores e ideales (como se citó en Rosero, 2018, p. 8).

Las proposiciones dadas por Boff (2002) expresan que el cuidado es una actitud de relación amorosa, suave, amigable, armoniosa y protectora de la realidad, personal, social y ambiental; el cuidado es preocupación, inquietud, malestar y hasta miedo por personas y realidades que acompaña en todo momento y en cada etapa de la vida, y el cuidado es existencial desde el acto amoroso, de preocupación y protección.

Otra mirada filosófica del cuidado la da Lévinas quien considera que la relación con el otro es una relación eminentemente ética, no de conocimiento, sino que el “Otro” me conmueve y me importa y no se debe guardar distancia con él (como se citó en Gil, 2010).

De igual forma hay significados y miradas hacia el cuidado de enfermería desde distintas teoristas, como la propuesta de la Dra. Watson quien se ha caracterizado por ser una enfermera humanista, ella propone 10 factores de cuidado o caritas en los cuales aborda aspectos filosóficos, éticos y transpersonales del cuidado, que se relacionan con el trato amable y amoroso, el desarrollo de ayuda y confianza, la expresión de sentimientos positivos y negativos, la creación de un entorno de curación y la gestión de cuidados humanos, que satisfagan las necesidades y que integre mente-cuerpo-espíritu y salud que es la unidad del ser en todos los aspectos del cuidado (como se citó en Urrea, Jana y García, 2011).

Las anteriores connotaciones permiten tener una visión más amplia del significado del cuidado como esencia de la disciplina de enfermería, el cual a su vez se ha constituido en su objeto de estudio; por lo tanto, si se quiere que este objetivo se logre es necesario que las instituciones formadoras en enfermería brinden metodologías de enseñanza que lleven al aprendizaje del cuidado humano, pero no sólo en los estudiantes sino en los docentes y en todos los actores involucrados en este acto de preparación hacia la humanización del cuidado.

En el estudio de Días, Santana da Silva y Ramos (2011) los alumnos expresaron sentimientos hacia una un aprendizaje intersubjetivo para un cuidado transpersonal, además de ser necesario que se implementen metodologías interactivas para realizar una práctica de cuidado más humana, sensible e intersubjetiva.

El cuidado humano según Días et al. (2011), es comprendido como:

La esencia de la praxis de enfermería, desarrollado de forma procesual en la vivencia humana y aprendido como competencia profesional mediante el compromiso con lo humano en su integralidad cuerpo-mente-alma, abrazando la ética, moral y estética, fomentadores de una postura profesional capaz de contemplar las múltiples dimensiones de la persona humana a partir de la transversalidad entre el conocimiento científico y el ser humanístico. (p. 2).

Por consiguiente, si el cuidado humano es una vivencia humana, los procesos de enseñanza serían también desde la vivencia de lo humano, con el uso de narrativas o relatos de experiencias tal como lo refiere Días et al.(2011), con un acercamiento más individual y transpersonal; estos autores propusieron, además, la capacitación docente para un abordaje más completo e interdisciplinar del discente, integrando autoconocimiento, espiritualidad y resiliencia frente a los procesos de madurar para el cuidado humano amplio: biopsicosocial y espiritual.

De igual forma, para los actores del proceso académico en la investigación de Gutiérrez y Hernández (2006) consideran que:

El docente es el encargado de sensibilizarlos frente al Cuidado Humanizado en el proceso pedagógico “la humanización del Cuidado se la da uno mismo, en la medida que ellos [los docentes] vayan sensibilizando al estudiante frente a todas esas cosas”. Es así, que cuando el docente parte de sus experiencias personales para transmitir el Acto de Cuidado, cuando permite que el estudiante establezca un contacto más profundo con el sujeto y su familia, cuando reconoce al estudiante como persona y establece una interrelación comprensiva con él y cuando se entrega al Cuidado con amor y compromiso; logra moldear y fortalecer el Acto de Cuidado Humanizado del estudiante. (p. 40).

Lo anterior, se asemeja con lo que manifestaron los participantes de este estudio, ya que para ellos el trato amable, los gestos, la sonrisa, el estar cerca del otro son el inicio del acto de cuidado y, en especial, el ejemplo del profesor.

Según Bettancourt y et al (2011), el estudiante en su proceso de formación requiere no sólo aprender habilidades técnicas sino también afectivas, para alcanzar esto, se debe incorporar en la enseñanza acciones que lleven a un cuidado más amplio sustentado en una relación personal que atienda más al otro y que se demuestre un compromiso por el otro con respeto y empatía.

En una enseñanza centrada en el cuidado, según Waldow (2009) existen espacios de encuentro, como laboratorios, sitios de práctica, etc., donde cada uno de los actores del proceso de enseñanza (estudiantes y docentes) es valorado y actúa de forma ética, respetando el valor de las experiencias de cada persona y el valor de la vida humana. Todos son copartícipes en el proceso y se comprometen en el cuidado mutuo y del medio.

Conclusión

En la enseñanza del cuidado humano en enfermería influyen muchas variables, además debe ser un proceso continuo y de compromiso por parte de los actores involucrados. Entre las variables que influyen en esta actividad está el ejemplo del profesor, quien debe manifestar en actitudes empáticas de buen trato y de adecuadas relaciones interpersonales, además del uso de una comunicación asertiva entre los actores del cuidado.

Se identificó variables que limitan u obstaculizan la dinámica de la enseñanza del cuidado humano, como el tiempo, el gusto por la carrera, la capacitación de los docentes, el clima laboral y los distintos estilos de aprendizaje, entre otras.

El cuidado humano se concibe como un proceso continuo en el cual influyen los sentimientos de las personas que lo brindan, además de la manera cómo fue aprendido en su proceso de formación.

Referencias

- Araujo, E.; Santana da Silva, L. y Ramos, E. (2011). La enseñanza superior de enfermería: Implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 19(2), 1-9.
- Baggio, M. y Erdmann, A. (2011). Teoría fundamentada en los datos o Grounded Theory y el uso en la investigación en Enfermería en Brasil. *Revista de Enfermagem BaReferencia*, 3(3), 177-185

Bettancourt, L., Muñoz, L., Barbosa, M. y Dos Santos, M. (2011). El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_18.pdf

Boff, L. (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra*. Madrid: Trotta.

Corbin, J. y Strauss, A. (2015). *Fundamentos de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar una teoría fundamentada* (4^{ta}. ed.). Estados Unidos: Universidad Estatal de San José

Días, E., Santana Da Silva, L. y Oliveira, E. (2011). La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 1-9

Gil, P. (2010). Teoría ética de Lévinas. *Cuaderno de Materiales, Filosofía y Ciencias Humanas*. Recuperado de <http://www.filosofia.net/materiales/num/num22/levinas.htm>

Gutiérrez, L. y Hernández, S. (2006). *Significado del discurso de cuidado del docente en la formación del estudiante frente al acto de cuidado humanizado* (tesis de pregrado). Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tuja, Colombia. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0203.pdf>

Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto y Contexto de Enfermería*, 16(3), 520-530.

Rivera, L. y Triana, A. (2007). Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. *Revista Avances de Enfermería*, 25(1), 54 – 66.

Rosero, M. (2018). Acciones e interacciones en la enseñanza y aprendizaje del cuidado humano. En *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en enfermería*, Cuba.

Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22

Waldow, V. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1523/1970>

Maternidad, el valor sagrado

Modelo intercultural municipio de Guachucal

Nohora Ortega Cadena¹

Omar Jurado²

Evelin Portilla³

Sandra Quiroz⁴

Resumen

La propuesta del modelo intercultural en el municipio de Guachucal se desarrolla a partir de la contextualización, la cual permite conocer la situación en salud de las comunidades indígenas y así priorizar intervenciones en la salud materna y recién nacido, a partir de la aplicación y reconocimiento intercultural de las comunidades y sus formas de vida, sobre todo cómo se relaciona la sacralidad de la maternidad, cuyo objetivo está encaminado a mejorar el acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: interculturalidad, maternidad.

Motherhood, the sacred value

Intercultural model, municipality of Guachucal

Abstract

The proposal of the intercultural model in the municipality of Guachucal is developed from the contextualization that allows to know the health situation of the indigenous communities and prioritize, thus, interventions in maternal and the newborn health, from the application and intercultural recognition of communities and their ways of life, especially how the sacredness of motherhood is related, whose objective is aimed at improving access to health services.

Key words: interculturality, maternity.

Introducción

El proyecto de desarrollo social, denominado: *construyendo lazos desde un enfoque intercultural con aporte interdisciplinar para la salud materno infantil*, parte del análisis de la realidad local de la comunidad, donde el acceso de

¹ Magíster en Administración de servicios de salud. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: nortdena@yahoo.es

² Terapeuta ocupacional. Universidad Mariana. Correo electrónico: omjurado@umariana.edu.co

³ Trabajadora Social. Universidad Mariana. Correo electrónico: evelinp@umariana.edu.co

⁴ Psicóloga. Universidad Mariana. Correo electrónico: squiroz@umariana.edu.co

Ponencia oral

las comunidades indígenas a los servicios de atención en salud se ve afectada por barreras culturales, relacionadas con el desconocimiento de prácticas culturales de las comunidades, que limitan la intervención clínica, de seguimiento, las relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por ello, a través de la relación interinstitucional e intersectorial, con participación de la Alcaldía Municipal y la presencia de los Resguardos Indígenas de Colimba y Muellamues, se inicia el proceso de diseño e implementación del Modelo intercultural para la prestación del servicio de salud en el hospital.

Teniendo en cuenta que el 87 % de la población del municipio de Guachucal –Nariño es indígena y pertenece al pueblo de los Pastos, por tal razón la interinstitucionalidad se vio en la necesidad de planear, diseñar, implementar y evaluar el modelo intercultural para la prestación de los servicios de salud en el municipio, liderado por el Hospital Guachucal E.S.E., los integrantes de la mesa técnica del modelo intercultural y la Universidad Mariana a través del convenio Paz y Territorio; el cual tiene como objetivo general desarrollar e implementar el modelo de atención en salud intercultural que promueve la atención integral de autocuidado, el empoderamiento y participación individual, familiar y colectiva con enfoque diferencial para el buen vivir. (Hospital Guachucal ESE, Programa Institucional Paz y Territorio. Universidad Mariana, 2018)

A través del diálogo intercultural y metodologías de mesas temáticas, conjuntas con representantes indígenas, desde integrantes del equipo de paz y territorio, estudiantes y autoridades institucionales, se prioriza la atención materna e infantil desde el autocuidado, lo cual, permitió el conocimiento de las prácticas culturales de las mujeres gestantes en el municipio de Guachucal con enfoque intercultural, que dio paso reconocer la maternidad un valor sagrado.

Desarrollo

El documento denominado *Esquema de Ordenamiento Territorial – EOT - municipio de Guachucal – Nariño - 2006-2015*, documento técnico de soporte contextualiza a este municipio, como un territorio ubicado al Sur del departamento de Nariño y al suroccidente de la ciudad de San Juan de Pasto, haciendo parte del Nudo de Los Pastos, forma parte de la provincia de Obando, es un paraíso más cerca de las estrellas a 3.200 metros sobre el nivel del mar, donde sobresalen los Cerros de Colimba y Páramo de Paja Blanca; limita al norte con los municipios de Mallama y Sapuyes; por el sur con el municipio de Cuaspud; por el oriente con los municipios de Aldana y Pupiales y por el occidente con el municipio de Cumbal (Concejo Municipal de Guachucal, 2006).

Entre las características climáticas, el territorio del municipio de Guachucal por estar en “la zona de bajas latitudes, se encuentra influenciado por la verticalidad de los rayos del sol, que al hallarse rodeado de montañas y dominada por altiplanicies, presenta un clima preferiblemente frío húmedo a frío seco, típico del altiplano nariñense” (Concejo Municipal de Guachucal, 2006, p. 18). Cuenta con una red hidrográfica, sobresaliendo principalmente la vertiente occidental del municipio, que corresponde a la zona de la laguna La Bolsa y Cerro Colimba y en segundo lugar la zona correspondiente a la vertiente oriental, que tiene que ver con los nacimientos referidos al Páramo Paja

Blanca. El recurso faunístico está determinado por la biodiversidad y riqueza florística. El desarrollo económico se caracteriza por la ganadería y las actividades agrícolas y en menor proporción la actividad pecuaria (Concejo Municipal de Guachucal, 2006).

En relación con los indicadores de salud, el municipio prioriza problemas como el embarazo en adolescentes, problemática común en los resguardos indígenas, además de las condiciones crónicas degenerativas e infecciosas, las relacionadas con acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes influenciadas por el desconocimiento de prácticas culturales en el momento de desarrollar modelos educativos en salud o prestación de los servicios de salud; desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad permitió realizar el análisis de la implementación de un modelo intercultural en salud, donde a su vez la institución prestadora de salud concibe la salud “como un derecho humano del buen vivir” (Cuaicuan, Villota, Pantoja y Villota, 2015, p. 52).

Se requiere adoptar principios y obligaciones que conduzcan a la eficaz prestación de los servicios de salud intercultural asumiendo responsabilidades, y haciendo énfasis en la promoción del autocuidado, el empoderamiento, la educación para el mantenimiento de la salud individual, familiar y comunitario partiendo de los principios de la Medicina familiar, occidental y ancestral. (Hospital Guachucal ESE, Programa Institucional Paz y Territorio. Universidad Mariana. MSI-AIFC, 2018, p. 15).

El conocer la diversidad cultural fue importante para la comprensión de la cosmovisión de los grupos indígenas, además, permitió entender la forma o manera de relacionarse con el cosmos (churo cósmico) y su relación con la maternidad, para la articulación de las acciones desde el eje cuidado de la salud basado en los ciclos de vida naturales, *shaquiñan* de gestación y espera cultivando nueva vida en coherencia con la Ruta de atención de la embarazada (Modelo de atención intercultural en salud, 2018, p. 46).

Así mismo, se retoma el concepto de interculturalidad dado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015):

La interculturalidad está basada en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar, en este sentido pretende: (i) un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad, étnica o territorial. (p. 14).

La ruta metodológica, se realiza a través de tres fases: contextualización, inmersión social y dialogo de saberes, que permitió el ingreso y el conocimiento de la comunidad indígena de los resguardos de Colimba y Muellamues, a través de las acciones interinstitucionales con la Institución Prestadora de Servicios de Salud ESE - Hospital Guachucal. En el proceso de contextualización se retoma la guía metodológica para la construcción de contenidos e implementación del SISPI; a través del proceso se retoman los ejes estratégicos: leyes integrales de la vida; autonomía; autodeterminación y gobierno propio; territorio y territorialidad; complementariedad para el cuidado de la salud y el Buen Vivir.

De acuerdo al análisis de la situación en salud se partió del reconocimiento de los conceptos de maternidad, parto y puerperio, encaminado a la identificación de prácticas ancestrales desde el autocuidado de la mujer gestante, para ello, se utilizó herramientas brindadas por la investigación cualitativa, etnográfica de descripción de las razas o pueblos. Las técnicas utilizadas fueron:

La observación externa o no participante: como afirma Arnau (1979): “todos observamos a los demás, sus conductas, conversaciones, su silencio y nivel de comunicación y también nos observamos a nosotros mismos” (como se citó en Álvarez et al., 2016, s.p.), esto se realizó en la etapa de inmersión social sobre el terreno en contacto inmediato con la realidad, y se fundamenta en la realización de la entrevista con parteras, gestantes, sabedores ancestrales, médicos tradicionales y espirituales. Además de la revisión de documentos humanos y técnicos sobre el pueblo de los Pastos.

Resultados

La relación ancestral del pueblo de los Pastos se fundamenta en la Sagralidad, que son lugares que se concibieron como sagrados de dedicación especial a la práctica de la ritualidad, centros espirituales, lugares de especial concentración de energías cósmicas, sitios habitados por los espíritus, espacios ecológicos con leyendas míticas; la sostenibilidad se explica en el desarrollo de las prácticas ambientales, sociales, económicas y culturales para conservar el pensamiento y las prácticas tradicionales, la reciprocidad entendida como el entrecruce de valores, conocimientos prácticos, bienes y relaciones individuales y colectivas para permitir la solidaridad y apoyo mutuo entre las comunidades, pueblos y culturas y, por último, el principio que en la cotidianidad se hacen a través de la yapa, la payacua, el intercambio de mingas, las fiestas. (Departamento Nacional de Planeación, s.f., p. 17).

Para las comunidades andinas el territorio del Nudo de los Pastos es un ser vivo, que de acuerdo con la Ley de Origen es un territorio que siente, se enferma, se restaura y si se contamina y destruye y muere. Es un territorio mítico, que guarda las fuerzas, las energías cósmicas y los espíritus vitales para todas las manifestaciones de vida. El territorio se relaciona con el cosmos alrededor del ritmo del sol y la luna (Departamento Nacional de Planeación, s.f., p. 42).

Así mismo, se explica el origen del mundo hombre y mujer a través del mito de las Perdices, mito sagrado orientador de los procesos, según el cual, el territorio de los Pastos es concebido desde la visión dual del mundo y del universo, es decir, bajo la concepción de la separación y a la vez de la integración de dos fenómenos, fuerzas, energías cósmicas y naturales que dieron origen y permiten la aplicación de los valores y de los principios en el marco de la Ley Natural del Derecho Mayor.

Esta relación debe ser tangible también en la relación sincrónica entre el hombre y la mujer, cuyo espíritu fluye en esa relación dual del cosmos, encontrándose en el mismo universo, y camino. ‘Como las estrellas se encuentran en el cielo y brillan juntas, así el hombre y la mujer están destinados, se unen y forman un solo espíritu, se reconocen por su esencia, se conocen por quienes son y se unen’ (Tisoy, 2018).

La relación del hombre y mujer se desarrolla en el equilibrio y unión, se fundamenta para este pueblo en las Dos Perdices que dan la explicación de la existencia del día y la noche, del macho y de la hembra de todas las especies, del calor y el frío de lo propio y lo externo, de lo bueno y de lo malo, de lo oscuro y de lo claro, estos fenómenos son complementarios, no pueden existir uno sin otro y deben estar para mantener el equilibrio de la naturaleza, de la madre tierra, de la vida y del universo, en una relación de unicidad hombre y mujer:

Como el día necesita del sol, como la luna necesita de la noche, como las plantas necesitan de la lluvia, como las estrellas necesitan del firmamento, así la mujer necesita del hombre su fuerza y protección y el hombre necesita de la mujer para su protección, autoridad, y respaldo, son uno solo, inicio-final, vida muerte. (Municipio de Guachucal. Hospital Guachucal. ESE. Universidad Mariana, 2018, p. 16)

El inicio de la vida se une a la fertilidad, ligándose a la esencia de la madre tierra, quien es fértil, quien provee vida, renueva vida y da cuidado y abrigo.

La esencia del embarazo: La fertilidad dada a la mujer es parte de la Ley Natural, considerada como la norma que regula los ciclos biológicos y las relaciones de vida, (...). La madre tierra, fundamento de la integración del hombre-mujer con la naturaleza y el cosmos universo, donde se da la relación de la sagralidad del embarazo, porque se da vida, desde el mismo inicio, equiparable con la fecundación, vive y ya forma parte de la madre, la que empieza a fluir en el vientre de toda mujer. “la vida”. La vida misma, la vida antes y después de la vida, es el inicio y final, explicado a través de la simbología del churo comisco. (Municipio de Guachucal. Hospital Guachucal. ESE. Universidad Mariana, 2018, p. 16)

En este sentido la mujer es fuente e inicio de vida, al producirse “una nueva vida” única e irrepetible, principio de la sagralidad, concepto y principio ético y moral derivado de la Ley Natural, donde está el respeto y la conservación de la misma vida, única no acepta otra ley contraria a ésta (Municipio de Guachucal. Hospital Guachucal. ESE. Universidad Mariana, 2018)

Hijos-Hijas tienen su fin y esencia heredada de sus padres: Esta herencia está ligada con los conocimientos, prácticas ancestrales, y la tierra “quien ama la tierra muy difícilmente se desprende de ella”. Así mismo los hijos e hijas heredan la esencia de su padre y madre, y el conocimiento de la *shagra* es un nicho de sabiduría, la cual está ligada a la medicina de acuerdo a la sabiduría de los ancestros, ya que en ella está la siembra y de las plantas medicinales y el conocimiento de los poderes curativos de los mismos, así como los rituales de sanación; la *shagra* es biodiversa, en semillas, plantas, animales o producción pecuaria, de igual manera, es sostenible ambientalmente, ya que se desarrolla con los sistemas propios de manejo de tiempo (Departamento Nacional de Planeación, s.f.).

En este sentido, para los Pastos la *shagra* es el modelo vivo de la naturaleza que se renueva constantemente y de manera periódica. La mujer es la encargada del cuidado de los hijos e hijas, de la *shagra* conoce sus secretos y forma de cuidarla, por lo tanto, ella está unida espiritualmente a la madre naturaleza, su fertilidad y relación de dar vida. Además por parte de los entrevistados se coincide en afirmar que los hijos son una bendición de Dios.

Referencias

- Álvarez, J., Camacho, S., Martínez, C., Solano, G., Rodríguez, E., López, J. (2016). Métodos básicos en la investigación cualitativa, la observación. Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n10/r1.html>
- Cuaicuan, M., Villota, M., Pantoja, A. y Villota, E. (2015). Trabajando por el Bienestar Integral del ser humano desde el Modelo de Salud Intercultural en el Municipio de Guachucal.
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). Plan binacional para el fortalecimiento natural, cultural y ambiental del Nudo de la Wuaka o de los Pastos. Recuperado de https://redprodepaz.metabiblioteca.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=2656&shelfbrowse_itemnumber=2740
- ESE Hospital Guachucal. Modelo Intercultural en salud municipio de Guachucal, programa Institucional Paz y territorio. 2018
- ESE HOSPITAL Guachucal. programa institucional Paz y Territorio y programa de enfermería. Modelo intercultural en salud materna y perinatal 2017
- Hospital Guachucal ESE, Programa Institucional Paz y Territorio. Universidad Mariana. (2018). Modelo de Salud Intercultural municipio de Guachucal, MSI-AIFC, basado en la atención individual, familiar y colectiva.
- Hospital Guachucal. ESE. Universidad Mariana. (2018). Programa Institucional Paz y Territorio. Documento Borrador Cartilla Maternidad Valor Sagrado, Prácticas Culturales de Cuidado de la Mujer Gestante. Proyecto Interdisciplinario Modelo Intercultural en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Orientaciones y recomendaciones para ña inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>
- Concejo Municipal de Guachucal. (2006). *Esquema de Ordenamiento Territorial – EOT - municipio de Guachucal – Nariño - 2006-2015* (Documento técnico de soporte). Recuperado de <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/eot%20-%20esquema%20ordenamiento%20territorial%20-%20guachucal%20-%20nari%C3%B1o%20-2006%20-%202015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural (Anexo técnico). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>

Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y Shaquiñan. (s.f.). Agenda ambiental en el territorio del nudo de la Wuaka o de los Pastos para la permanencia de la vida y la cultura-Shaquilulo. Recuperado de http://www.minambiente.gov.co/images/OrdenamientoAmbientalyCoordinaciondelSIN/pdf/Agenda_Ambiental_Propia_del_Pueblo_Pastos_del_Nudo_de_los_Pastos/Agenda_pueblos_pasto.pdf

Tisoy, J. (2018). Prácticas Culturales de Cuidado de los Niños, Sagralidad y embarazo (Apoyo Técnico).

Cuidado humano e interculturalidad desde las Prácticas Claves, AIEPI

Nohora Ortega Cadena¹
Lorena Erazo Jojoa²

Las prácticas claves de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) orientan el cuidado del niño en la familia y comunidad, y ofrecen aspectos claves en la atención del niño. El diálogo de saberes de las prácticas ancestrales permite comprender cómo las comunidades, desde su saber ancestral, aplican las denominadas leyes naturales del cuidado, encaminadas desde el embarazo hacia la lactancia materna, el cuidado de los niños enfermos y el entorno. Las prácticas están contextualizadas desde el saber ancestral y la aplicación de los tratamientos dados por la medicina ancestral, por lo tanto, este diálogo de saberes contribuye a mejorar el cuidado de los niños y el acceso a los servicios de salud infantil.

Palabras clave: interculturalidad, prácticas culturales.

Human care and interculturality from the key practices, IMCI

Abstract

The key practices of Integrated Care for Childhood Illnesses (IMCI) guide the care of the child in the family and community, and offer key aspects of the child's care. The dialogue of knowledge of the ancestral practices allows us to understand how communities, from their ancestral knowledge, apply the so-called natural laws of care, directed from pregnancy to breastfeeding, caring for sick children and the environment. The practices are contextualized from the ancestral knowledge and the application of the treatments given by ancestral medicine, therefore, this dialogue of knowledge contributes to improve the care of children and access to child health services.

Key words: interculturality, cultural practices.

Introducción

El Ministerio de la Protección Social (2010) define la AIEPI como:

Un conjunto integrado de acciones curativas, de prevención y de promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud, como en el hogar y comunidad.

En los servicios de salud para la detección oportuna y el tratamiento eficaz, y en el hogar y comunidad, para la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables para el cuidado del niño y de la mujer gestante.

¹ Magíster en Administración de servicios de salud. Docente de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: nortega@umariana.edu.co

² Correo electrónico: jennylorenaerazo@hotmail.com

Ponencia oral

El componente comunitario y familiar de AIEPI busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo dentro del marco de trabajo comunitario. Con este fin las comunidades necesitan ser movilizadas y motivadas.

El componente comunitario propone que las FAMILIAS incorporen PRÁCTICAS SALUDABLES para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando CUIDADOS ADECUADOS en el hogar cuando están enfermos, DETECTANDO OPORTUNAMENTE SIGNOS que manifiestan que requieren TRATAMIENTO INMEDIATO para BUSCAR AYUDA. (pp. 13-14).

La AIEPI comunitario pretende promover 18 comportamientos, así:

- a. Desarrollo físico y mental: lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y social.
- b. Prevención de enfermedades: vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH y SIDA.
- c. Atención adecuada en el hogar: alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación de hombres.
- d. Búsqueda de ayuda fuera del hogar: identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos. (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 14).

Por otra parte, la Política de Atención en Salud de Colombia promueve el autocuidado como el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de la familia y de la comunidad, promulgado inicialmente por la Ley 1438 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011). En la misma ley propone cuatro estrategias centrales, siendo una de ellas el cuidado, el cual debe ser entendido como:

Las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 34).

Asimismo, promueve la Atención primaria en Salud como una estrategia de coordinación intersectorial, que permite la atención integral e integradora desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un nivel mayor de bienestar. Se retoman los principios de universalidad, igualdad y enfoque diferencial, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y la interculturalidad, entre otros (Congreso de Colombia, 2011). La interculturalidad se expresa como:

El respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global. (Congreso de Colombia, 2015, p. 4).

Establecer esa relación intercultural desde la medicina tradicional y la medicina occidental, tiene un punto en común el cual es la cultura, la cual se define como:

Un conjunto de todos los conocimientos, teorías, prácticas explicables o no utilizados para el diagnóstico, previsión y supresión de trastornos físicos, mentales, o sociales basados exclusivamente en la experiencia y la observación puede considerarse el tratamiento como una amalgama de la práctica activa y la experiencia ancestral. (Quiroz Malte, Harparizan).

En las comunidades la cultura es lo que identifica las prácticas de cuidado de salud, lo que se aprende en la familia y esto lo hace único y lo diferencia de otros entornos, las prácticas curativas hacen parte de sus creencias, tradiciones y quehaceres propias de tratamientos y formas de sanación a través de los remedios (Gelpud, 2018).

Partiendo de estas reflexiones, se propone conocer las prácticas culturales desde los componentes propuestos por la Estrategia AIEPI prácticas claves, para ello, la ruta metodológica contempla tres fases: la contextualización, inmersión social y diálogo de saberes, para la primera etapa de contextualización se realizó el reconocimiento del territorio del resguardo indígena el Gran Tescual, donde se recopiló documentos del mismo y los primeros acercamientos con el médico espiritual ancestral, para ello, se realizó la selección de un modelo de la diversidad cultural e interculturalidad de Leninger, aplicando técnicas cualitativas, como: documentos personales, entrevista a profundidad y la observación, que guiaron el proceso de inmersión social, para finalizar en la construcción de un documento que refleje el diálogo de saberes entre la medicina occidental y ancestral.

Este primer acercamiento permitió reconocer las prácticas culturales de cuidado brindadas desde la familia a sus hijos o *wawas*, que parten desde las leyes naturales y la relación íntima con la *pacha mama*; para el pueblo de los Pastos es importante la valoración que realizan de la familia, ya que desde su conformación está dada para la crianza de los hijos y la protección económica y social de sus integrantes.

El taita describe a la familia, así:

Como la base de todo, en la que cada uno participa para que progrese y trabajan en equipo para enfrentar los obstáculos que se presentan. Es armonía, paz y tranquilidad, en la que la pieza fundamental son los niños que son la felicidad de la casa, además se debe tener en cuenta que los padres y los niños deben ser los mejores amigos, tener confianza y respeto. En la familia empieza la educación, se aprende lo bueno y lo malo, los valores y las costumbres que se tienen, es donde se inicia el proceso de desarrollo y el niño aprende a desenvolverse en la comunidad. (Gelpud, 2017).

La Ley Natural: la familia es donde se forma a los *wawas* y relaciona la importancia de la familia en la crianza, entendida como la forma de educar, corregir y orientar a los hijos e hijas por parte de los padres, aquí es entendido el valor de la madre en autoridad, comprensión y dirección de los hijos o hijas, el padre brinda orientación, protección y es quien dirige la autoridad en las decisiones que se toma en la familia.

Dentro de los usos y costumbres está la relación de los abuelos con los niños, ellos a través de su experiencia e historias le enseñan a los niños preocupaciones de la vida, además de las formas de cuidado que se tienen en temas de prevención de algún tipo de abuso, maltrato o de afectación que impida su desarrollo normal.

También, se recalca sobre el buen trato a los niños: “A los niños hay que tratarlos bien y comprenderlos. Antes a los niños los criaban con base al cuidado de la naturaleza y el respeto a todo lo que gira alrededor”.

En esta ley natural se habla de la buena relación del padre con el hijo, explica que se debe colocar reglas claras y deberes claros a los *wawas*, sobre todo en lo relacionado a la hora de comer, en la mesa con todos los miembros de la familia, dormir a la hora adecuada, recoger los juguetes, ayudar en los oficios de la casa y reprenderlo cuando sea necesario, pero también habla que se debe respetar a los hijos, se los aconseja y también se castiga.

Se debe pasar tiempo con los *wawas* conocer lo que hacen, los amigos se debe conocer y también se le debe dar responsabilidades para que valore la familia y se considere o forme parte de ella. Además, ellos desde pequeños entienden lo que es bueno o malo, se les debe hablar claro y explicar y se debe abrazar, conversar con ellos mirándolos a los ojos pues es bueno, ya que el *wawa* conoce a su *mama* primero, después al *papa* y a los hermanos.

La ley natural de la sagralidad de la sexualidad del hombre y mujer de acuerdo a la relación de hombre y mujer: esta se explica desde la comprensión del *churo* cósmico, donde la energía ancestral fluye y confluye en dos seres asincrónicos, pero que se complementan; el *churo* cósmico se entiende como el inicio y final de todo, de la vida y de la misma vida.

Por ello, la mujer forma parte del hombre, ninguno de los dos puede vivir sin el otro, forman parte de la *pacha mama*, ambos son la prolongación de la vida. Es la combinación de lo bueno y lo malo, lo blanco y lo oscuro, lo indivisible, lo complementario, sus esencias se unen para formar una nueva vida (s) sus hijos, su orgullo, su herencia o también su fracaso. (Gelpud, 2017).

La unión del hombre y mujer se explica desde lo unitario y lo compartido, el hombre está destinado a unirse a su mujer, la mujer que le designa Dios, la ley natural permite ese encuentro, a través del mito de la creación, las dos perdices, el cual explica el origen del universo, el origen de los mundos y el origen mismo de la vida. La mujer es la autoridad, es valiosa, pues da la vida, es quien cuida a los hijos, la que educa, los consiente, la que esta cuando se enferman; el hombre es quien provee el alimento, el trabajo y la fuerza, da respeto a las mujeres, da acompañamiento y da fuerza.

La sexualidad está relacionada con la fertilidad, con la matriz (útero), símbolo de generador de nueva vida, la relación íntima del ser humano con la *pacha mama*, la mujer es la que permite dar nueva vida, relación directa con la fertilidad de la *pacha mama*.

La luna juega un papel muy importante en la concepción, por eso hay que tener en cuenta que: en luna llena y noche clara salen niños y en luna tierna y noche oscura salen niñas; además la alimentación del hombre, un hombre bien alimentado engendra mujeres y un hombre cansado engendra hombres.

El quedar en embarazo debe ser un proceso de vida, no un problema para la vida, debe tener la asesoría previa de las mayores y su orientación, cuando no se habla del tema desde la sagralidad de la sexualidad ocurre el embarazo en adolescentes, porque se desconocen temas importantes de su relación con la luna.

Para el pueblo de los Pastos originario de dos fuerzas primigenias de vida: pasiva y activa, hombre y mujer, sol y luna, hablar de derechos es hablar de esencias milenarias que tienen estrecha relación cíclica entre nuestras vidas y un ser tutelar en la naturaleza, para el caso de las mujeres en temas de derechos sexuales y reproductivos tenemos

a *mama quilla*, la luna y el ciclo menstrual, que era referente de 28 días para los trece meses que constituía un año agrícola y de fertilidad para el pueblo de los Pastos.

Los ciclos de la luna están relacionados con la mujer, ser sensibles, ser emocional al igual que la luna, cada mujer está conectada espiritualmente con la luna, por ello el ciclo menstrual se convierte en un ritual sagrado de purificación de la fertilidad de la mujer, por esto, la mujer en su vida recrea nuevamente el mito del origen de vida de un pueblo. El calendario lunar de los Pastos está íntimamente relacionada con la agricultura, porque es la mujer la que siembra, la que domestica las semillas, de esta manera, se conoce las fases de la luna, así:

Luna Nueva: se le denomina luna de cambio, son los días en los que su cercanía con el sol no permite verla, en estos días nada se siembra pues se cree que toda semilla morirá en el suelo o no desarrollara ningún fruto. La plena luna nueva es considerada como la fase donde todo se limpia, lo que equivale a la purga en la medicina, es el tiempo de menstruar y entregar nuestra energía hacia abajo, en esta época a las mujeres no les gusta que las vean, no tienen buen humor, están limpiando.

Cuarto Creciente: es la etapa preferida por los agricultores y es propicia para toda siembra que se desarrolla por encima de la superficie, la luna en creciente es considerada como la luna que conduce, proyecta, admite, construye, absorbe, inhala, almacena energía, acumula fuerza, invita al cuidado y al restablecimiento. Las mujeres en esta luna es cuando estamos más creativas.

Luna Llena: en estos días no se siembra *papa* porque dice la tradición que estas se producirán pequeñas y sin sabor, es la fase donde la luna y el sol ocupan los dos puntos cardinales opuestos, es la época donde las dos deidades andinas ocupan sus lugares en los extremos del cielo Este y Oeste. En esta luna las mujeres están en tiempo de ovulación, de fertilización, cuando se ovula se quiere que todos las miren y la espiritualidad atrae.

Cuarto Menguante: la luna menguante es considerada como la una que aclara, seca, suda o transpira, exhala, invita a la actividad y al gasto de energía, es un tiempo de reflexión, el tiempo de volver a nosotras mismas, de recogernos para luego florecer.

Leyes naturales para el cuidado de los *Wawas*

La unión del hijo recién nacido con la mamá, continua a través del abrigo y cuidado que se brinda al darle pecho al *wawa*, es decir, «darle de comer» o «darle la leche» para que el *wawa* crezca y «este gordito».

Además, esta relación de darle la leche hace que el vínculo de la mamá continúe y se prolongue, ya que al cortar el cordón umbilical, la mamá le transmite parte de su esencia vital y energía para que este no se enferme, por eso es importante esperar un momento para cortar el cordón cuando sucede el nacimiento.

El cordón umbilical es el lazo de unión con la madre, fuente de vida y de sosiego del hijo en el vientre materno. En el momento del parto se debe permitir que la energía vital de la madre pase a su hijo por medio de su sangre.

Hay evidencias del beneficio que supone retrasar el pinzamiento del cordón durante al menos un minuto en *wawas*. Además, se lo debe guardar enrollado en un algodón, como un recuerdo del día que se nació a esta vida.

Cuando la mamá amamanta le da vida a su hijo, no solo es darle de comer, sino cuando le da el primer «sorbo» le pasa todo el afecto que ella tiene y se fortalece esa relación afectiva con su hijo, por eso la leche materna es el principal alimento del niño y debe estar sin contaminar, ya sea por los alimentos que consume la mamá o por los pensamientos negativos. El esposo tiene un papel fundamental dentro de la protección de los hijos para el acompañamiento y apoyo.

Dentro de los cuidados para la lactancia materna, la mamá debe tener una gran disponibilidad en pensamiento, salud y emociones, porque es la manera como le brinda afecto al *wawa* y genera conexión de vida con su hijo. La leche materna le ayuda a adquirir defensas e inmunología para el resto de su vida, un niño bien alimentado tanto cuerpo, mente y espíritu es un niño armónico que crece sano y feliz.

La ley natural de llevarlos de la mano se orienta en la comprensión, que una vez que el niño crece, la mamá cuida, guía, alimenta y protege a su hijo; por su parte, el padre ayuda en el fortalecimiento de la autoridad y disciplina y los alimenta, pues de esta práctica natural depende no solo en bienestar del niño sino del buen vivir como adulto, se habla de la relación con la *Shagra* su esencia hacen que los alimentos sean todos “buenos” cuando el niño empieza a comer.

En el proceso salud-enfermedad se encuentran las denominadas enfermedades naturales (Quiroz), las cuales se las define, como aquellas enfermedades que son derivadas de la naturaleza, se manifiestan en dolores físicos o tiene síntomas como fiebre, decaimiento, diarrea, mal humor, irritabilidad; estas son ocasionadas por entrar en lugares sagrados, sin pedir permiso, lugares solitarios, lugares con encanto, quebradas, puentes, bosques. Entre ellas, se encuentra el espanto, enfermedades místicas, mal de ánima, cueche, mal de campo, entre otras.

Este reconocimiento de la medicina ancestral contribuye a mejorar las prácticas de cuidado de las personas, sus significados, formas de tratamiento y la misma comprensión por parte de las comunidades de sus tratamientos, que son válidos para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

Referencias

Cabildo Indígena del Gran Tescual. Plan de vida del Cabildo Indígena de la comunidad Gran tescual (Documento Técnico).

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Congreso de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751. Recuperado de http://www.acmi.org.co/ACSC/Ley_Estatutaria_No._1751/Ley_1751_de_2015.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2010). *Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia_profesionales_salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de atención integral “un sistema de salud al servicio de la gente”*. Recuperado en <http://acho.com.co/acho/wp-content/uploads/2016/02/Documento-PAIS-feb14DPSAP-para-combinar.pdf>

Universidad Mariana. (2017). Programa enfermería, Programa Institucional de Paz y territorio. Practicas Claves de AIEPI.

Competencia del cuidado post-intervención

Vilma Tamara Ortiz Nievas¹
Karina Gallardo Solarte²

Resumen

La investigación pretendió mejorar la competencia del cuidado en los cuidadores, porque es fundamental para contribuir a disminuir la sobre carga del cuidador en su desempeño cotidiano. **Objetivo:** Determinar la competencia de cuidado que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidente de Colombia, pre y pos intervención plan de egreso. **Método:** Ensayo clínico aleatorizado, con intervención a dos grupos de pacientes con HTA y Diabetes mellitus. **Resultados:** La competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5 %), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas con la estrategia pedagógica. **Conclusiones:** La intervención pedagógica frente al plan de egreso hospitalario habitual presentó una mejoría significativa de las competencias del cuidador con una confianza del 90 % y el grupo poblacional donde más impactó la estrategia fue en los cuidadores menores de 45 años.

Palabras clave: competencia del cuidado, cuidador familiar, plan de egreso.

Post intervention care competence

Abstract

The purpose of the research was to improve the care competence of caregivers, because it is essential to reduce their burden in their daily performance. **Objective:** To determine the care competence of family caregivers of people with chronic disease, in second and third level institutions in a municipality of southwestern Colombia, pre and post intervention of the discharge plan. **Method:** Randomized clinical trial, with intervention to two groups of patients with hypertension (HBP) and Diabetes mellitus. **Results:** The competence in the care of chronic patients improved in nine out of ten evaluated caregivers (90.5%); this proportion of incidence was greater in the people intervened with the pedagogical strategy. **Conclusions:** The pedagogical intervention against the usual hospital discharge plan showed a significant improvement of the caregiver competencies with a 90% confidence level; the population group where the strategy caused the most impact was on caregivers under 45 years of age.

Key words: care competence, family caregiver, discharge plan.

¹ Magíster en Enfermería. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: tabata269@gmail.com

² Magíster en Enfermería. Docente asociado, Universidad Mariana. Correo electrónico: karinagallardosolarte@gmail.com

Ponencia oral

Introducción

La causa principal de enfermedades y muertes prematuras en la región de las Américas son debidas a las enfermedades no transmisibles, lo cual, se constituye en una pesada carga social y económica, especialmente, por el aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar, y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico (Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). En referencia a la hipertensión arterial, esta enfermedad contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematura.

La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo. (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 7).

Según la OPS y OMS (2013) en sus investigaciones demuestran que la gran mayoría de las personas con Enfermedad crónica no transmisible (ECNT) no reciben la atención adecuada. Del total de las personas afectadas, sólo se diagnostica alrededor de la mitad y de esos pacientes, únicamente la mitad recibe atención médica. Hart J (1992) refiere que la cuarta parte de las personas con ECNT que sí reciben atención, sólo alrededor de la mitad logra cumplir con los objetivos deseados del tratamiento clínico. Una de cada 10 personas con condiciones crónicas es tratada con éxito. La OMS (2011) refiere que lo anterior se debe en principio al resultado de una gestión inadecuada, pero también a la falta de acceso a la atención y la existencia de numerosas barreras financieras.

Es importante destacar que, para una persona con ECNT, según la OMS (2013) el plan de transición y egreso se convierte en una estrategia de importancia que orienta su cuidado y precisa los detalles necesarios, con el fin que pueda hacer un tránsito armónico entre los servicios del hospital y de este a su hogar, para esto ha de tenerse en cuenta al cuidador familiar, para informarlo sobre lo que pasa con el paciente en el hospital, instruirlo y orientarlo, así apoyar ese cuidado en los diferentes servicios de la institución con miras a continuarlo en el hogar. Por su parte, Hauser (2009) considera que el plan de transición y egreso es una guía estandarizada que debe tener establecidos unos pasos secuenciales, organizados y previamente definidos, para cuidar de manera integral y segura a un paciente al interior y al salir de la institución con garantía de continuidad terapéutica, la cual deberá estar a cargo de los profesionales de la salud.

En relación a este tema se ha encontrado una investigación realizada en México en el cual se hace énfasis al plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Donde se encontró como resultados que su aplicación contribuye con el derecho que tienen los pacientes de estar informados, además del impacto en la disminución en los reingresos hospitalarios (López, Leonel, Córdoba y Campos, 2014). Por otro lado, el plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo (Sánchez, 2014). Según Carpenito (2000) la aplicación del plan de alta en enfermería es una de las formas para fomentar la reintegración del paciente a la sociedad, ya que proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente (como se citó en López et al., 2014).

Sánchez (2014) señala que el cuidado crónico debe cumplir con los atributos de acceso, seguridad, continuidad, fortalecimiento de la propia capacidad y uso de las tecnologías apropiadas para su soporte; esto autores hicieron una revisión que les permitió evidenciar la brecha entre la situación actual y la deseada, recordando que un sistema de salud que cuenta con madurez es aquel que atiende de manera integral y oportuna a este grupo de personas con ECNT.

Objetivo

Determinar la competencia de cuidado que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidente de Colombia pre y pos intervención al plan de egreso.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo mixto- experimental, ensayo clínico aleatorizado, con la finalidad de probar el efecto que tiene la intervención del plan de egreso hospitalario a un grupo de pacientes con HTA y Diabetes mellitus II, frente a otro grupo de pacientes con las mismas patologías quienes recibieron la intervención convencional de las instituciones involucradas (grupo control), con el fin de comparar los resultados entre estos dos grupos. Teniendo en cuenta una población de cuidadores y pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión y/o diabetes mellitus II que hayan sido hospitalizados entre enero y marzo de 2016 en las dos instituciones del segundo y tercer nivel, con residencia en el municipio de Pasto.

Para la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado, con un error estándar del 6 % y una prevalencia (p) del 22 % correspondiente a hipertensión (hipertensión Pasto), por brindar el mayor tamaño muestral; un nivel de confianza del 95 % y un aumento del 10 % por deserción en el estudio (n=125 pacientes).

Técnica e Instrumentos de Recolección de la Información

Instrumentos: propuestos por la Universidad Nacional, *Programa para disminución de la Carga Paciente con enfermedad Crónica 2012*. Caracterización de la Diada Cuidador – GCPC-UN-D©: El cual explora aspectos sociodemográficos del paciente y del cuidador, aspectos asociados al tiempo de la enfermedad crónica, número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida, perfil PULSES del paciente midiendo el grado de funcionalidad, estado mental del paciente (Prueba Test SPMSQ- MINIMENTAL). **Para la medición de la competencia para el cuidado:** El instrumento de “capacidad del cuidador para el cuidado”. El cual valora unas sub escalas: bienestar, condiciones personales, Interacción y relación personal, conocimiento, predictiva ítems y procedimental e instrumental.

Resultados

Edad de los pacientes con ECNT

Competencia del cuidador familiar de pacientes con hipertensión y/o diabetes tipos 2 en el hogar

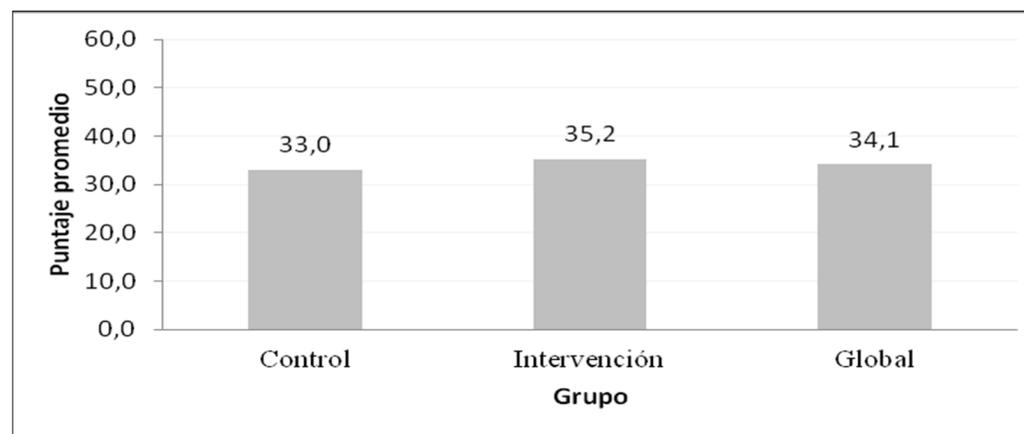


Figura 1. Puntaje global competencia del cuidador en grupo control e intervención.

En general, el puntaje de competencia del cuidador fue de 34,1 puntos, siendo levemente superior en el grupo que se realizó la intervención plan de egreso hospitalario con una diferencia de 1,1 puntos (ver Figura 1.)

Evaluación del impacto de la intervención pedagógica sobre la competencia del cuidado familiar

Tabla 1. Mejoría en la competencia del cuidador pos intervención grupo control frente al experimental

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoro		No mejoro		
	n	%	n	%	
Intervención	60	95,2 %	3	4,8 %	63
Control	54	85,7 %	9	14,3 %	63
Total general	114	90,5 %	12	9,5 %	126
Prueba	Valor		Valor-p (1-cola)		
Chi cuadrado sin corrección	3316		0.03431		
Exacto de Fisher			0.06322		
Indicadores epidemiológicos	Valor		Intervalo de confianza 95%		
	Inferior		Superior		
Riesgo en Expuestos		95,2 %		86,4	98,9

Riesgo en No Expuestos	85,7 %	74,8	92,5
Riesgo Total	90,5 %	83,96,	94,6
Razón de Riesgo	1,1	0,99	1,246

La competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5 %), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado?, un 95,2 %, frente a las personas que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó 85,7 %; al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias en el cuidador, planteando la hipótesis nula Ho: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia del cuidador, se rechazó la hipótesis nula, sin embargo, se tomó el estadístico ajustado y la prueba exacta de Fisher con los cuales no se rechazó la hipótesis nula, al analizar la razón de riesgo indicó que hay un 10 % más de probabilidad de mejorar las competencias del cuidador en población intervenida frente a la no intervenida. (Ver Tabla 1).

Análisis en mujeres cuidadoras

Tabla 2. Mejoría en la competencia de las mujeres cuidadoras pos intervención grupo control frente al experimental

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoro		No mejoro		
	N	%	n	%	
Expuestos	43	95,6 %	2	4,4 %	45
No expuestos	38	84,4 %	7	15,6 %	45
Total general	81	90,0 %	9	10,0 %	90
Prueba	Valor		Valor-p (1-cola)		
Chi cuadrado sin corrección	3.086		0.03948		
Exacto de Fisher			0.07860		
Indicadores epidemiológicos	Valor		Intervalo de confianza 95 %		
	Inferior		Superior		
Riesgo en Expuestos		95,6 %		84,4	99,6
Riesgo en No Expuestos		84,4 %		70,9	92,6
Riesgo Total		90 %		81,88	94,8
Razón de Riesgo		1.132		0,983	1,302

Entre las mujeres, la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadoras evaluadas (90 %), esta proporción de incidencia fue mayor en las mujeres intervenidas con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (95,6 %), frente a las que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (84,4 %), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de las cuidadoras, planteando la hipótesis nula Ho: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de las cuidadoras, se rechazó la hipótesis nula; se tomó el estadístico ajustado y la prueba exacta de Fisher con los cuales no se rechazó la hipótesis nula, es decir, que no hay una relación significativa, la razón de riesgo indico que hay un 13,2 % más de probabilidad de mejorar las competencias de las cuidadoras intervenidas frente a las no intervenidas. (Ver Tabla 2).

Análisis Competencia en cuidadores de 45 y más años

Tabla 3. *Mejoría en la competencia de los cuidadores de 45 y más años pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoro		No mejoro		
	N	%	n	%	
Expuestos	33	94,3 %	2	5,7 %	35
No expuestos	26	96,3 %	1	3,7 %	27
Total general	59	95,2 %	3	4,8 %	62
Prueba			Valor	Valor-p (1-cola)	
Chi cuadrado sin corrección			0.1338	0.3573	
Exacto de Fisher				0.5978(P)	
Indicadores epidemiológicos			Valor	Intervalo de confianza 95%	
	Inferior		Superior		
Riesgo en Expuestos		94,3 %	80,40 %	99,40 %	
Riesgo en No Expuestos		96,3 %	80,20 %	100 %	
Riesgo Total		95,2 %	86,20 %	98,80 %	
Razón de Riesgo		0,9791	0,877	1,093	

Entre las personas de 45 y más años la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluadas (95,2 %), esta proporción de incidencia fue menor en los intervenidos con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (94,3 %), frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (96,3 %), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis nula Ho: No hay relación entre el tipo de intervención y

la mejoría en la competencia de los cuidadores, no se rechazó la hipótesis nula, es decir, que no hay relación entre las variables, la razón de riesgo indico que hay un 2,1 % menos de probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos frente a los no intervenidos, el intervalo de confianza al 95 %. (Ver Tabla 3).

Discusión

En el estudio realizado por Álvarez, Morales, Morales y Vega (2011), se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas; transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgos y tratamiento. Al final del estudio la mayor parte de los participantes fueron evaluados bien, lo que ratifica la utilidad y eficacia de la intervención. Este insumo permite demostrar la importancia que tiene el utilizar las propuestas educativas para el cambio de conductas referentes a la salud.

Conclusión

En general, la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5 %), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas. La intervención frente al plan de egreso hospitalario habitual contribuyó a una mejoría significativa en competencias del cuidador con una confianza del 90 % y el grupo poblacional donde más impacto la estrategia fue en los cuidadores menores de 45 años. Al analizar la razón de riesgo indicó que hay un 10 % más de probabilidad de mejorar las competencias del cuidador en población intervenida frente a la no intervenida.

Referencias

- Álvarez, M., Morales, I., Morales, E. y Vega, B. (2011). Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. *Humanidades Médicas*, 11(3), 433-452. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es&tlng=es
- Hart, J. (1992). Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *British Journal of General Practice*, 42(356), 116-119.
- Hauser, J. (2009) Lost in Transition: The Ethics of the Palliative Care Handoff. *Pain and Symptom Management*; 37(5), 930-933. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.02.231>
- López, E., Leonel, A., Córdoba, M. y Campos, E. (2014). El Plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista de enfermería neurológica*, 13(1), 12-18. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of literature* (Discussion Paper No. 2). Recuperado de https://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=13D6BBA6AA91ACBBB7DAB243F25224FA?sequence=1

Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>

Sánchez, B., Carrillo, G. y Barrera, L. (2014). El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 17(1), 13-23.

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones



Calidad del cuidado de enfermería: percepción de padres de recién nacidos hospitalizados en unidad neonatal

Lina Ximena Jaramillo Santiago¹

Resumen

Objetivo: Describir la calidad del cuidado de enfermería a partir de la percepción de los padres de niños hospitalizados en una unidad neonatal. **Método:** Estudio descriptivo de corte transversal realizado en una institución de tercer nivel de atención de la ciudad de Medellín (Colombia). Para la recolección de la información se utilizó el CARE-Q, que fue contestado por los padres de los recién nacidos hospitalizados en una unidad neonatal. El muestreo fue intencional. **Resultados:** Participaron 121 personas, de las cuales el 67,8 % eran mujeres. La edad promedio fue de 28 años y casi uno de cada dos tenían estudios secundarios o mayores. Entre los neonatos, el 66,9 % fueron prematuros y el 33,1 % nacidos a término. El peso promedio fue de 2.015 gramos (mínimo 620 y máximo de 4.420). La valoración general de los padres sobre la calidad del cuidado de enfermería que sus hijos recibieron en la unidad neonatal fue en promedio de 88 de 100 posibles. Los puntajes obtenidos en las dimensiones de mayor a menor fueron: -Monitorea y hace seguimiento (95,2), -Accesibilidad (90,8), -Mantiene relación de confianza (88,6), -Conforta (87,2), -Explica y facilita (86,3), y -Se anticipa (86,0). **Conclusiones:** Los padres perciben de manera positiva el cuidado de enfermería que sus hijos reciben en la unidad neonatal. Sin embargo, en el análisis por dimensiones es posible establecer la necesidad de fortalecer aspectos como las relaciones interpersonales y los procesos de comunicación que hacen parte de las dimensiones: -Explica y facilita y -Se anticipa. Los hallazgos permiten orientar acciones concretas de mejoramiento de la calidad en el cuidado neonatal.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, cuidado de enfermería, percepción, recién nacido, unidades de cuidados intensivos.

Quality of nursing care: Perception of parents of newborns hospitalized in Neonatal Units

Abstract

Objective: This work sought to describe the quality of nursing care from the perceptions of parents of children hospitalized in a neonatal unit. **Methods:** Descriptive cross-sectional study conducted in an institution with third level of care in the city of Medellin (Colombia). Information was gathered by using the CARE-Q instrument, which

¹ Magister en Enfermería. Docente Universidad Pontificia Bolivariana. Correo electrónico: ximena.jaramillo@upb.edu.co

was answered by the parents of newborns hospitalized in a neonatal unit. The sampling was intentional. **Results:** The study had the participation of 121 individuals; 67.8 % were women; the average age was 28 years and almost one in every two had secondary or higher education. Among the neonates, 66.9% were premature and 33.1% were full-term. Average weight was 2015 g (minimum 620 and maximum 4420). The general assessment of parents about the quality of nursing care that their children received in the neonatal unit was on average 88 out of 100 possible points. The scores obtained in the dimensions from highest to lowest were: -Monitors and follows through (95.2), -Accessibility (90.8), -Maintains a relationship of trust (88.6), -Comforts (87.2), -Explains and facilitates (86.3), and -Anticipates (86.0). **Conclusions:** Parents perceive as positive the nursing care that their children receive in the neonatal unit. However, in the analysis by dimensions, it is possible to establish the need to strengthen aspects like interpersonal relations and communication processes, which are part of the dimensions: -Explains and facilitates and -Anticipates. The findings allow us to guide specific actions to improve quality in neonatal care.

Key words: quality of health care, nursing care, perception, newborn, intensive care units.

Introducción

La calidad del cuidado es un tema de gran interés y relevancia para la disciplina de enfermería; a su vez, es un concepto amplio que involucra elementos relacionados con infraestructura, proceso y resultados de la atención (Sobel, Huntington y Temmerman, 2016)the inordinate focus on reducing financial risk burden and increasing coverage without sufficient focus on expanding quality of services may account for slow progress of the MDGs in many countries. Human Resources for Health underlie quality and service delivery improvements, yet remains under-addressed in many national strategies to achieve Universal Health Coverage. Without adequate investments in improving and expanding health professional education, making and sustaining gains will be unlikely. The transition from the Millennium Development Goals (MDG. Mejorar la calidad del cuidado de enfermería es una meta constante para la disciplina y el primer reto para alcanzarla es desarrollar capacidades para valorar y analizar la calidad del cuidado ofrecido. En los últimos años se han incluido nuevos elementos en el marco de análisis de la calidad de la atención en salud, orientándola hacia la necesidad de involucrar en este proceso al personal, proveedores, pacientes y familias (Almeida, Bourliataux-Lajoinie y Martins, 2015). Precisamente, la voz de los usuarios, sus expectativas y necesidades han venido tomando cada vez mayor fuerza como un elemento orientador de los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Martins y Perroca, 2017)or that is, good and very good intervals, the greatest agreement between the perception of the patients and the nursing team was in the areas of: Care and Communication, both with 92.6% agreement; followed by Basic Care with 74.1%. The lowest value was found in the field of Care Planning and Organization, 64.3%.
Conclusion:: In a general manner, there was an agreement between the care needs from the view of the patients themselves and the nursing team.
Objetivos:: Comparar como as necessidades de cuidados são percebidas pelo paciente e equipe de enfermagem e investigar os fatores sociodemográficos associados a estas percepções.
Método:: Estudo comparativo realizado em unidades e internação de uma instituição hospitalar do interior do Estado de São Paulo. Os participantes foram 100 profissionais (50 enfermeiros e 50 técnicos e auxiliares de enfermagem. De hecho, la percepción de la calidad del cuidado de

enfermería por parte del paciente y su familia ha sido explorada en diversos estudios, países y contextos; poniendo de manifiesto que la calidad del cuidado está condicionada en gran medida por las habilidades comunicativas e interpersonales de los profesionales (Müggenburg, Riveros-Rosas y Juárez-García, 2016; Papastavrou, Andreou, Tsangari y Merkouris, 2014).

Dichas habilidades cuentan con un sustento disciplinar en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, que destaca la importancia de las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez en el cuidado, lo cual soporta la necesidad de acercarse al componente humano de la calidad del cuidado, desde la percepción de los pacientes (Alligood, 2015). En el caso de los neonatos, los padres son quienes dan cuenta de la calidad del cuidado que reciben sus hijos en las unidades neonatales y en este sentido, es importante reconocer que enfrentan un momento emocional complejo, en el que sus expectativas frente al cuidado, así como su percepción del mismo, pueden estar condicionados por el estado de salud de su hijo y por sus propias necesidades (Jefferies y Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014). Por lo tanto, es necesario conocer las percepciones de los padres frente al cuidado de enfermería brindado a sus hijos, para implementar procesos de mejoramiento y/o para validar el quehacer de enfermería frente al cuidado de los neonatos, tarea en la que es de gran utilidad aplicar instrumentos que permitan acercarse objetivamente a las necesidades de los padres y los neonatos.

El diseño y validación de instrumentos de medición de percepción de la calidad del cuidado es una estrategia que ha permitido identificar vacíos en el cuidado y mejorar los procesos de atención; sin embargo, dichos instrumentos han sido poco aplicados en el contexto del cuidado neonatal y pese a que se han utilizado algunos instrumentos en el área (Cantillo, 2015; Ramírez y Parra, 2011) aún es necesario ampliar el marco de análisis desde los constructos y las dimensiones que plantean las diferentes escalas de medición existentes en enfermería. Caring Assessment Instrument (CARE-Q) fue creado por Larson en 1984, con el fin de determinar los aspectos que el paciente considera relevantes en su interacción con las acciones de enfermería (Larson, 1984). Este instrumento se ha utilizado en diversos contextos de cuidado a nivel nacional e internacional (González, 2014; Martínez y Barajas, 2012; Sepúlveda, Rojas, Cárdenas, Guevara y Castro, 2009; Van der, Dierckx, Biets, Rchaidia y Gastmans, 2013); de acuerdo a los hallazgos es un instrumento fiable para conocer la calidad del cuidado de enfermería. En Colombia dicho instrumento fue validado en el año 2008 (Sepúlveda et al., 2009), donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,88, después de extraer 4 ítems de los 50 iniciales de la escala original. Desde entonces esta escala ha sido utilizada en diversos ámbitos hospitalarios con pacientes adultos (Torres, 2010; González, 2014; Guzmán, 2013; Martínez y Barajas, 2012); sin embargo, no se encontraron resultados que den cuenta de la aplicación del instrumento CARE-Q en el contexto del cuidado neonatal. En el presente estudio se pretende identificar la percepción de los padres de neonatos hospitalizados frente a la calidad del cuidado de enfermería, a través del CARE-Q.

Métodos

Estudio descriptivo transversal, realizado en la unidad neonatal de una institución privada de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Medellín (Colombia), que sirve de institución de referencia de cuidado materno infantil.

La información se recolectó durante los meses de enero a marzo de 2015. Se incluyeron en el estudio los padres de todos los recién nacidos que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo (UCIN) e intermedio neonatal (UCEN), con la finalidad de que al realizar una medición transversal, en la cuarta parte de un año se tuviera una representación adecuada de lo que ocurre con las variables de estudio. Durante los tres meses ingresaron 137 Neonatos y en total participaron 121 padres. 16 padres, que cumplían con criterios de inclusión, no participaron en el estudio por razones como muerte del neonato, remisión rápida, entre otras.

Fueron incluidos los padres o madres de los recién nacidos, que tuvieran como mínimo 12 horas de acompañamiento a su hijo dentro de los espacios de cuidado intensivo o cuidado intermedio neonatal, bien podían ser continuas o no. Al ser una unidad de puertas abiertas, los padres pueden ingresar en el horario que deseen durante las 24 horas y los periodos de acompañamiento suelen alternarse con periodos de descanso en sus hogares. El tiempo mínimo de permanencia se confirmó con la fecha de ingreso, información del personal e información de los padres. No hubo un tiempo máximo de permanencia establecido. Como criterio de exclusión se consideró a los padres que tuvieran déficit cognitivo. Los padres fueron contactados en la unidad por la investigadora principal. Previa información de los objetivos del estudio y después de firmar el consentimiento informado, los participantes respondieron a las preguntas del instrumento por autodiligenciamiento, solo en el caso de analfabetismo del padre se leyeron las preguntas. En todos los casos los padres rellenaron el instrumento en la unidad neonatal, en un momento que no interfiriera con los momentos de cuidado y mientras su hijo estuviera dormido y tranquilo. El cuestionario diligenciado estuvo compuesto por tres partes: i) aspectos sociodemográficos, ii) información clínica del neonato (edad gestacional, peso, días de estancia hospitalaria en UCIN o UCEN) y diagnóstico de ingreso), y iii) el instrumento CARE-Q.

Este instrumento validado para Colombia está integrado por 46 ítems, divididos en 6 dimensiones (Sepúlveda et al., 2009): **accesible** (5 ítems) hace referencia a los comportamientos de cuidado que son esenciales en la relación de apoyo y ayuda administrada de forma oportuna, como es el “acercarse al paciente dedicándole tiempo”; **explica y facilita** (5 ítems) son los comportamientos relacionados con los cuidados para dar a conocer aspectos que son desconocidos o difíciles de entender, en este caso para los padres, con relación con la enfermedad, el tratamiento o la recuperación de sus hijos; **Conforta** (9 ítems) tiene que ver con los cuidados ofrecidos para que el paciente y los padres se sientan cómodos, donde se infunde ánimo y vigor; **anticipa** (10 ítems) valorar los cuidados planeados con anterioridad, teniendo en cuenta las necesidades del usuario, con el fin de prevenir complicaciones; **Mantiene relación de confianza** (9 ítems) involucra los cuidados que generan empatía incluyendo cercanía y presencia física; y, por último, **monitorea y hace seguimiento** (8 ítems) hace referencia a los cuidados que implican un conocimiento propio de cada paciente y dominio de lo científico técnico y procedimental. Para la aplicación de la escala, en todos los casos se hizo la pregunta original orientada a la percepción de los padres frente al cuidado de sus hijos.

El análisis estadístico se realizó en el software SPSS versión 23, se calcularon frecuencias absolutas y relativas para cada uno de los ítems de la escala y medidas de tendencia central y de dispersión para el total y las dimensiones. Para calcular el puntaje total de la escala se dividió la sumatoria de la calificación de los ítems y se dividió por la sumatoria del puntaje máximo, multiplicando este resultado por 100. Igual procedimiento se realizó para cada dimensión.

Para el puntaje total y por dimensiones de los datos perdidos fueron reemplazados por la valoración promedio de los ítems que conformaban la dimensión. Se consideró que a mayor puntaje es mejor la percepción de la calidad del cuidado enfermero brindado. En forma adicional se calculó como indicador de consistencia interna el alfa de Cronbach, el cual fue de 0,96 para el total de la escala y por dimensiones se obtuvo: **accesible** $\alpha=0,72$, **explica y facilita** $\alpha=0,69$, **conforta** $\alpha=0,81$, **se anticipa** $\alpha=0,86$, **mantiene relación de confianza** $\alpha=0,82$, **monitorea y hace seguimiento** $\alpha=0,79$.

Los aspectos éticos tenidos en cuenta fueron los siguientes: i) se obtuvieron las autorizaciones de la autora del instrumento y de la investigadora que hizo la validación en Colombia. De igual forma, se les consultó acerca de la pertinencia de su uso en la población de interés del presente estudio; ii) se contó con la aprobación de los Comités de Bioética de la institución Universitaria y de la institución de salud; iii) la participación en el estudio fue voluntaria y cada participante firmó el consentimiento informado; y, iv) se protegió y promovió el respeto a los principios éticos de conformidad con la Resolución 008430 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, según la cual esta investigación fue clasificada como de riesgo mínimo.

Resultados

En el estudio participaron 121 padres de 97 neonatos hospitalizados en cuidado intensivo e intermedio neonatal. Las características sociodemográficas predominantes fueron: el 67,8 % son de sexo femenino, la edad promedio de los hombres fue de 28 ± 6.9 años (mínimo de 15 y máximo de 53) y las mujeres fue 26 ± 6.2 años (mínimo de 15 años y máximo de 43). En cuanto al nivel educativo el 47,9 % de los participantes tuvieron estudios secundarios, 28,1 % universitarios y solo un 0,8 % eran analfabetas. En la ocupación de las madres se encontró que 37 de ellas (30,6 %) fueron amas de casa, 5 (4,1 %) fueron estudiantes, el resto (65,3 %) tenía diversos trabajos y estaban en licencia de maternidad. En las horas de permanencia de los padres dentro de la unidad al momento de diligenciar el instrumento se encontró que el 43 % de los padres llevaban más de 48 horas y el 57 % restante entre 12 y 48 horas.

En cuanto a las características de los neonatos, un 52,9 % se encontraban en UCIN y el 47,1 % en UCEN. Por edad gestacional, al ingreso se encontró que el 66,9 % fueron prematuros y el 33,1 % a término. En cuanto al peso, el 56,2 % tenían peso inferior a 2.500 gramos, con un peso promedio de 2.162 ± 848 gramos (mínimo 620 y máximo de 4.420). La prematurez fue el principal diagnóstico de ingreso (50,4 %), seguido por la asfixia perinatal (8,3 %) y el síndrome de dificultad respiratoria (7,4 %).

De acuerdo con los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento CARE-Q (ver Tabla 1) los padres perciben de forma positiva la calidad del cuidado de enfermería en la unidad neonatal con una valoración de global de 88,9 sobre 100 posibles, observándose que los mayores promedios de la calificación se dieron en las dimensiones **Monitorea y hace seguimiento** (95,2), **Accesibilidad** (90,8) y **Mantiene relación de confianza** (88,6), las tres dimensiones restantes tienen calificaciones por encima de 85.

Tabla 1. Estadística descriptiva de los puntajes por dimensión y total del instrumento CARE-Q

Dimensión	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Accesibilidad	90,8	11,4	40,0	100
Explica y facilita	86,3	13,8	45,0	100
Conforta	87,2	11,3	38,9	100
Se anticipa	86,0	13,8	37,5	100
Mantiene relación de confianza	88,6	11,8	38,9	100
Monitorea y hace seguimiento	95,2	7,5	62,5	100
Total	88,9	10,1	47,3	100

En la Tabla 2 se puede apreciar la frecuencia de las acciones de cuidado de la enfermera, contempladas en el CARE-Q, de acuerdo a las dimensiones y según las respuestas de los padres que participaron en el estudio. En la dimensión **Accesibilidad**, las respuestas se ubican predominantemente en las categorías siempre y casi siempre. El ítem que obtuvo la mejor valoración por los padres fue el de *si la enfermera se aproxima a su hijo para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos* (siempre = 81 %). En la dimensión **Explica y facilita**, el ítem *La enfermera es honesta con usted en cuanto a la condición médica de su hijo* obtuvo la mejor valoración (siempre = 98,3 %), mientras que los ítems más bajos fueron *la enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle al doctor cuando lo necesite* (siempre = 40,5 %), seguido de *la enfermera le enseña cómo cuidar a su hijo* (siempre = 66,1 %) y *le informó sobre los grupos de apoyo con que cuenta la institución de salud para que ellos puedan aprender a cuidar a su hijo* (siempre = 66,1 %).

En cuanto a la dimensión **Conforta**, el (88,4 %) afirma que: *la enfermera siempre es amable con su hijo a pesar de tener situaciones difíciles*. Es llamativo que solo un 22,3 % de los padres expresaron que el personal siempre *se sienta con ellos para entablar una conversación*. Por su parte en la dimensión **Se anticipa**, los porcentajes más bajos en la respuesta siempre fueron para el ítem *cuando se siente agobiado por la enfermedad de su hijo la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención* (42,1 %) y *la enfermera le ayuda a establecer metas razonables* (47,1 %).

En la dimensión **Mantiene relación de confianza** los ítems con más alta puntuación fueron *La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con su hijo* (siempre = 91,7 %) y *La enfermera se identifica y se presenta ante usted* (siempre = 81,6 %). Con la más baja valoración fue puntuado el ítem *la enfermera lo anima para que formule preguntas al médico relacionadas con la situación de salud de su hijo* (siempre = 38,8 %).

Por último, en la dimensión **Monitorea y hace seguimiento** se destaca que el 90,1 % de los padres señalaron siempre en el ítem *la enfermera es organizada en la realización de su trabajo*, mientras que solamente el 67,8 % señala que la enfermera se asegura que usted sepa cómo cuidar a su hijo.

Tabla 2. Percepción de los padres de los niños hospitalizados en una unidad neonatal de la frecuencia de las acciones de cuidado de la enfermera según ítem

Dominio / pregunta	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Accesibilidad								
La enfermera se aproxima a su hijo para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos	0	0,0	3	2,5	20	16,5	98	81,0
La enfermera da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo a su hijo	0	0,0	3	2,5	21	17,4	97	80,2
La enfermera visita a su hijo en su cama con frecuencia para vigilar su estado de salud	0	0,0	6	5,0	39	32,2	76	62,8
La enfermera responde rápidamente ante el llanto de su hijo o el llamado de usted como padre	1	0,8	6	5,0	31	25,6	83	68,6
La enfermera le pide que la llame si usted siente que su hijo está mal	12	9,9	11	9,1	14	11,6	84	69,4
Explica y facilita								
La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento del cuidado de su hijo	9	7,4	11	9,1	21	17,4	80	66,1
La enfermera le da información clara y precisa sobre la situación de salud de su hijo	0	0,0	6	5,0	26	21,5	89	73,6
La enfermera le enseña cómo cuidar a su hijo	6	5,0	10	8,3	25	20,7	80	66,1
La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle al doctor cuando lo necesite	21	17,4	25	20,7	26	21,5	49	40,5
La enfermera es honesta con usted en cuanto a la condición médica de su hijo	0	0,0	2	1,7	17	14,0	102	84,3
Conforta								
La enfermera se esfuerza para que su hijo pueda descansar cómodamente	0	0,0	3	2,5	16	13,2	102	84,3
La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos del tratamiento de su hijo	6	5,0	2	1,7	33	27,3	80	66,1
La enfermera es amable con su hijo a pesar de tener situaciones difíciles	1	0,8	3	2,5	10	8,3	107	88,4
La enfermera es alegre	1	0,8	10	8,3	44	36,4	66	54,5
La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación	31	25,6	30	24,8	33	27,3	27	22,3

La enfermera establece contacto físico con su hijo cuando necesita consuelo	7	5,8	19	15,7	39	32,2	56	46,3
La enfermera lo escucha con atención	1	0,8	3	2,5	18	14,9	99	81,8
La enfermera habla con usted amablemente	0	0,0	4	3,3	18	14,9	99	81,8
La enfermera lo involucra en el cuidado de su hijo	3	2,5	13	10,7	22	18,2	83	68,6
Se anticipa								
La enfermera le presta mayor atención a su hijo en las horas de la noche	1	1,0	7	7,2	28	28,8	61	62,8*
La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted sobre la situación de salud de su hijo	3	2,5	13	10,7	33	27,3	72	59,5
Cuando se siente agobiado por la enfermedad de su hijo. la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención	19	15,7	22	18,2	29	24,0	51	42,1
La enfermera está pendiente de las necesidades de su hijo para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud	0	0,0	1	0,8	19	15,7	101	83,5
La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo	5	4,1	17	14,0	27	22,3	72	59,5
Cuando la enfermera esta con su hijo realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en el	0	0,0	4	3,3	10	8,3	107	88,4
La enfermera continúa interesada en su hijo aunque haya pasado por una crisis o fase crítica	1	0,8	7	5,8	25	20,7	88	72,7
La enfermera le ayuda a establecer metas razonables	14	11,6	16	13,2	34	28,1	57	47,1
La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle de los cambios en la situación de salud en su hijo	3	2,5	9	7,4	25	20,7	84	69,4
La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención a su hijo	12	9,9	11	9,1	30	24,8	68	56,2
Mantiene relación de confianza								
La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a la situación de su hijo	1	0,8	3	2,5	24	19,8	93	76,9
La enfermera acepta que usted es quien mejor conoce a su hijo y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado	8	6,6	14	11,6	32	26,4	67	55,4
La enfermera lo anima para que formule preguntas al médico relacionadas con la situación de salud de su hijo	18	14,9	19	15,7	37	30,6	47	38,8
La enfermera pone a su hijo en primer lugar sin importar que pase a su alrededor	7	5,8	15	12,4	30	24,8	69	57,0

La enfermera es amistosa y agradable con ustedes	1	0,8	9	7,4	21	17,4	90	74,4
La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimiento sobre la enfermedad y tratamiento de su hijo	3	2,5	6	5,0	30	24,8	82	67,8
La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con su hijo	0	0,0	1	0,8	9	7,4	111	91,7
La enfermera lo identifica y trata a su hijo como una persona individual	1	0,8	5	4,1	19	15,7	96	79,3
La enfermera se identifica y se presenta ante usted	4	3,3	4	3,3	13	10,7	100	82,6
Monitorea y hace seguimiento								
El uniforme y el carnet que porta la enfermera la caracteriza como tal	0	0,0	0	0,0	10	8,3	111	91,7
La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento	1	0,8	2	1,7	24	19,8	94	77,7
La enfermera es organizada en la realización de su trabajo	0	0,0	1	0,8	11	9,1	109	90,1
La enfermera realiza los procedimientos con seguridad	0	0,0	2	1,7	13	10,7	106	87,6
La enfermera es calmada	0	0,0	1	0,8	14	11,6	106	87,6
La enfermera le proporciona buen cuidado físico a su hijo	0	0,0	2	1,7	14	11,6	105	86,8
La enfermera se asegura que usted sepa cómo cuidar a su hijo	3	2,5	8	6,6	28	23,1	82	67,8
La enfermera identifica cuando es necesario llamar al medico	1	0,8	5	4,1	14	11,6	101	83,5
Dominio / pregunta	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre				
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Accesibilidad								
La enfermera se aproxima a su hijo para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos	0	0,0	3	2,5	20	16,5	98	81,0
La enfermera da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo a su hijo	0	0,0	3	2,5	21	17,4	97	80,2
La enfermera visita a su hijo en su cama con frecuencia para vigilar su estado de salud	0	0,0	6	5,0	39	32,2	76	62,8
La enfermera responde rápidamente ante el llanto de su hijo o el llamado de usted como padre	1	0,8	6	5,0	31	25,6	83	68,6
La enfermera le pide que la llame si usted siente que su hijo está mal	12	9,9	11	9,1	14	11,6	84	69,4

Explica y facilita									
La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento del cuidado de su hijo	9	7,4	11	9,1	21	17,4	80	66,1	
La enfermera le da información clara y precisa sobre la situación de salud de su hijo	0	0,0	6	5,0	26	21,5	89	73,6	
La enfermera le enseña cómo cuidar a su hijo	6	5,0	10	8,3	25	20,7	80	66,1	
La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle al doctor cuando lo necesite	21	17,4	25	20,7	26	21,5	49	40,5	
La enfermera es honesta con usted en cuanto a la condición médica de su hijo	0	0,0	2	1,7	17	14,0	102	84,3	
Conforta									
La enfermera se esfuerza para que su hijo pueda descansar cómodamente	0	0,0	3	2,5	16	13,2	102	84,3	
La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos del tratamiento de su hijo	6	5,0	2	1,7	33	27,3	80	66,1	
La enfermera es amable con su hijo a pesar de tener situaciones difíciles	1	0,8	3	2,5	10	8,3	107	88,4	
La enfermera es alegre	1	0,8	10	8,3	44	36,4	66	54,5	
La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación	31	25,6	30	24,8	33	27,3	27	22,3	
La enfermera establece contacto físico con su hijo cuando necesita consuelo	7	5,8	19	15,7	39	32,2	56	46,3	
La enfermera lo escucha con atención	1	0,8	3	2,5	18	14,9	99	81,8	
La enfermera habla con usted amablemente	0	0,0	4	3,3	18	14,9	99	81,8	
La enfermera lo involucra en el cuidado de su hijo	3	2,5	13	10,7	22	18,2	83	68,6	
Se anticipa									
La enfermera le presta mayor atención a su hijo en las horas de la noche	1	1,0	7	7,2	28	28,8	61	62,8*	
La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted sobre la situación de salud de su hijo	3	2,5	13	10,7	33	27,3	72	59,5	
Cuando se siente agobiado por la enfermedad de su hijo, la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención	19	15,7	22	18,2	29	24,0	51	42,1	
La enfermera está pendiente de las necesidades de su hijo para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud	0	0,0	1	0,8	19	15,7	101	83,5	

La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo	5	4,1	17	14,0	27	22,3	72	59,5	
Cuando la enfermera esta con su hijo realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en él	0	0,0	4	3,3	10	8,3	107	88,4	
La enfermera continúa interesada en su hijo aunque haya pasado por una crisis o fase crítica	1	0,8	7	5,8	25	20,7	88	72,7	
La enfermera le ayuda a establecer metas razonables	14	11,6	16	13,2	34	28,1	57	47,1	
La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle de los cambios en la situación de salud en su hijo	3	2,5	9	7,4	25	20,7	84	69,4	
La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención a su hijo	12	9,9	11	9,1	30	24,8	68	56,2	
Mantiene relación de confianza									
La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a la situación de su hijo	1	0,8	3	2,5	24	19,8	93	76,9	
La enfermera acepta que usted es quien mejor conoce a su hijo y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado	8	6,6	14	11,6	32	26,4	67	55,4	
La enfermera lo anima para que formule preguntas al médico relacionadas con la situación de salud de su hijo	18	14,9	19	15,7	37	30,6	47	38,8	
La enfermera pone a su hijo en primer lugar sin importar que pase a su alrededor	7	5,8	15	12,4	30	24,8	69	57,0	
La enfermera es amistosa y agradable con ustedes	1	0,8	9	7,4	21	17,4	90	74,4	
La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento de su hijo	3	2,5	6	5,0	30	24,8	82	67,8	
La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con su hijo	0	0,0	1	0,8	9	7,4	111	91,7	
La enfermera lo identifica y trata a su hijo como una persona individual	1	0,8	5	4,1	19	15,7	96	79,3	
La enfermera se identifica y se presenta ante usted	4	3,3	4	3,3	13	10,7	100	82,6	
Monitorea y hace seguimiento									
El uniforme y el carnet que porta la enfermera la caracteriza como tal	0	0,0	0	0,0	10	8,3	111	91,7	
La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento	1	0,8	2	1,7	24	19,8	94	77,7	
La enfermera es organizada en la realización de su trabajo	0	0,0	1	0,8	11	9,1	109	90,1	

La enfermera realiza los procedimientos con seguridad	0	0,0	2	1,7	13	10,7	106	87,6
La enfermera es calmada	0	0,0	1	0,8	14	11,6	106	87,6
La enfermera le proporciona buen cuidado físico a su hijo	0	0,0	2	1,7	14	11,6	105	86,8
La enfermera se asegura que usted sepa cómo cuidar a su hijo	3	2,5	8	6,6	28	23,1	82	67,8
La enfermera identifica cuando es necesario llamar al medico	1	0,8	5	4,1	14	11,6	101	83,5

*En este ítem el total de respuesta fue 97 porque 27 padres no respondieron, dado que no estuvieron en las horas de la noche acompañando a su hijo.

Discusión

El instrumento CARE-Q en esta investigación obtuvo un alfa de Cronbach general de 0,955, lo cual indica que su aplicación es altamente confiable para la población de este estudio (Tavakol y Dennick, 2011). Éste es un aspecto de interés, dado que no se encontraron otras experiencias de la aplicación de este instrumento en el contexto del cuidado neonatal. Estudios con otras poblaciones en los que se aplicó el mismo instrumento (Gonzales, 2014; Martínez y Barajas, 2012; Sepúlveda et al., 2009; Van der Elst et al., 2013) obtuvieron alfa de Cronbach por encima de 0,7, pero no son comparables con el obtenido en el presente estudio, cabe mencionar que se aplicó a los padres de los neonatos y no directamente al paciente que es objeto del cuidado.

En cuanto a las variables sociodemográficas se identificó una población de padres predominantemente adulta joven, con una media de edad de 26 años y un nivel educativo y socioeconómico medio. Estos hallazgos en general coinciden con los encontrados en las poblaciones de otros estudios realizados en América Latina (Bernal y Cardona, 2014; Donoso, Carvajal, Vera y Poblete, 2014). Por otra parte, en cuanto a las variables del estado de salud del neonato, la prematurez fue la primera causa de ingreso y el peso fue inferior a 2.500 gramos, hallazgos que son coherentes con el contexto local, nacional e internacional, donde la prematuridad y el bajo peso son las primeras causas de ingreso a la unidad neonatal (Bernal y Cardona, 2014; Kayode et al., 2014). Desde una perspectiva general, la calidad del cuidado de enfermería percibida por los padres de los neonatos evaluados con el CARE-Q es alta. Estudios en otras poblaciones realizados con este instrumento son coherentes desde el punto de vista de la percepción general, ya que también se encontraron valoraciones altas frente a las acciones de cuidado durante la hospitalización (Guzmán, 2013; Martínez y Barajas, 2012).

En el análisis por dimensiones **Explica y facilita y se anticipa** obtuvieron puntajes altos, pero con desviaciones estándar amplias, lo cual sugiere una puntuación baja en algunos de sus ítems, siendo un aspecto de interés y de análisis. En cuanto a la dimensión **Explica y facilita** que hace referencia a la información que el personal de enfermería brinda a los padres sobre aspectos difíciles o desconocidos (Sepúlveda et al., 2009), otros estudios realizados en el país también obtuvieron una valoración alta (Guzmán, 2013; Martínez y Barajas, 2012), pero en el

presente estudio, existen diferencias en el análisis de los ítems. Un hallazgo particular tiene que ver con que los ítems donde se obtuvo una menor valoración están relacionados con los procesos de comunicación con los padres y con el equipo de salud. La comunicación es entre otros un elemento fundamental para brindar educación y para enseñar a los padres cómo cuidar a sus hijos, siendo esta una tarea continua del personal de enfermería en las unidades neonatales durante todo el proceso de hospitalización (Ingram et al., 2016). Al respecto, Swanson (como se citó en Alligood, 2015) en su teoría define los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que siente un compromiso y una responsabilidad personal. En este sentido habría que considerar la importancia de fortalecer los procesos educativos a los padres como un elemento de la calidad del cuidado de enfermería de los neonatos.

Por otra parte, la dimensión **Se anticipa** fue en general bien valorada, hallazgo contrario al de otro estudio realizado en el país con el mismo instrumento, donde esta dimensión fue percibida con un menor nivel de calidad (Molina, 2011). **Se anticipa** es una dimensión que hace referencia a la capacidad del personal de enfermería de prevenir las complicaciones y adelantarse a la satisfacción de las necesidades del paciente, aspecto que Kristen Swanson (como se citó en Alligood, 2015) reafirma en su teoría. Cuando el sujeto de cuidado es el neonato y su familia, anticiparse es un aspecto que cobra especial importancia, puesto que las necesidades emocionales de los padres en el contexto neonatal son comunes y en muchos casos predecibles (Ingram et al., 2016).

En esta dimensión los ítems que tienen que ver con la participación de los padres en el establecimiento de metas razonables y de propuestas de nuevos planes de intervención en el cuidado obtuvieron puntuaciones bajas. Este elemento plantea la importancia de generar acciones que favorezcan la participación de los padres para alcanzar un mayor empoderamiento en el proceso de cuidado (Daza de Caballero, Torres y Prieto, 2005), ya que es una meta de gran importancia para que los padres adquieran confianza en el cuidado de sus hijos.

La dimensión **Monitorea y hace seguimiento** fue la mejor valorada en el presente estudio; este hallazgo es llamativo, puesto que, indaga acerca del dominio de lo científico, técnico y procedimental. El cuidado neonatal exige el desarrollo de competencias prácticas específicas, dada la vulnerabilidad del neonato (Henriques, 2012); los hallazgos de esta investigación muestran un panorama positivo frente a la calidad del cuidado percibida por los padres en este sentido. En las demás dimensiones, el análisis según los ítems plantea aspectos de interés, entre los que se destaca que, en la dimensión de **Accesibilidad**, el ítem mejor valorado por los padres tiene que ver con el papel del personal de enfermería en el alivio de dolor de sus hijos, lo que indica que la enfermera prioriza esta necesidad en los neonatos, aspecto de gran importancia dentro de este ámbito de cuidado (Braga et al., 2017) to verify the measures adopted for pain relief during the first seven days of hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit and to identify the type and frequency of invasive procedures to which newborns are submitted.\nMethod:: cross-sectional retrospective study. Out of the 188 hospitalizations occurred during the 12-month period, 171 were included in the study. The data were collected from the charts and the presence of pain was analyzed based on the Neonatal Infant Pain Scale and on nursing notes suggestions of pain. For statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences was used, and the significance level was set at 5%.\nResults:: there was at least one record of

pain in 50.3% of the hospitalizations, according to the pain scale adopted or nursing note. The newborns underwent a mean of 6.6 invasive procedures per day. Only 32.5% of the pain records resulted in the adoption of pharmacological or non-pharmacological intervention for pain relief.

Conclusion: newborns are frequently exposed to pain and the low frequency of pharmacological or non-pharmacological interventions reinforces the undertreatment of this condition.

Objetivo: determinar a frequência de dor e verificar as medidas realizadas para seu alívio durante os sete primeiros dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, bem como identificar o tipo e frequência de procedimentos invasivos aos quais os recém-nascidos foram submetidos.

Método: estudo retrospectivo transversal. Das 188 internações ocorridas no período estipulado de 12 meses, 171 foram incluídas na pesquisa. Os dados foram coletados a partir dos prontuários e a presença de dor foi analisada tanto com base na escala de dor Neonatal Infant Pain Scale quanto mediante anotação de enfermagem sugestiva de dor. Para análise estatística, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences, adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados: em 50,3% das internações houve ao menos um registro de dor, conforme escala de dor adotada ou anotação de enfermagem. Os recém-nascidos foram submetidos à média de 6,6 procedimentos invasivos por dia. Apenas 32,5% dos registros de dor resultaram na adoção de condutas farmacológicas ou não farmacológicas para seu alívio.

Conclusão: observa-se que os recém-nascidos são frequentemente expostos à dor e a baixa frequência de intervenções farmacológicas ou não farmacológicas reforça o subtratamento dessa condição.

Objetivo: determinar la frecuencia del dolor, comprobar las medidas tomadas para su alivio durante los siete primeros días de internación en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal e identificar el tipo de procedimientos invasivos y la frecuencia a que se sometieron los recién nacidos.

Método: estudio retrospectivo transversal. De las 188 internaciones realizadas en el período estipulado de 12 meses, se incluyeron 171 en la investigación. Los datos se recolectaron a partir de los prontuarios; la presencia de dolor se analizó según la Escala de Valorización del Dolor en el Neonato (Neonatal Infant Pain Scale).

De igual forma, en la dimensión **Conforta** es llamativo que los padres tuvieron una baja valoración frente a la posibilidad de que el personal de enfermería se sentara para entablar una conversación con ellos, pero valoraron positivamente que la enfermera siempre es amable con su hijo a pesar de tener situaciones difíciles. Este hallazgo tiene sentido, en tanto que demuestra como las enfermeras pueden establecer una comunicación interpersonal y terapéutica, sin embargo, el establecimiento da una relación transpersonal (Ramírez y Parra, 2011) que puede ser compleja en las unidades neonatales, donde las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de técnicas desplazan el reconocimiento del lugar que ocupan las relaciones humanas significativas (Ramírez y Müggenburg, 2015). Por último en la dimensión **mantiene relaciones de confianza** los resultados dan cuenta que, los padres perciben que el personal de enfermería lo anima poco a realizar preguntas al médico sobre la situación de salud de su hijo, lo cual indica que es necesario fortalecer la comunicación, no solo en dirección a las familias (Achury, Pinilla y Alvarado, 2015; Wigert, Dellenmark, & Bry, 2013), sino también entre los equipos de salud.

Conclusiones

Desde un punto de vista general los padres perciben de manera positiva el cuidado de enfermería que sus hijos reciben en la unidad neonatal. Sin embargo, en el análisis por dimensiones existe la necesidad de fortalecer

aspectos relacionados, principalmente, con: **Explica y facilita y Se anticipa**, entre los que se destacan las relaciones interpersonales y los procesos de comunicación con las familias y con el equipo de salud.

Los resultados orientan hacia la necesidad de proponer acciones encaminadas a establecer espacios y canales de comunicación para los padres y el equipo de salud, para fortalecer el establecimiento de planes de cuidado claramente definidos e individualizados en los que se involucre a la familia como sujeto de cuidado. De igual forma, es importante que los procesos comunicativos favorezcan la educación que se da a los padres para el cuidado de sus hijos y para involucrarlos tempranamente en el mismo, ya que este aspecto es determinante en la confianza y la capacidad de cuidado de los padres.

Reconoce como limitación del estudio el tipo de muestreo que para el presente estudio no fue probabilístico, dado que la dinámica de la unidad tiene baja rotación por largas estancias de pacientes derivadas de su alta complejidad.

Referencias

- Achury, D., Pinilla, M. y Alvarado, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 33(1), 102-111. doi: 10.17533/udea.iee.v33n1a12
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería* (8^{va} ed.). Barcelona: Elsevier.
- Almeida, R., Bourliataux-Lajoinie, S. y Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 31(1), 11-25.
- Bernal, D. y Cardona, D. (2014). Caracterización de la Mortalidad Perinatal en Manizales, Colombia, 2009-2012. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 19(2), 66-80.
- Braga, N., Rossato, L., Bueno, M., Kimura, A., Costa, T. y Batista, D. (2017). Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25, e2931. doi: org/10.1590/1518-8345.1665.2931
- Cantillo, E. (2015). *Percepción de enfermería de los comportamientos de cuidado en las unidades de cuidado intensivo neonatal del distrito de Barranquilla* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/51270/1/32752241.2015.pdf>
- Daza de Caballero, R., Torres, A. y Prieto, G. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 18-22.
- Donoso, E., Carvajal, J., Vera, C. y Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica De Chile*, 142(2), 168-174.

González, M. (2014). *Satisfacción del cuidado de enfermería en gestantes hospitalizadas por preeclampsia* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/40150/1/539794.2014.pdf>

Guzmán, M. (2013). *Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Montería 2013* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>

Henriques, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 192-200. doi: org/10.1590/S0104-11692012000100025

Ingram, J., Powell, J., Blair, P., Pontin, D., Redshaw, M., Manns, S.,... Fleming, P. J. (2016). Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. *BMJ Open*, 6(3), e010752. doi:10.1136/bmjopen-2015-010752

Jefferies, A. L., Canadian Paediatric Society y Fetus and Newborn Committee. (2014). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, 19(1), 31-42.

Kayode, G., Ansah, E., Agyepong, I., Amoakoh, M., Grobbee, D. y Klipstein, K. (2014). Individual and community determinants of neonatal mortality in Ghana: a multilevel analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 165. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-165>

Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.

Martínez, W. y Barajas, M. (2012). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(1), 13-23.

Martins, P. y Perroca, M. (2017). Care necessities: the view of the patient and nursing team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1026-1032. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0197

Molina, E. (2011). *Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliar en Bogotá* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

Müggenburg, C., Riveros-Rosas, A. y Juárez-García, F. (2016). Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 201-207. doi: 10.1016/j.reu.2016.08.001

Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H. y Merkouris, A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing - a correlational study. *BMC Nursing*, 13, 26. doi:10.1186/1472-6955-13-26

Ramírez, C. y Parra, M. (2011). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados. *Revista Avances de Enfermería*, 4(1), 97-108.

Ramírez, P. y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134-143.

Sepúlveda, G., Rojas, L., Cárdenas, O., Guevara, E. y Castro, A. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q en versión al español en población colombiana. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4(4), 1-17.

Sobel, H., Huntington, D. y Temmerman, M. (2016). Quality at the centre of universal health coverage. *Health Policy and Planning*, 31(4), 547-549. doi: 10.1093/heapol/czv095

Tavakol, M. y Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Torres, C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en Enfermería*, 28(2), 98-110.

Van der, E., Dierckx, B., Biets, R., Rchaidia, L. y Gastmans, C. (2013). Oncology patients' perceptions of «the good nurse»: a descriptive study in Flanders, Belgium. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 16(4), 719-729. doi:10.1007/s11019-013-9469-1

Wigert, H., Dellenmark, M. y Bry, K. (2013). Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatrics*, 13, 71. doi: org/10.1186/1471-2431-13-71

Instrumentos de valoración en enfermería cardiovascular

Jhon Henry Osorio Castaño¹
Adriana Paola Guzmán Zolaque²
Marcela Román Bedoya³

Resumen

Objetivo: Identificar en la literatura científica los instrumentos de enfermería validados para la valoración de los pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares. **Métodos:** revisión integrativa de la literatura en la que se realizó una búsqueda de artículos primarios en Lilacs/BIREME, EBSCO, Pubmed/MEDLINE y ScienceDirect con los términos de: enfermería, cardiovascular, instrumento, escala o herramienta en idioma español, inglés y portugués. Se construyó una base de datos con información de los estudios incluidos y se integró la información de forma narrativa. **Resultados:** Se identificó 14 instrumentos de enfermería validados que permiten valorar prácticas de autocuidado, adherencia a tratamientos y calidad de vida. Las técnicas de validación incluyeron validez de contenido y de constructo y a todos se les realizó medición de confiabilidad. **Conclusiones:** Los instrumentos utilizados para la valoración de pacientes con enfermedad cardiovascular favorecen la integración de fenómenos centrales a la práctica diaria, mejorando el quehacer y la formulación de intervenciones para necesidades específicas relacionadas con el autocuidado, la adherencia y la calidad de vida.

Palabras clave: enfermería, enfermedades cardiovasculares, escalas, estudios de validación, enfermería cardiovascular.

Instruments of assessment in cardiovascular nursing

Abstract

Objective: To identify in the scientific literature validated nursing instruments for the assessment of patients with cardiovascular diseases. **Method:** integrative review of the literature in which a search of primary articles was carried out in Lilacs/BIREME, EBSCO, Pubmed/MEDLINE and ScienceDirect with the terms: nursing, cardiovascular, instrument, scale or tool in Spanish, English and Portuguese. A database with information on the included studies was built and the information was integrated in a narrative manner. **Results:** fourteen validated nursing instruments were identified that allow assessing self-care practices, adherence to treatments and quality of life. Validation

¹ Magíster en Epidemiología. Docente, Universidad Pontificia Bolivariana. Correo electrónico: Jhon.osorio@upb.edu.co

² Fundación Cardio-infantil, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: Adriana.guzmanz@hotmail.com

³ San Vicente Fundación, Medellín, Colombia. Correo electrónico: Marce23-04@hotmail.com

Ponencia oral

techniques included content and construct validity and all were measured for reliability. **Conclusions:** the instruments used for assessment of patients with cardiovascular disease favor the integration of central phenomena to daily practice, improving the task and formulating interventions for specific needs related to self-care, adherence and quality of life.

Key words: nursing, cardiovascular diseases, scales, validation studies, cardiovascular nursing.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades cardiovasculares como anomalías que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Se calcula que en el 2014 según cifras de la OMS fallecieron por esta causa cerca de 17.5 millones de personas y a la vez contribuyeron al aumento de los costos de los sistemas de salud (World Health Organization, 2014).

La American Heart Association (AHA) calculó que, en Estados Unidos, 92.1 millones de personas tendrían por lo menos 1 tipo de enfermedad cardiovascular, entre los años 2011-2014, además, predicen que para el 2030 el 43,9 % de los adultos de ese país tendrán alguna forma de enfermedad cardiovascular (Benjamin et al., 2017).

En Colombia, la primera causa de mortalidad fue por enfermedades cardiovasculares, entre 2005 y 2013 en ambos sexos, de las cuales, la enfermedad isquémica del corazón representa el 57 % de las muertes, el 20 % por enfermedad cerebrovascular, 7 % por enfermedad hipertensiva y 4 % por insuficiencia cardíaca (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Se evidencia así, una de las problemáticas en salud pública más grandes del mundo, con repercusiones devastadoras para los pacientes y sus familias; la persona que se diagnostica con una enfermedad del corazón cambia la visión que tiene de sí misma, de la vida y cómo afecta las relaciones con los miembros de su familia y los amigos más cercanos (Achury, Rodríguez, Agudelo, Hoyos y Acuña, 2011). Su capacidad física se ve seriamente comprometida al intentar realizar actividades que son rutinarias en su vida laboral, familiar y social, a tal punto que se pierden los roles dentro de su entorno, se crea un ambiente de incertidumbre y de angustia por su enfermedad, por el hecho de requerir un tratamiento; todo esto afecta directamente su calidad de vida, algunos pacientes se ven más afectados que otros, ya que, influye el tipo de enfermedad, las comorbilidades asociadas, la medicación que debe utilizar y el tipo de cuidados especializados que debe tener (Sierra y Cardona, 2017).

Por esto, la atención en enfermería cardiovascular debe abarcar, además de lo anterior, el afrontamiento de estos pacientes a nuevos estilos de vida (Jeon, Kraus, Jowsey y Glasgow, 2010) y el fortalecimiento de los conocimientos acerca de su enfermedad, sus cuidados y una gestión eficaz de su adherencia al tratamiento centrado en sus emociones (Paradis, Cossette, Frasure, Heppell y Guertin, 2010).

Por lo anterior, es importante comprender la utilidad del proceso de enfermería en cada una de sus fases, la integración sistemática de la evidencia científica y la obtención de información de manera organizada, controlada y periódica a través de la valoración del paciente para determinar sus necesidades (Reina, 2010).

Es aquí donde aparecen las escalas o instrumentos de valoración, para dar fuerza al cuidado de enfermería a través de un método de atención. Estas deben garantizar fiabilidad en los resultados obtenidos y fácil interpretación por parte del profesional de enfermería que los aplique (Espelt et al., 2015). El uso sistemático de escalas de valoración validadas permite orientar al profesional de enfermería en la toma de decisiones frente a la atención de los pacientes (Guzmán y Lleras, 2008), creando planes de cuidado orientados a satisfacer necesidades individuales, a través de la formulación de un diagnóstico enfermero derivado de los resultados de la escala aplicada (NANDA International, 2015).

En la actualidad existen gran cantidad de escalas de valoración diseñadas y validadas por enfermería, las cuales valoran diferentes fenómenos que experimentan las personas con alguna condición de salud o enfermedad; pero dada la importancia, el impacto mundial y el crecimiento rápido de la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares se hace necesario, como propósito, revisar de manera sistemática la literatura, que permita dar cuenta de las diferentes escalas que se han diseñado, específicamente, para pacientes con estas experiencias en su salud cardiovascular; para identificar su origen, las dimensiones evaluadas y los métodos de validación que se utilizaron en cada una de ellas.

Materiales y métodos

Estudio tipo revisión integrativa, para la cual se realizó una búsqueda de artículos primarios en las siguientes bases de datos: Lilacs/BIREME, EBSCO, Pubmed/MEDLINE y ScienceDirect. Se utilizaron los siguientes términos en español: enfermería, cardiovascular, instrumento, escala o herramienta, y en inglés: *nursing, cardiovascular, instrument, scale, tool*. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en español, inglés y portugués, no se aplicó límite de tiempo de publicación. Se construyó una base de datos de los resultados de la búsqueda, que incluyó: fecha de búsqueda, base de datos, términos utilizados, conectores booleanos, resultados de la búsqueda, excluidos por título, resumen o idioma, incluidos para lectura completa.

Se definieron como criterios de inclusión de los artículos primarios que: estuviesen disponibles en texto completo, que fueran estudios de validación de instrumentos, que el constructo medido y el estudio fuesen de la disciplina enfermera y que se hubiese realizado como mínimo medición de la confiabilidad y algún tipo de validación (de contenido, facial, de constructo y/o de criterio).

La selección de los artículos se hizo primero por título, posteriormente por resumen y aquellos que fueron seleccionados se descargaron en texto completo para lectura. Después de esto, se definió su inclusión teniendo en cuenta los criterios definidos. Se construyó una base de datos para recopilar la información procedente de los estudios en texto completo, que incluyó las siguientes variables: título, autores, año, idioma, país, base de datos, constructo medido, referente teórico, tamaño de muestra, sujetos de estudio, escenario, total ítems, total dimensiones, escala de medición, tipo de validez, confiabilidad, decisión final de inclusión o exclusión dentro de la revisión. Es importante clarificar que no se realizó evaluación de la calidad de los artículos incluidos.

Los estudios que finalmente se incluyeron se integraron de forma narrativa. Dicha integración se hizo teniendo como base los constructos medidos, a partir de ellos se realizó la descripción de las características de las técnicas de validación y los resultados de la confiabilidad de las escalas identificadas.

Resultados

Siete artículos fueron en idioma español, seis en inglés y solo uno en portugués; el 50 % de los artículos fueron publicados en Colombia, cuatro en China, seguidos de Brasil, Portugal y Líbano con uno. El periodo de publicación de los artículos de validación se realizó entre 2005-2017, de los cuales solo seis se realizaron en los últimos 5 años.

Los instrumentos encontrados para valoración de pacientes con enfermedades cardiovasculares en esta búsqueda se agruparon en los siguientes constructos: autocuidado, adherencia a tratamientos y calidad de vida. A continuación, se describen las características de los diferentes instrumentos a partir de los constructos identificados.

Autocuidado

El estudio de Rodríguez y Arredondo (2012) validó la *Revised Heart Failure Self-care Behavior Scale* (RHFSBS) de Jaarsma, Stömberg, Martensson y Dracup (2003) en tres fases: validación cultural con 13 enfermeros expertos y 12 pacientes, de allí nace la Escala Modificada de Comportamientos de Autocuidado en pacientes con Falla Cardíaca (EMCAFC), con una escala de medición tipo Likert de 6 opciones. En la segunda fase se tomaron 206 pacientes a conveniencia con falla cardíaca y se realizó la validación de constructo por medio de análisis factorial a través del método de componentes principales; se determinaron 4 dimensiones: Solicitud de ayuda (seis ítems), adaptación a la enfermedad (tres ítems), adherencia al tratamiento farmacológico (tres ítems) y adherencia al tratamiento no farmacológico (nueve ítems). En la tercera fase se hizo un análisis de confiabilidad que reportó un alfa de Cronbach de 0,75.

En el estudio de Velandia y Rivera (2009) se utilizó la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) de Evers et al. (1986); en su segunda versión en español por Gallegos (1998). La escala ASA consta de 24 ítems, 5 dimensiones y medición con respuesta tipo Likert, ésta se aplicó a 201 personas del programa de crónicos de un hospital. La confiabilidad de la escala se midió a través del alfa de Cronbach con un puntaje de 0,689.

Manrique, Fernández y Velandia (2009) realizaron el análisis factorial de la misma escala ASA con la misma población del estudio anteriormente expuesto, se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con un índice de 0,70, luego se ejecutó el análisis factorial, mediante el método de componentes principales, se establecieron 9 factores sin llegar a determinar sus dimensiones y al final proponen un modelo de escala ASA con 18 ítems.

El último instrumento fue el Self-care of Heart Failure Index (SCHFI) de Moser et al. (2009) en sus versiones árabe y chino simplificado. En la versión árabe (A-SCHFI) se realizó validez facial y de contenido por un panel de 10 expertos; el análisis factorial exploratorio se llevó a cabo aplicando el instrumento a 223 pacientes con falla cardíaca. Este análisis se realizó previa prueba de KMO de 0,669 y obtuvo una varianza del 37,5 % explicada por tres factores, el coeficiente de confiabilidad fue de 0,87 para mantenimiento, 0,97 para manejo y 0,97 para Confidencia (Deek et al., 2016).

La versión china (C-SCHFI) se validó con 182 pacientes con falla cardíaca de 3 unidades del hospital cardiovascular de Fuwai, la validez facial y de contenido se realizó por un panel de 10 expertos, se realizó validez de criterio con la

Partners in Health Scale con unas correlaciones moderadas (-0,35 – 0,60) y para la validez discriminante se utilizó la *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (Rector y Cohn, 1992) concluyendo medición de conceptos diferentes. Se realizó análisis factorial con un KMO de 0,811 y tres factores que explicaron 43 % de la varianza (Kang et al., 2015).

Adherencia a tratamientos

Bonilla (2007) diseñó un instrumento denominado: *Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*, basado en los lineamientos de la OMS. A los 79 ítems que evaluaban, 5 dimensiones en una escala Likert de 3 puntos se les realizó validación de contenido con 10 enfermeros expertos y un índice de validez de contenido (IVC) de 0,91, lo cual redujo el instrumento a 72 ítems.

Contreras, Flórez y Herrera (2008) decidieron validar el instrumento creado por Bonilla (2007) en dos fases: una validez facial con 40 enfermeros expertos y 40 personas con factores de riesgo cardiovascular, de allí se ajustó una nueva versión del instrumento con 62 ítems. En la segunda fase se realizó un análisis de confiabilidad, el cual se aplicó a 831 pacientes con un resultado de 0,79, luego del análisis de matriz de correlaciones inter-ítems se suprimieron 10 ítems, quedando 52, 5 dimensiones y un alfa de Cronbach de 0,833.

Ortiz (2010) realizó una nueva validación a la escala de Bonilla (2007), la cual fue validada por Contreras et al. (2008), en una muestra de 485 pacientes a la que se le realizó una validez de constructo a través de análisis factorial exploratorio, que redujo el instrumento a 24 ítems, sin afectar su constructo ni sus dimensiones, ya que, estos ítems explicaron el 45 % de la varianza y su alfa de Cronbach fue de 0,60.

Achury (2017) diseñó un instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardíaca, denominado: *Evaluación de los comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el paciente con falla cardíaca*, la validación se llevó a cabo en 50 pacientes. La escala consta de 30 ítems, 10 dimensiones y medición tipo likert de 4 puntos, la validez facial y de contenido se realizó por un panel de 10 enfermeros expertos y se determinó un IVC de 1. En un segundo momento se aplicó el instrumento a los pacientes y se tomó una medición de la adherencia. En este estudio no se realizaron validaciones de constructo, ni de confiabilidad.

Calidad de vida

Carneiro, Lopes, Herdman, Lopes, Bachion y Bottura (2014) en el año 2010 realizaron validación del *Nursing Assessment Tool for Data Collection* (NATDC) basado en los dominios de la NANDA, con 90 preguntas en 4 dimensiones. Realizaron una prueba piloto con 10 pacientes con hipertensión arterial, después a través de 5 expertos clínicos proporcionaban evidencia de validez de contenido fuerte (90 %), aunque se trataba de un instrumento extenso que requería más de 1 hora para su diligenciamiento. Recomiendan realizar futuros estudios de validación de constructo, confiabilidad y análisis factorial, en éste o en otros entornos que permitan crear un instrumento más corto y de más fácil diligenciamiento.

Lopez, Ying, Thompson, Tsui y Lewin (2008) crearon la versión China de la escala “Cardiovascular *Limitations and Symtoms Profile*” (CLASP) (Lewin et al., 2002) que mide cuatro síntomas comunes y cinco dominios funcionales y emocionales específicas en personas con enfermedad coronaria, esta escala consta de 37 ítems y 9 dimensiones. Se realizó la verificación de la equivalencia de contenidos a través de un panel de expertos, conformado por 10 enfermeros, 1 enfermero especialista y 1 cardiólogo, con un IVC de 0,94. En la segunda fase tomaron 369 pacientes con enfermedad coronaria, tuvo una confiabilidad > de 0,70 en 7 de las 9 dimensiones, su KMO fue de 0,79 y las 9 dimensiones en el análisis por factores explicaron el 69,3 % de la varianza. Adicionalmente se realizó un análisis de validez concurrente frente a la versión china de la escala “*Short Form 36-Item Health Survey*” (C:SF-36) (Lam, Gandek, Ren y Chan, 1998) y la versión china de la escala “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (C-HADS) (Leung, Wing, Kwong y Shum, 1999) donde hubo correlaciones significativas entre las dimensiones de la C-CLASP y las subescalas pertinentes de estos instrumentos utilizadas para la medición de calidad de vida.

Por su parte, Liu, Chow, Lau, He y Wang (2014) validaron la escala “*Mental Health Inventory*” (Veit y Ware, 1983) en pacientes con enfermedad coronaria (CM:MHI), la cual consta de 38 ítems y 5 dimensiones con opción de respuesta tipo likert de 6 puntos. Se realizó validez de contenido por un panel de 10 expertos, donde el IVC fue de 0,91; luego con 204 pacientes se realizó la confiabilidad de la escala, donde todos los ítems tuvieron un alfa de Cronbach > 0,70 y un alfa total de la escala de 0,81, por otra parte se llevó a cabo una validez concurrente donde se encontró que la escala CM:MHI posee correlaciones moderadas y fuertes con los ítems de ansiedad y depresión medidas por la escala CM:HADS, así como con los ítems de salud mental evaluados con la escala CM:SF-36, así esta escala puede ser utilizada para evaluar el estado psicológico de los pacientes con enfermedad coronaria.

Ho, Clochesy, Madigan y Liu (2007) para el año 2007 validaron la “*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*” (Rector y Cohn, 1992), diseñada para evaluar las percepciones, el tratamiento y calidad de vida de pacientes con falla cardíaca; esta consta de 21 ítems y 3 dimensiones, la validez de contenido se efectuó a través de un panel de 5 expertos y su IVC fue de 0,98, además, se ejecutó una validez convergente donde se obtuvo correlaciones fuertes con respecto a la CM:SF-36. Para la segunda fase se realizó un análisis factorial en una muestra con 247 pacientes con falla cardíaca, el índice KMO fue de 0,92 y los tres factores analizados explicaron la varianza en un 71 %. El alfa de Cronbach fue de 0,95 para el total de la escala. Adicionalmente, destacan que el tiempo promedio para el diligenciamiento de la escala es de 5 minutos, lo cual la hace un instrumento fácil de responder.

Câmara y Vilaça de Brito (2014) validaron “*Control Attitudes Scale – Revised*” (CAS-R) para pacientes cardiacos (Moser et al., 2009), para medir el control percibido por las personas frente a eventos o riesgos que puedan ocurrir debido a su enfermedad; consiste en 8 ítems con escala tipo likert de 5 puntos. Tomaron 160 pacientes con enfermedades cardiacas y realizaron análisis factorial con un factor que explicaba el 30,27 % de la varianza y un alfa de Cronbach de 0,65. Además, realizaron un análisis discriminante con la versión portuguesa de la “HADS”(Pais et al., 2007) y encontraron correlaciones negativas moderadas que indicaron que cuanto mayor es el control percibido, menor es la ansiedad y la depresión.

Discusión

La revisión de la literatura permitió identificar 14 instrumentos utilizados en la valoración de pacientes con enfermedades cardiovasculares; estos miden varios constructos que se agruparon en tres categorías: Autocuidado, Adherencia a tratamientos y Calidad de vida. Las personas con enfermedades cardiovasculares requieren de intervenciones que contribuyan al mantenimiento de las actividades de la vida diaria como por ejemplo la actividad física, el consumo bajo de grasas y sodio, la toma de los medicamentos en el horario establecido, controlar las cifras de tensión arterial y asistir a los chequeos rutinarios; estas actividades son fundamentales para preservar su capacidad de autocuidado y para favorecer una disminución de complicaciones asociadas a su enfermedad (Bastidas, Olivella y Bonilla, 2015).

Para la valoración del autocuidado se encontraron los siguientes instrumentos: ASA, SCHFI en sus versiones A-SCHFI y C-SCHFI, RHFSBS, de los cuales se creó EMCAFC, todos ellos basados en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem (Sanchez, 1999). Cabe resaltar que, varios de estos instrumentos se han diseñado para pacientes con falla cardíaca, hace falta estudios de validación en las demás enfermedades cardiovasculares, para determinar si es recomendable su aplicación y que tan confiables son los resultados en otros tipos de pacientes.

Estos instrumentos, aunque varios sin validez de constructo, pero fiables, permiten detectar problemas y a su vez planear intervenciones, especialmente educativas, que contribuyan al aumento de las conductas de autocuidado (Rodríguez, Arredondo y Herrera, 2012); ya que, de acuerdo a Olivella et al. (2016) los comportamientos de autocuidado se practican de manera regular y no efectiva, tal vez debido a la poca comprensión de la enfermedad y las instrucciones dadas por el personal de salud.

Cuando se habla de adherencia a tratamientos, no necesariamente se abarca solo al tratamiento farmacológico, sino el compromiso por parte del paciente para el cumplimiento de medidas terapéuticas que impliquen cambios en su estilo de vida y hábitos que favorezcan su recuperación (Rocha, Herrera y Vargas, 2017). Para la medición de la adherencia como constructo se encontraron cuatro instrumentos, uno de ellos validado en tres oportunidades.

Dada la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, los factores de riesgo asociados (Badiel, Cepeda, Ochoa, Loaiza y Velásquez, 2015; Sil Kim, Im y Rhee, 2017) y la multicausalidad de la adherencia (Achury, 2017), la identificación de circunstancias que influyen en esta es de vital importancia; asuntos como el pesimismo, la hostilidad clínica, los patrones de personalidad y factores sociodemográficos pueden afectar la adherencia y el manejo de personas con eventos cardiovasculares (Tindle, Davis y Kuller, 2010; Sandoval et al., 2014); por lo tanto, hacer frente a estas situaciones resulta ser útil para mejorar, además, se debe tener en cuenta que estas situaciones son variadas y que son diferentes en cada individuo; los planes de atención personalizados por parte de enfermería resultan ser efectivos y aumentan la probabilidad de éxito en la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Karmali et al., 2014), así como el uso de otras herramientas, especialmente las tecnológicas, tal como lo demuestran Gandhi et al. (2017) en su meta-análisis.

El constructo de calidad de vida es quizás uno de las más relevantes, ya que relaciona la percepción del individuo frente a su enfermedad y la forma en que ésta afecta su vida cotidiana y cómo a partir de allí se construyen comportamientos de autocuidado (Dumit, Nouredine y Magilvy, 2016). Muchas de las enfermedades cardiovasculares influyen en la disminución de la capacidad de los pacientes para realizar actividades rutinarias, esto demanda ayuda en la alimentación, higiene y arreglo personal, realización de necesidades fisiológicas, entre otras (Bastidas, Olivella y Bonilla, 2012).

Los factores que pueden estar asociados a la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden ser variados. La presencia de varias enfermedades crónicas, el nivel educativo, (Shad et al., 2017), los síntomas depresivos (Slepecky et al., 2017), la percepción de ser competente para cuidar de su propia salud (Bachmann et al., 2016), la autoeficacia (Achury, 2017), el afrontamiento (Silva y Agudelo, 2011), entre otros.

De otro lado, al revisar los aspectos metodológicos y estadísticos es pertinente mencionar que muy pocos estudios realizaron validaciones de constructo; y aunque el propósito de la revisión no era evaluar la calidad y rigor metodológico de los mismos, sí es necesario indicar que en el diseño y validación de instrumentos se pueda identificar el conjunto de variables latentes que subyacen a las respuestas de un test (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014), ya que esto permite comprender con mayor precisión qué es lo que realmente está midiendo el instrumento.

Al parecer existe la necesidad de crear nuevos instrumentos, que se centren en la valoración de pacientes con otras enfermedades cardiovasculares o se hagan procesos de validación de los instrumentos ya existentes en pacientes con patologías crónicas diferentes. De otro lado, es fundamental diseñar y validar instrumentos que permitan medir otros constructos o fenómenos que se suscitan en pacientes con enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, la adaptación, la autotranscendencia, la autoeficacia y el confort.

Conclusión

El diseño de instrumentos para la valoración de los pacientes con enfermedades cardiovasculares por parte de enfermería es considerable, pero se debe hacer más investigación de este tipo, dada la alta prevalencia e incidencia de estas condiciones no transmisibles y su impacto en la vida de las personas. Adicionalmente, se debe avanzar en técnicas estadísticas que le den mayor relevancia a este tipo de estudios como los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, y el diseño de instrumentos que puedan tener un uso mayor en la práctica del profesional de enfermería.

Referencias

Achury, D. (2007). Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Aquichán*, 7(2), 139–160.

Achury, D., Rodríguez, S., Agudelo, L., Hoyos, J. y Acuña, J. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 13(2), 49–74.

Achury, L. (2017). Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichán*, 17(4), 460–471. doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.9

Badiel, M., Cepeda, M., Ochoa, J., Loaiza, J. y Velásquez, J. (2015). Efecto de cohorte al nacer sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedad coronaria en un país latinoamericano. *Archivos de Cardiología de México*, 85(1), 9–15. doi: org/10.1016/j.acmx.2014.10.002

Bastidas, C., Olivella, M. y Bonilla, C. (2012). Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería*, XXX(1), 42–54.

Bastidas, C., Olivella, M. y Bonilla, C. (2015). Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. *Salud Uninorte*, 31(1), 78–90. doi: http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.1.5736

Benjamin, E., Blaha, M., Chiuve, S., Cushman, M., Das, S., Deo, R.,... Muntner, P. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), e146–e603. Recuperado de <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000485>

Bonilla, C. (2007). Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería*, XXV(1), 46–55.

Câmara, A. y Vilaça de Brito, C. (2014). Portuguese translation, adaptation and validation of Control Attitudes Scale Revised (CAS-R) in people with heart disease Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 91–99. doi: 10.12707/RIII1311

Carneiro, C., Lopes, J., Herdman, T., Lopes, C., Bachion, M. y Bottura A. (2014). Construction and validation of a data collection tool for the clinical assessment of human responses of outpatients With chronic cardiovascular diseases. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 161-167.

Contreras, A., Flórez, I. y Herrera, A. (2008). Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Avances de Enfermería*, XXVI(2), 35–42.

Deek, H., Chang, S., Nouredine, S., Newton, P., Inglis, S., Macdonald, P.,...Davidson, P. (2016). Translation and validation of the Arabic version of the Self-care of Heart Failure Index. *Nurse Researcher*, 24(2), 34–40. doi: 10.7748/nr.2016.e1455

Dumit, N. Y., Nouredine, S. y Magilvy, J. (2015). Perspectives on barriers and facilitators to self-care in Lebanese cardiac patients: A qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 69–78. doi: org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.009

Espelt, A., Viladrich, C., Doval, E., Aliaga, J., García, R., y Tárrega, S. (2014). Uso equitativo de tests en ciencias de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 408–410. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114001320?via%3Dihub>

Evers, G., Isenberg, M., Philipsen, H., Brouns, G., Halfens, R. y Smeets, H. (1986). The appraisal of self-care agency's ASA-Scale: research program to test reliability and validity. En *Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research."*. Canada: University of Alberta

Gallegos, E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Auto-cuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 6(9), 260–266.

Gandhi, S., Chen, S., Hong, L., Sun, K., Gong, E., Li, C.,...Schwalm, J. (2017). Effect of Mobile Health Interventions on the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(2), 219–231. doi: 10.1016/j.cjca.2016.08.017

Guzmán, M., y Lleras Muñoz, S. (Coord.). (2008). Guía clínica basada en la evidencia Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Junta de Castilla y León Gerencia Regional de Salud.

Ho, C., Clochesy, J., Madigan, E. y Liu, C. (2007). Psychometric Evaluation of the Chinese Version of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *Nursing Research*, 56(6), 441–448.

Jaarsma, T., Stömborg, A., Martensson, J. y Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363–370.

Jeon, Y., Kraus, S., Jowsey, T. y Glasgow, N. J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 10(1), 77. doi: org/10.1186/1472-6963-10-77

Kang, X., Dennison, C., Li, Z., Zhang, J., Lv, R. y Guo, J. (2015). Construct Validity of the Chinese Version of the Self-care of Heart Failure Index Determined Using Structural Equation Modeling. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(3), 222–228. doi: 10.1097/JCN.0000000000000134

Karmali, K., Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Martin, N. y Ebrahim, S. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(6). doi: 10.1002/14651858.CD007131.pub3

Lam, C., Gandek, B., Ren, X. y Chan, M. (1998). Tests of Scaling Assumptions and Construct Validity of the Chinese (HK) Version of the SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1139–1147.

Leung, C., Wing, Y., Kwong, P. y Shum, K. (1999). Validation of the Chinese-Cantonese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(6), 456–461.

Lewin, R., Thompson, D., Martin, C., Stuckey, N., Devlen, J., Michaelson, S. y Maguire, P. (2002). Validation of the Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile (CLASP) in Chronic Stable Angina. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22(3), 184–191.

Liu, M., Chow, A., Lau, Y., He, H. y Wang, W. (2014). Psychometric testing of the Chinese Mandarin version of the Mental Health Inventory among Chinese patients with coronary heart disease in Mainland China. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 913–922. doi: org/10.1111/ijn.12301

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems : una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. doi: http://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361

Lopez, V., Ying, S., Thompson, D., Tsui, Y. y Lewin, R. (2008). A psychometric evaluation of the Chinese version of the Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2327–2334. doi: org/10.1111/j.1365-2702.2008.02294.x

Manrique, F., Fernández, A. y Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, 9, 222–235.

Moser, D., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L., Meischke, H., Heo, S.,...Dracup, K. (2009). The Control Attitudes Scale-Revised: Psychometric Evaluation in Three Groups of Cardiac Patients. *Nursing Research*, 58(1), 42–51. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181900ca0

NANDA International. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. España: Elsevier

Olivella, M., Bastidas, C. y Bonilla, C. (2016). Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 18(2), 13–29. http://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.caat

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Colombia: Perfil de enfermedades cardiovasculares. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/COLOMBIA-PERFIL-ECV-2014.pdf>

Ortiz, C. (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances de Enfermería*, XXVIII(2), 73–87.

Pais, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. y Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. doi: org/10.1080/13548500500524088

Paradis, V., Cossette, S., Frasure, N., Heppell, S. y Guertin, M. (2010). The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 130–141. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181c52497

Rector, T. y Cohn, J. (1992). Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire : Reliability and validity during a randomized, trial of pimobendan. *American Heart Journal*, 124(4), 1017–1025.

Rocha, L., Herrera, C. y Vargas, M. (2017). Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca : Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 61–81. doi: 10.15446/rcp.v26n1.53610

Rodríguez, M. y Arredondo, E. (2012). Validez y confiabilidad de una escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardíaca. *Aquichan*, 12(1), 22–31.

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

- Rodríguez, M., Arredondo, E. y Herrera, R. (2012). Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca : ensayo clínico controlado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 11 Pantallas.
- Sanchez, G. (1999). Dorothea E. Orem: Aproximación a su teoría. *Revista de ROL de Enfermería*, 22(4), 309–311.
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E. y Romero, T. (2014). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la region metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1245–1252. doi: 10.4067/S0034-98872014001000003
- Shad, B., Ashouri, A., Hasandokht, T., Rajati, F., Salari, A., Naghshbandi, M. y Mirbolouk, F. (2017). Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–8. doi: org/10.1186/s12955-017-0820-8
- Sierra, A. y Cardona, D. (2017). Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento Farmacoterapéutico. *Revista Médica Risaralda*, 23(1), 30–33.
- Sil Kim, G., Im, E. y Rhee, J. (2017). Association of physical activity on body composition, cardiometabolic risk factors, and prevalence of cardiovascular disease in the Korean population (from the fifth Korea national health and nutrition examination survey, 2008–2011). *BMC Public Health*, 17(1), 275. doi: org/10.1186/s12889-017-4126-x
- Silva, C. y Agudelo, D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 47–60.
- Slepecky, M., Kotianova, A., Prasko, J., Majercak, I., Gyorgyova, E., Kotian, M.,...Tonhajzerova, I. (2017). Which psychological, psychophysiological, and anthropometric factors are connected with life events, depression, and quality of life in patients with cardiovascular disease? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2093–2104. doi: org/10.2147/NDT.S141811
- Tindle, H., Davis, E. y Kuller, L. (2010). Attitudes and cardiovascular disease. *Maturitas*, 67(2), 108–113. doi:10.1016/j.maturitas.2010.04.020
- Veit, C. y Ware, J. (1983). The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. doi: org/10.1037/0022-006X.51.5.730
- Velandia, A. y Rivera, L. (2009). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista Salud Pública*, 11(4), 538–548.
- World Health Organization. (2014). Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=AC16435CE7343485E-B7EBED58066AF5C?sequence=1

Percepción de las personas que han vivido una experiencia en UCI

Paola Andrea López Gil¹
María Mónica Peñaloza Beltrán²
Daniela Gallego Erazo³

Resumen

La intensidad de la experiencia que supone el paso por una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es innegable. **Objetivo:** Conocer la percepción de las personas que han vivido una experiencia en unidad de cuidados intensivos. **Metodología:** Estudio cualitativo tipo narrativo, estrategia intencional, guion de entrevista y entrevista a profundidad semiestructurada, se utilizó el consentimiento informado, grabadora de voz y diario de campo, donde se registró la información; se finalizó con la categorización y su respectivo análisis. **Resultados:** Se conoció la percepción de tres personas que pasaron por UCI, desde las emociones, sentimientos y experiencias; las vivencias encontradas fueron distintas, debido a su diferencia de edad, las condiciones de cada caso, la manera de afrontamiento ante su enfermedad, entre otros aspectos. **Conclusión:** Al llegar a la UCI el entorno natural de las personas cambia completamente, debe comenzar a afrontar su nueva realidad, un ambiente donde casi no hay intimidad, los procedimientos invasivos, incómodos y sin explicación son constantes, donde falta calor humano, hay exceso de iluminación, ruido y frío, además de muchos aparatos conectados a su cuerpo. Todos estos sucesos hacen que el paso por UCI se convierta en una experiencia poco placentera.

Palabras clave: entorno, percepción, persona, Unidad de Cuidado Intensivo.

Perception of people who have lived an experience in the ICU

The intensity of the experience that involves going through an intensive care unit (UCI) it is undeniable. **Objective:** To know the perception of the people who have lived an intensive care experience in these units. **Methodology:** Qualitative narrative type study, intentional strategy, interview script and semi-structured depth interview; informed consent was used; voice recorder and field diary, where the information was recorded, finalizing with the categorization and its respective analysis. **Results:** The perception, emotions, feelings and experiences of three people who passed through the ICU were known; the experiences were dissimilar due to their age difference, the conditions of each case, the way of handling with their illness, among other aspects. **Conclusion:** when arriving at the ICU, the natural environment of the people changes completely; they must begin to face their new reality in an

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: paolalopezgil@gmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: monicapb.14@gmail.com

³ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: gallegodaniela09.dg@gmail.com

Ponencia oral

environment where there is almost no privacy. Invasive, uncomfortable and unexplained procedures are constant, human warmth is needed, there is excessive lighting, noise and cold, in addition to many devices connected to the body. All these events make the passage through the ICU an unpleasant experience.

Key words: environment, perception, person, Intensive Care Unit.

Introducción

La intensidad de la experiencia que supone el paso por una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es innegable. El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana. (Gutiérrez, Alvaríño, Pérez y Ramírez, 2008, p. 2).

El sentimiento de dolor y la sensación de miedo en determinados momentos le ocasionan un sufrimiento continuo para el paciente (Solano y González, 2003). Por esto el dolor y miedo siguen siendo de los recuerdos más frecuentes que refieren los pacientes tras su ingreso en la UCI. Recientemente, una importante política calificó la UCI como la sucursal del infierno; por ello, es necesario llevar a cabo cambios profundos en cuanto a la relación directa con los pacientes y sus familias, así como también, cambios en el diseño ambiental y en la organización del trabajo y de las visitas, para desterrar la visión que tiene la sociedad acerca de la UCI (Baena y León, 2007).

La restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera, además que, está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente (Zambrano et al., 2010).

Solano y González (2003) establecen dos períodos temporales a la hora de pasar por estas experiencias: el de ingreso y el de la estancia. En el primer período, las vivencias están marcadas por las experiencias anteriores propias o de familiares, con respecto a la unidad: aceptación del ingreso, estereotipos de la unidad, negatividad absoluta, confianza en los profesionales y la tecnología, asociación de la UCI con experiencias anteriores. En el segundo período, el paciente percibe que el tiempo transcurre muy lentamente y se favorece la reflexión: justificación de la enfermedad, recuerdos, añoranza familiar, esperanza en la curación, reflexiones sobre la muerte, soledad, aburrimiento. (Gutiérrez, Alvaríño, Pérez y Ramírez, 2008, p. 5).

Los pacientes experimentan sensaciones de envejecimiento, culpabilidad, desconfianza y falta de independencia, esto hace que el paciente pierda parte de su autoestima (...). Los pacientes necesitan estar todo el tiempo posible con su familia, con su esposo o esposa, y saber cómo se encuentran y cómo les está afectando el proceso. Necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que está viviendo en la UCI. Critican duramente las políticas restrictivas de visitas y la situación de aislamiento que para ellos caracteriza a estas unidades. Martínez Qués y cols. Identifican tres elementos fundamentales como condicionantes del estrés del paciente dentro de la UCI: la vivencia de la enfermedad, la percepción del dolor y la información recibida. (Gutiérrez et al., 2008, pp. 5-6).

La información es percibida como escasa, sometida a normas y horarios estrictos y mayoritariamente proporcionada por los médicos. Una mayor participación enfermera en este proceso contribuiría a hacerla más flexible, más completa y más satisfactoria para sus receptores. (p. 12).

Zambrano et al. (2010) afirman que:

Generalmente los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) suelen experimentar vivencias de carácter negativo con relación a sus expectativas de vida y su pronta recuperación, ya que, esta Unidad siempre es asociada con un alto riesgo de mortalidad, por lo tanto, se generan sentimientos de estrés, angustia, temor, desesperanza e impaciencia; todo esto generado por el hecho de estar alejado de su familia y el ambiente externo, en algunas ocasiones por falta de información con respecto a su pronóstico. (p. 53).

Las respuestas humanas observadas en los pacientes hospitalizados en una UCI relacionadas con el campo psicosocial tienen que ver con la presencia real de factores de estrés, vinculados con amenaza de muerte, pensamiento aterrador, trastornos del sueño, pérdida de control de su entorno personal y familiar, pérdida de autonomía, abandono de roles individuales, familiares y sociales, aislamiento familiar y social, temor a la discapacidad o miedo a los tratamientos invasivos. (...). Las personas hospitalizadas en una UCI están expuestas a un sinnúmero de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento, que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. (Flórez et al., 2007, s.p.).

La alta especialización de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) crea un ambiente estresante, generador de ansiedad y estrés para el paciente, que ha sido relacionado con la aparición de delirio o síndrome confusional agudo. La atmósfera de sobrecarga y deprivación sensorial, el ruido, y la deprivación del sueño como consecuencia más inmediata son, entre otros, factores favorecedores de estrés y ansiedad para el paciente crítico. El estrés generado por los factores ambientales está además considerado como uno de los factores implicados en la aparición de delirio en UCI, [entendiendo] el síndrome confusional agudo como alteración transitoria y reversible del estado mental, de inicio brusco y caracterizado por síntomas que van desde la desorientación y confusión a alucinaciones o ideas paranoides, aumentando la morbimortalidad del paciente. (Ayllón, Álvarez y Gonzáles, 2007, p. 159).

Desarrollo

Objetivo: Conocer la percepción de las personas que han vivido una experiencia en unidad de cuidados intensivos.

Metodología: Es un estudio cualitativo tipo narrativo, donde los participantes se involucran mediante la estrategia intencional, el instrumento y técnica, con el cual se realizó la recolección de los datos, fue un guion de entrevista y una entrevista a profundidad semiestructurada de tipo situacional, también, se utilizó el consentimiento informado, en donde se obtuvo el permiso por parte de las personas para poder grabar su voz; asimismo, un diario de campo, donde se registró toda la información de las entrevistas; luego se realizó el proceso de transcripción de las mismas, con el fin de realizar el proceso de categorización y posteriormente realizar su respectivo análisis.

Resultados: Tras el desarrollo de la investigación se logró conocer la percepción de tres personas que pasaron por una Unidad de Cuidados Intensivos, desde tres aspectos fundamentales: emociones, sentimientos y experiencias, se encontró con diversos puntos de vista, a pesar de que todas las personas tenían un aspecto en común, es decir, habían pasado por una unidad de cuidados intensivos, las vivencias encontradas en cada una de las entrevistas fue

distinta, debido a sus diferencias de edad, por las condiciones específicas de cada uno de los casos, la manera de afrontamiento ante su enfermedad, entre otros aspectos.

Fragmentos de las narrativas (Mi historia de vida)

1. Cuando cuenta si algún momento tuvo un buen día dentro de la unidad, su mente vaga por un instante, tratando de recordar el momento exacto o si lo hubo, expresando al fin que quizás: “El día en que dijeron, Quién quiere tinto y yo levante la mano y me dieron” (comunicación personal), “Eso fue lo único que yo recibí, algo bueno” (comunicación personal), sin embargo, termina diciendo, que no pierde la oportunidad de recordar y recalcar que para ella, “De resto odio cuidados intensivos, lo odio, Pues, sí es la unidad de cuidados intensivos, pa mí es el infierno, Yo no quiero volver allá nunca jamás” (comunicación personal).
2. Yo creo que entonces tiene que ser un proceso de crecimiento, uno no puede simplemente dejar que las cosas pasen y como que eh, bueno me paso algo y ya y no tiene importancia, ha todo hay que darle su categoría y las cosas van trascendiendo y finalmente esto tiene que construir a las personas, tienen que ser edificantes para ellos y nosotros como equipo de salud tenemos que hacerlo, que ayudarles a construir esa buena imagen, el paso por el hospital no es cualquier cosa. (comunicación personal).
3. (...) durante toda la noche me la pasaba ahí, porque allá no se duerme, toda la noche el enfermero llega a mirar ese aparato atrás, yo por ejemplo, estaba conectado aquí a este dedo (índice de la mano izquierda), aquí (dorso mano izquierda-canalización), aquí (brazo izquierdo-tensiómetro), aquí (pecho), aquí (dorso mano derecha), no quien va a dormir así, tan horrible que es, definitivamente uno no duerme, pues me paso a mí, no sé si hay unos que lleguen a dormir; siempre hay unas muchachas allá pendientes de todo, pero el problema ese de tanta droga, yo no sé porque a uno estando allá con esa comida que es muy, muy sin sal, sin azúcar, y esa azúcar a mí se me subía a 400 casi todas las noches, no lo entiendo, entonces, esta uno así tratándose de quedar dormido y entonces vienen a tomarle la presión y entonces chúcenme, y chúcenme y métanme insulina, ese es el detalle que por eso uno no duerme. (comunicación personal).

Como resultado indirecto se espera que esta investigación sirva como una de las fuentes de referencia para la elaboración, a largo plazo, de una guía de cuidado humanizado, enfocada a implementar nuevas técnicas que contribuyan a mejorar la atención dentro de estas unidades.

Discusión (De la teoría a la realidad)

Esta investigación se basó sobre la percepción de las personas que han vivido una experiencia en UCI, entendiendo percepción como: el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno.

Fernández (1979) plantea que los sentimientos comprenden los tipos de vivencias, que consisten en estados pasivos del Yo, agradables o desagradables y que las experiencias son acciones o movimientos, muchos de ellos públicos, visibles en la cara, la voz y las conductas corporales.

Para Damasio (2007) las emociones son algo privado e individual, que incluye tomar información, evaluarla, transformarla y dar respuesta, que incida en el ambiente, coadyuvan, observación y la participación como eventos que requieren de la interacción continua entre la persona y el medio, siendo el contenido de esta interacción afectado por la memoria y el conocimiento.

Fernández (1979) afirma que:

Estar en un lugar como lo es la unidad de cuidados intensivos no es fácil, son tantos sucesos que ocurren dentro del mismo, los cuales generan tantos sentimientos, emociones y experiencias, que no siempre son los mejores; para nadie es un secreto que este lugar durante mucho tiempo no ha simbolizado más que la muerte, el dolor, la incertidumbre, entre otros aspectos netamente negativos. Es un lugar difícil, no solo por el cambio de entorno y los múltiples estímulos invasivos, sino también, porque el hecho de estar allí significa que el estado de salud no se encuentra en las mejores condiciones, implicando una perturbación emocional y física tanto al paciente como a su familia. Todo allí se ha convertido en un proceso tan mecánico, que cosas como saludar al paciente, explicarle que se le va a hacer y el por qué o simplemente contarle como sigue se ha dejan de lado. (s.p).

A veces las mismas personas manifiestan que la atención brindada, carece de calor humano, quizás por el cansancio de las largas horas de turno o por acabar más rápido los procedimientos, además, recalcan que debería sobresalir la honestidad y ser escuchados para la toma de sus decisiones, ¿Alguna vez se sientan a mirar qué desea la persona?, ¿Qué tan duro es para la misma ser arrancada de su entorno?, tanto, que quizás el proceso de su recuperación sea más lento, considerando todos los factores socioeconómicos de la misma, además, de su entorno familiar.

Es por esto que, el papel que juegan los profesionales de salud es importante en este proceso, ya que, en esta situación la persona se vuelve dependiente debido a sus condiciones y limitaciones físicas, emocionales y psicológicas, que puede conllevar su enfermedad, el personal debe proporcionar parte de esa motivación e inspiración al paciente para sobrellevar estas circunstancias.

Sin embargo, esta serie de aspectos que a veces pueden llegar a ser limitantes para el ser humano y un proceso fuerte que independientemente de las vivencias y sensaciones que se perciben allí, se tiene que ir asimilando, como un proceso constructivo e inspirador, es en este umbral entre la vida y la muerte, tal vez, que se permite conocer la verdadera esencia de la vida y la importancia de esta, ya que todo tiene un objetivo específico, que permite encontrar así la misión de cada persona en este mundo.

Conclusiones

Todos los seres humanos tienen un entorno natural en donde se desenvuelven normalmente, al llegar a la UCI esto cambia completamente, ya que, el paciente es arrancado de su entorno natural, la persona deberá comenzar a afrontar su nueva realidad, ese ambiente donde casi no hay intimidad, donde los procedimientos invasivos, incómodos y sin explicación son constantes, donde falta calor humano, hay exceso de iluminación y frío, además

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

del ruido de muchos aparatos, los cuales se encuentran conectados a su cuerpo. Todos estos sucesos hacen que el paso por UCI se convierta en una experiencia poco placentera.

El paso por este lugar debe significar un proceso de crecimiento y aprendizaje, y es ahí, en ese momento en el que el personal de salud cumple uno de los papeles más importantes dentro del proceso de cuidado, dejando de lado el asistencialismo y los procedimientos mecánicos, convirtiéndose en esa fuente de apoyo para el paciente y su familia, además de ser un canal de comunicación asertiva, oportuna y motivacional que permite mejorar el proceso y la estancia dentro del lugar.

Referencias

- Ayllón, N., Álvarez, M. y Gonzáles, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 159-167.
- Baena, V. y León, S. (2007). *El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo* (tesis de especialización). Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/42>
- Flórez, I., Herrera, E., Carpio, E., Veccino, M., Zambrano, D., Reyes, Y. y Torres, S. (2011). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1815/2382>
- Gutiérrez, B., Alvarino, B., Pérez, L. y Ramírez, M. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades de la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*, 12, 1-14. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
- Solano, M. y González, J. (2003). Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Revista Cultura de los cuidados*, 7(14), 83-91.
- Zambrano, G., Ferreira, J., Lindarte, A., Niño, C., Ramírez, N. y Rojas, L. (2010). Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Revista ciencia y cuidado*, 7(1), 52-60.



Transición epidemiológica del Alzheimer: Una visión integral

Nataly Johana Arce Hernández¹
Laura Isabel Ospina Garavito

Resumen

Introducción: La Enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo progresivo e irreversible que deteriora todas las funciones cognitivas, especialmente, las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico, que degenera las células cerebrales; avanza gradualmente, con duración de dos a veinte años. Si bien, el envejecimiento no constituye un problema de salud sino un logro alcanzado por la humanidad, con éste comienzan a proliferar enfermedades crónicas y degenerativas, tal como es el Alzheimer. **Objetivo:** Caracterizar la triada epidemiológica de la EA, prevalencia e incidencia nacional y mundial, el plan de intervención intersectorial existente e intervención enfermera. **Metodología:** Revisión epidemiológica crítica de 50 artículos científicos y guías de atención a nivel mundial. Utilizando: Scielo, Pubmed, Mediclatina, Ebscohost, Medline, y Google académico. **Resultados:** La EA es la más frecuente enfermedad degenerativa del cerebro, la prevalencia es notoria en la séptima década o posteriormente, afecta aproximadamente el 8 % de la población mayor de 65 años y el 30 % de la población mayor de 80 años, en los países con alta expectativa de vida, tiene elevado costo económico, social y humano; existe la necesidad urgente de investigaciones dirigidas a estimar prevalencia e incidencia de la EA, que incluya más investigaciones en intervenciones de enfermería para EA.

Palabras clave: Alzheimer, envejecimiento, epidemiología, enfermería.

Epidemiological transition of Alzheimer's: an integral vision

Introduction: Alzheimer's disease (AD) is a progressive and irreversible neurodegenerative disorder that impairs all cognitive functions, especially the cortical associative areas and part of the limbic system, and degenerates brain cells; it progresses gradually, lasting from two to twenty years. Although, aging is not a health problem but a triumph achieved by humanity, with it begin to proliferate chronic and degenerative diseases, such as Alzheimer's. **Objective:** To characterize the epidemiological triad of AD, prevalence and national and global incidence, the existing intersectoral intervention plan and the nursing intervention. **Methodology:** Critical epidemiological review of 50 scientific articles and care guides worldwide, using: Scielo, Pubmed, Mediclatina, Ebscohost, Medline, and Google academic. **Results:** AD is the most frequent degenerative disease of the brain; the prevalence is notorious in the seventh decade or later; it affects approximately 8% of the population over 65 years old and 30% of the population over 80 years old. In countries with high life expectancy, it has a high economic, social and human cost. There is an

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Njarceh@uqvirtual.edu.co / Njarceh@uqvirtual.edu.co

Ponencia oral

urgent need for research aimed at estimating its prevalence and incidence, and to include more studies in nursing interventions for AD.

Key words: Alzheimer's, aging, epidemiology, nursing.

Introducción

El Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo e irreversible que afecta deteriorando la memoria, orientación, razonamiento, juicio y todas las funciones cognitivas, especialmente, las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico, degenera las células nerviosas del cerebro y la disminución de la masa cerebral, Por lo general, la enfermedad de Alzheimer avanza gradualmente, con una duración de dos a veinte años (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, 2011; Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2000; Romano, Nissen, Del Huerto y Parquet, 2007).

Si bien, el envejecimiento no constituye, en modo alguno, un problema de salud sino un logro alcanzado por la humanidad, en el cual mucho ha tenido que ver el desarrollo científico-técnico logrado, no es menos cierto que con éste comienza a proliferar, de manera creciente, un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como limitaciones conexas a éste, que disminuyen en los ancianos la percepción de su salud. En ese grupo de enfermedades crónicas se encuentran las demencias, dolencias de elevada frecuencia en el adulto mayor que constituyen un problema, no solo por su magnitud, sino por su repercusión a nivel individual, familiar y social. (Libre y Guerra, 2002, p. 265).

Ahora bien, según la OMS en el mundo aproximadamente 47.5 millones de personas padecen de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA), la causa más común, acaparando entre un 60 % y un 70 % de los casos, esta es un trastorno neurodegenerativo con rasgos clínicos y patológicos característicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). “Las estimaciones del *Global Burden of Disease* (2000) muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8 % de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad, representado en costos para el país” (Ministerio de la Protección Social, 2003, p. 11). Según estudio realizado en Colombia por especialistas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Icesi, para el 2020 se espera que 260.000 personas mayores de 60 años padezcan la enfermedad del Alzheimer.

La EA es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero, que genera un alto impacto social y económico, por lo cual, el estudio de estas patologías es necesario para conocer la triada epidemiología con exactitud y moldear los tratamientos e intervenciones enfermeras indicadas para el cuidado y manejo de la EA (Romano et al., 2007).

Desarrollo

Objetivo general

Caracterizar la triada epidemiológica de la EA, su prevalencia e incidencia a nivel nacional y mundial, el plan de intervención intersectorial existente para mitigar y vigilar la EA, así como, la intervención enfermera específica para EA mediante la recopilación de información por medio de literatura y artículos científicos.

Metodología

Se realizó un estudio de revisión epidemiológica crítica sobre la enfermedad del Alzheimer. Para llevar a cabo esto, se seleccionaron 50 artículos científicos relacionados con el tema a nivel mundial, incluidas guías de atención en diferentes países; para la recolección de la información se utilizaron las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Medclatina, Ebscohost, Medline, y Google académico, para su búsqueda se emplearon palabras clave, como: enfermedad, Alzheimer, descripción, epidemiológica y enfermería, con el fin de realizar una filtración del tema de manera adecuada y efectiva. Posterior a ello, se unificaron conceptos, se tomaron aspectos relevantes y de gran trascendencia de la enfermedad, como estudios hereditarios y genéticos que pueden conllevar a la misma, procesos fisiopatológicos, etiológicos, signos y síntomas descritos, avances de tratamientos actuales y las complicaciones más frecuentes que se puede encontrar en estos pacientes; todo esto con el objetivo de caracterizar la triada epidemiología, prevalencia e incidencia a nivel mundial y nacional y el manejo de esta enfermedad en el país y a nivel de la disciplina de enfermería. (Ver Figura 1)

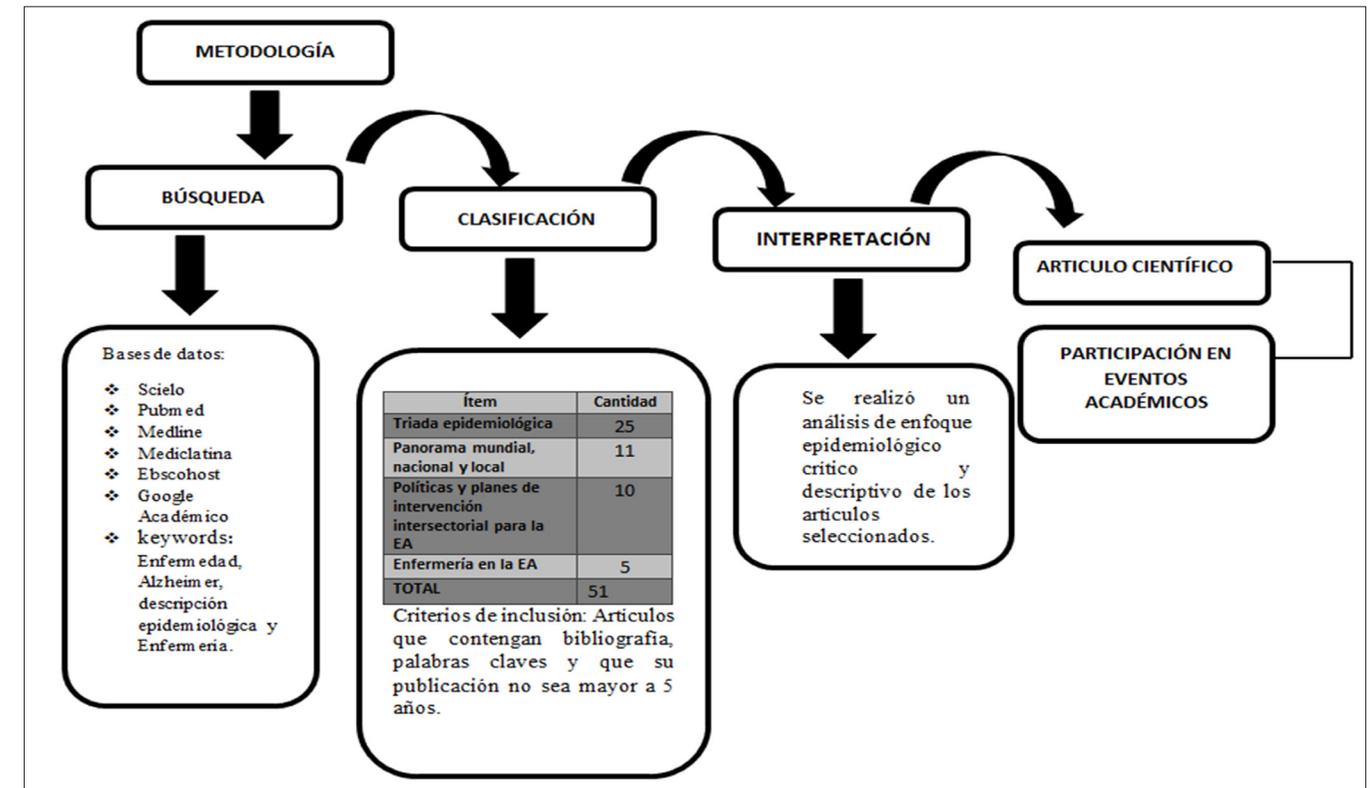


Figura 1. Proceso de la metodología para el estudio.

Resultados

Características del Hospedero

Una persona tiene predisposición a desarrollar la EA cuando presenta factores de riesgo específicos, tales como: la edad, es sin duda el factor de riesgo más importante para la EA, debido a que la prevalencia de esta demencia se duplica cada 5 años a partir de los 60 años de edad, y la incidencia en el grupo etario de 60 a 70 años es de 1 caso en 1.000 sexagenarios por año, entre los septuagenarios es de 1 en 100 por año y entre los octogenarios es de 1 en 10 por año. El hecho de pertenecer al género femenino (debido a que las mujeres generalmente viven más que los hombres) tiene mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad (Barranco, Allam, Castillo y Navajas, 2005; Martínez, 2002, Povedano, s.f.).

La existencia de un historial médico de síndrome de Down en la familia, así como antecedentes familiares relacionados con la patología incrementa en un 50 % el riesgo de presentar EA, ser portador del genotipo apoE4 (apolipoproteína E4) ubicado en el cromosoma 19 es un factor de riesgo que muestra una correlación alta con el desarrollo de EA, éste influye tanto en la formación de depósito de amiloidebeta (A β), como en la formación de ovillos neurofibrilares, lo cual aumenta de dos a cinco veces el riesgo de Alzheimer. Presión arterial alta por mucho tiempo, Diabetes, Obesidad, antecedentes de traumatismo craneal y los niveles altos de homocisteína (Químico corporal que contribuye a enfermedades crónicas como la cardiopatía, la depresión y la enfermedad de Alzheimer) incrementan en un 40 % el riesgo (Barranco et al., 2005; Martínez, 2002; Donoso, 2003).

Tipo de agente causal

La etiología de la EA es desconocida en torno al 60 % de los casos, la enfermedad es hereditaria con una transmisión autosómica dominante. Los estudios genéticos demostraron que el gen de la enfermedad de Alzheimer se localiza en el brazo largo del cromosoma 21. Este hecho reviste enorme interés porque desde hace años se sabía que los pacientes con trisomía 21 (síndrome de Down) desarrollan con gran frecuencia el cuadro de la enfermedad (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2000) y porque el gen de la proteína precursora de amiloide (PPA) cerebral se localiza también en el cromosoma 21. En la mayoría de las familias con la forma presenil hay un ligamiento a los marcadores del brazo largo del cromosoma 14 (gen de la presenilina 1), en estas personas la edad de inicio de los síntomas se sitúa en la quinta década de vida, mientras que en aquellas con una mutación de la PPA el inicio ocurre en la sexta década. La mutación en el cromosoma 14 parece originar un fenotipo más grave que el causado por la mutación de la PPA (Álvarez et al., 2008).

Hipótesis del beta-amiloide y Enfermedad de Alzheimer. Las placas de amiloide contienen productos del procesamiento de la proteína precursora del amiloide, que tienden a agregarse y forman sábanas beta-plegada, las cuales son tóxicas. Se ha determinado experimentalmente que con estas mutaciones aumenta la producción de A β , sin embargo, todavía no está claro el mecanismo mediante el cual el A β produce daño neuronal (Bernhardi, 2005; Barranco et al., 2005; Martínez, 2002; Povedano, s.f.).

Inflamación y daño oxidativo en la Enfermedad de Alzheimer. La generación de radicales de oxígeno es un proceso normal que se asocia a la respiración mitocondrial o como parte de la respuesta inmune. Existen situaciones en las que los mecanismos de defensa pierden su eficiencia, como pasa en el envejecimiento, en procesos inflamatorios o en alteraciones vasculares. El estrés oxidativo parece jugar un papel importante en la EA. La disfunción mitocondrial con el consiguiente déficit energético contribuye a la alteración de A β y a la disfunción neuronal, que afecta la actividad de los canales iónicos y transportadores, la neurotransmisión, y el transporte neuronal. Este proceso se observa en etapas tempranas de la EA y podría depender del daño directo o indirecto por el A β . La asociación de la inflamación con la EA se planteó a fines de los años 80 y desde entonces se han identificado mediadores de inflamación como interleuquinas, IL-1 β e IL-6, y TNF α (Factor de necrosis tumoral). Por otro lado, estudios epidemiológicos mostraron que el tratamiento crónico con anti-inflamatorios no esteroideos disminuía la incidencia de EA, aunque esto no se ha confirmado en protocolos clínicos realizados con distintos anti-inflamatorios (Bernhardi, 2005; Barranco et al., 2005; Martínez, 2002; Seto y Clarimon, 2010; Ranzola, Junco y Gonzáles, 2010).

Ovillos neurofibrilares. Proteína Tau y Enfermedad de Alzheimer, los ovillos neurofibrilares están formados por filamentos helicoidales pareados, compuestos principalmente de la proteína asociada a microtúbulos -Tau- hiperfosforilada de manera anormal. En las neuronas Tau normalmente estabiliza los microtúbulos, siendo esencial para el transporte axonal y, por ende, para la función neurona. La agregación de Tau reduce su habilidad para estabilizar los microtúbulos y llevaría eventualmente a la muerte neuronal. Su aparición es un evento relativamente temprano en la EA (Bernhardi, 2005; Barranco et al., 2005; Martínez, 2002; Setó y Clarimon, (2010); Ranzola et al., 2010).

Alteraciones sinápticas en la Enfermedad de Alzheimer. El mecanismo del daño sináptico es desconocido, investigaciones recientes sugieren que hay evidencias tempranas de daño dendrítico y sináptico, con disminución del número de sinapsis y que serían los oligómeros de tamaño pequeño (en contraste a las placas grandes), los que podrían producir disfunción neuronal. A pesar que se producen alteraciones en numerosos neurotransmisores al progresar la enfermedad, los síntomas tempranos parecen correlacionarse con la disfunción de sinapsis colinérgicas y glutamatérgicas. Esta disfunción y pérdida de sinapsis ocurriría antes de la formación de placas de amiloide (Bernhardi, 2005; Barranco et al., 2005; Martínez, 2002; Setó y Clarimon, 2010; Ranzola, Junco y Gonzáles, 2010).

Factores ambientales

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias han sido identificadas adecuadamente en todos los países, culturas y razas, en donde se ha llevado a cabo una investigación sistemática. Sin embargo, los niveles de concienciación varían enormemente. *Alzheimer's Disease International* ha identificado una creciente concienciación sobre la demencia entre la población mundial y entre los trabajadores sanitarios, como una prioridad a escala mundial. En países con renta baja y media en concreto, existe una falta de concienciación sobre el Alzheimer y otras demencias como enfermedades. Más bien se consideran una parte normal del envejecimiento. Esta falta general de concienciación tiene importantes consecuencias, ya que, las personas afectadas no buscan ayuda en servicios oficiales de atención médica, la formación estructurada en la identificación y control de la demencia es escaso o nulo en todos los niveles del servicio de salud, no existen circunscripciones para ejercer presión sobre el

gobierno o los responsables de establecer políticas de salud para que ofrezcan más servicios receptivos de atención a personas con demencia, aunque, los familiares son los principales cuidadores, deben actuar con muy poco apoyo y comprensión por parte de otras personas o agencias (Alzheimer's Disease International, 2015; Ministerio de la Protección Social, 2005).

Las personas con Alzheimer y otras demencias suelen estar específicamente excluidas de la asistencia hospitalaria y se les niega el acceso a las mismas. Gracias a que las alteraciones en la conducta, comunes entre las personas con demencia, pueden ser especialmente mal comprendidas, lo cual causa estigma social, culpa y malestar en los cuidadores (Lopera, 2012; Martínez, Pérez, Carballo y Varona, 2005). El problema de la escasa concienciación no se limita a los países de renta baja y media, por ejemplo, la estrategia nacional para la Demencia del Reino Unido hace hincapié en el estigma (evitando hablar sobre el problema) y dos falsas creencias (que la demencia forma parte normal del envejecimiento y que no se puede hacer nada), como principales factores vinculados a la inactividad en la búsqueda o prestación de ayuda. En el Reino Unido, la gente suele esperar tres años antes de informar a su médico sobre los síntomas de demencia, el 70 % de los cuidadores declaran no ser conscientes de los síntomas de demencia antes del diagnóstico y el 58 % de los cuidadores creen que los síntomas forman parte normal del envejecimiento. Sólo el 31 % de los médicos de atención primaria creen tener suficiente formación para diagnosticar y controlar la demencia. A las necesidades sanitarias de los ancianos se les ha dado poca prioridad en las políticas de salud pública a nivel mundial. Esto está cambiando actualmente, debido en parte, al hecho de que el envejecimiento demográfico (el 'encanecimiento' de la población) se está produciendo más rápidamente de lo previsto en un principio para todas las regiones del mundo, especialmente, en China, India y Latinoamérica (Llibre y Gutiérrez, 2014). En los siguientes 30 años hasta 2020, el sector de la población en edad avanzada habrá incrementado un 200 % en los países de renta baja y media en comparación con el 68 % en el mundo desarrollado. Con este incremento, las enfermedades crónicas no contagiosas adquieren más y más importancia en los países de renta baja y media (Alzheimer's Disease International, 2009; Gallardo, Barón y Cruz, 2012).

Las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte en todas las regiones del mundo, excepto en África Subsahariana. En el 2011, 24.2 millones de personas padecían demencia en todo el mundo y 4.6 millones de nuevos casos se desarrollan anualmente (similar al índice global de accidentes cerebrovasculares no fatales). Dos tercios de toda la población con demencia viven en países de renta baja y media. Se preveía que las cifras se duplicarían cada 20 años, hasta superar los 80 millones en 2040; el incremento es más brusco en países de renta baja y media que en países de renta alta (Alzheimer's Disease International, 2009; 2015).

Incidencia de la enfermedad del Alzheimer a nivel mundial y nacional

Según el Informe Mundial sobre el Alzheimer (2015):

Actualmente, tenemos en el mundo cerca de 900 millones de personas de 60 años y más. Se proyecta que entre el 2015 y el 2050 el número de adultos mayores aumentará a un ritmo diferente según el país de procedencia; el incremento para los países de altos y medianos recursos será menor (56%) en comparación al gran aumento que tendrán los países de medianos y bajos recursos (185%) y al de los países de bajos recursos (239%) (Ver Figura 2). El aumento de la esperanza

de vida está contribuyendo a que este incremento de adultos mayores se produzca con mayor rapidez, lo que conlleva al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la demencia.

Prevalencia global de demencia

Estimamos, que 46.8 millones de personas viven con demencia en el mundo en el año 2015. Se proyecta que este número se duplique cada 20 años, alcanzando los 74.7 millones en el 2030 y los 131.5 millones en el 2050. Estas cifras calculadas recientemente significan un aumento de un 12 %-13 % más de las informadas en el Informe Mundial sobre el Alzheimer del año 2009, [ya que, se presentó una subestimación del alcance de la epidemia]. Las estimaciones de prevalencia de demencia en personas de 60 años y mayores, van del 4.6% en Europa Central al 8.7% en África del Norte y el Medio Este; por ello, la estimación para cualquier otra región cae entre el 5.6% y el 7.6%. Cuando comparamos las estimaciones realizadas en el 2009, la prevalencia actual es mayor en el Este de Asia y África.

El 58% (aproximadamente de 27.144 millones) de las personas con demencia vive en países clasificados por el Banco Mundial como aquellos de bajos y medianos ingresos. Se estima que en estos países la proporción aumentará al 63% en el 2030 y al 68% en el 2050. (Alzheimer's Disease International, 2015, p. 1).

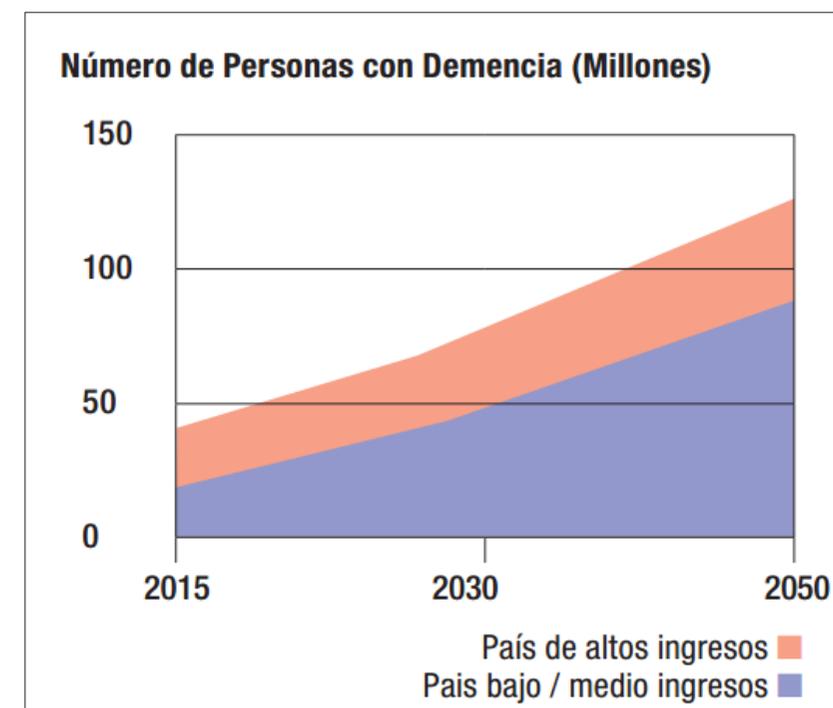


Figura 2. Personas con demencia.

Fuente: Alzheimer's Disease International, 2015.

“Para el 2015, estimamos más de 9.9 millones de casos nuevos de demencia cada año en el mundo; lo que implica un caso nuevo cada 3.2 segundos” (Alzheimer’s Disease International, 2015, p. 1).

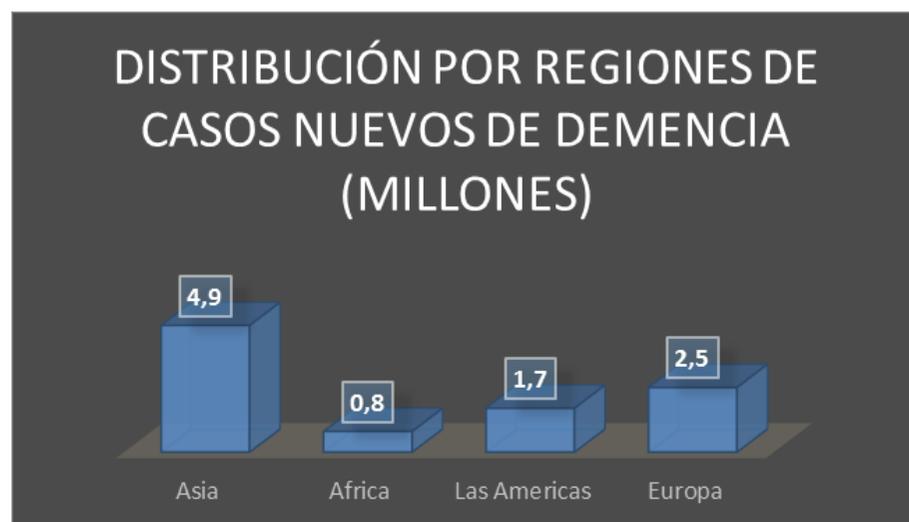


Figura 3. Distribución por regiones de nuevos casos de demencia.

Fuente: Alzheimer’s Disease International, 2015

La incidencia de demencia aumenta exponencialmente con el aumento de la edad, duplicándose cuando la edad se incrementa en 6,3 años. El incremento va del 3,9 por 1.000 años persona a la edad de 60-64 años al 10,4 por 1.000 años persona a la edad de 90 años y más. (Alzheimer’s Disease International, 2015, p. 1)

A nivel mundial, los costos que representa la demencia han aumentado de US\$604 billones en el 2010 a US\$818 billones en el 2015, lo que significa un incremento del 35,4 %. Actualmente se calcula que US\$818 billones representan el 1,09% del Producto Bruto Interno (PBI) a nivel mundial, visualizándose un incremento de lo estimado en el 2010 que fue del 1,01%. Si se excluyen los costos por cuidados informales, el monto total de los costos directos representa el 0,65% del PBI mundial. Los costos se han incrementado en todas las regiones del mundo, siendo mayor en el África y el Este de Asia (esto debido en gran medida a la alta prevalencia de demencia estimada para estas regiones). Los costos por persona son divididos en 3 sub-categorías: costos médicos directos; costos sociales directos (pago a los profesionales cuidadores, cuidados en casa, residencias para adultos mayores); y costos de cuidados informales (no pagados). (Alzheimer’s Disease International, 2015, pp. 1-2).

Incidencia de la enfermedad del Alzheimer en Colombia

Según estudio realizado por especialistas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Icesi, para el 2020 se espera que 260.000 personas mayores de 60 años padezcan la enfermedad de Alzheimer. Para el año 2005, 216.380 colombianos mayores de 60 años tenían algún tipo de demencia y 70 % de éstos padecían de la

enfermedad de Alzheimer, es decir, 151.466 personas. Para el año 2020, se estima que 342.956 personas mayores de 60 años sufrirán de algún tipo de demencia; 258.498 de ellos tendrán enfermedad de Alzheimer, que será más frecuente en mujeres. El aumento en el número de casos se espera que sea principalmente a expensas del estadio de severidad moderada, lo cual requiere de cuidadores y una red de soporte que se ocupe, además de los pacientes, de sus núcleos familiares (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2000; Vargas, 2012; Llibre, 1998; Prada, 2014; Gonzáles, Marín, Mateos y Sánchez, s.f.).

La población mundial presenta una tasa muy alta de envejecimiento y el crecimiento de personas que padecen la enfermedad del Alzheimer está en ascenso de manera considerable en países en desarrollo, hecho que tiene un impacto social significativo. En Colombia, el grupo de los adultos mayores presenta un crecimiento demográfico acelerado y un aumento en la expectativa de vida. Se estima que la población mayor de 60 años se incrementa anualmente, aproximadamente en 80.000 personas y para el año 2050 se proyecta un crecimiento demográfico a 15 millones de habitantes; así mismo, se considera que la esperanza de vida pase de 72.2 años en el 2004 a 76.5 años en el 2019; al ser la enfermedad del Alzheimer una enfermedad prevalente en adultos mayores la probabilidad de un incremento en la afectación de esta población es directamente proporcional al aumento de ésta, debido a que al invertirse la pirámide poblacional genera un factor de riesgo para más casos de EA en Colombia (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2000; Acosta et al., 2012; Vargas, 2012; Gonzáles et al., s.f.).

Situación política y social del Alzheimer

Una persona que padece de Alzheimer es vulnerable desde el área clínica, social y familiar, por lo cual, representa un desafío, tanto para los profesionales como para la sociedad en general; existen guías de atención para la enfermedad, en las cuales se estudia la patología en el área anatómica, histológica y morfológica, también la realización de diagnóstico precoz y los criterios establecidos para éste, los cuales conllevan a prevenir el deterioro cognitivo y realizar un diagnóstico oportuno. Existen además otras guías de Alzheimer donde se trae a colación el impacto social y datos epidemiológicos (Carreto, Pérez, Sánchez y Balbás, 2011; Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia, s.f.; Llibre, 2013; Parra y Pancorbo, 2013)

Si bien, el Alzheimer es una enfermedad de distribución mundial, que tiene consecuencias devastadoras para quienes la padecen, como son: la mortalidad, morbilidad y disminución de la calidad de vida del paciente así como la de sus familias, por ello, existe la necesidad de políticas públicas que brinden una atención adecuada para estos pacientes, pero por desgracia no hay suficientes (Alzheimer’s Disease International, 2015) En países como Reino Unido consideran que el Alzheimer hace parte normal del envejecimiento, por consiguiente resulta difícil la creación de una política pública para acompañar y apoyar a aquellas personas que padecen esta enfermedad, esto conlleva a que no haya una detección temprana de ésta y la familia no la perciba a tiempo. Para la atención del Alzheimer se necesitan centros capacitados, donde exista un equipo multidisciplinario especializado (médicos, enfermeros, psiquiatras, entre otros), lo que implicaría costos elevados para las naciones (Cornejo, Lopera, Uribe y Salina, 1987; Llibre y Gutiérrez, 2014).

En cuanto al apoyo social no hay un adecuado cubrimiento, debido a que investigaciones en Holanda han arrojado que menos de la mitad de personas que tienen esta enfermedad reciben apoyo social, solo una pequeña parte de la población que padece esta demencia tienen una atención y seguimiento adecuado (Ruíz et al., 2010; Alzheimer's Disease International, 2009).

Se validan entonces estrategias preventivas frente a la demencia, por medio de un seguimiento periódico que ayuda a detectar de manera objetiva un declive cognitivo, incluso antes de la aparición del síndrome franco y florido de la demencia. Además, existe una guía que permitirá a algunos autores conocer que el paciente en concreto tiene una enfermedad progresiva y degenerativa, dentro de la guía también están algunas medidas de prevención primaria, que consiste en una alimentación equilibrada (dieta mediterránea rica en ácido fólico y vitaminas B y B12) el consumo moderado de alcohol, ejercicio físico, mente activa, educación, controlar y evitar factores de riesgo cardiovasculares, prevenir traumatismos craneales, entre otros; en prevención secundaria abarca el diagnóstico temprano, manejo de medicamentos como aspirina etc., y referente a la prevención terciaria abarca el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades concomitantes, así como los otros problemas psicosociales que puedan contribuir a la incapacidad y dependencia del paciente y el tratamiento con inhibidores de acetilcolinesterasa y memantina (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; González et al., s.f.; Llibre, 2013; Parra y Pancorbo, 2013).

La valoración integral del paciente, en las distintas fases de la demencia, intenta identificar y cuantificar las capacidades y problemas biomédicos, psicológicos, funcionales y sociales de las personas con riesgo o padecimiento de esta enfermedad, con el objetivo final de realizar un plan de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Finalmente, en Colombia existe una fundación llamada Acción Familiar Alzheimer Colombia, una entidad de beneficio social sin ánimo de lucro, que tienen como objetivo brindar información, capacitación, orientación y apoyo a quienes cuidan de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. La Fundación ofrece actividades, productos y recursos externos para los cuidadores y los enfermos.

Participación de la disciplina de enfermería en el manejo de la enfermedad del Alzheimer

Se entiende que, el profesional de enfermería es uno de los pilares básicos del equipo que presta atención asistencial al enfermo de Alzheimer y a sus familiares, esto ocurre desde la atención primaria hasta la atención especializada y hospitalaria (Pérez, 2008).

Desde la atención primaria, la figura de la enfermera presta cuidados específicos en función de la historia natural de la enfermedad, tanto en el Centro de Salud como en el propio domicilio del enfermo; desde la Atención especializada, el profesional de enfermería se ocupa de poner en marcha programas, donde los cuidados son el centro de atención y dispensados con la máxima participación del propio enfermo y la familia (García et al., 2013; Cerquera, Granados y Galvis, 2014).

Las actividades desarrolladas por el profesional de enfermería en relación con la enfermedad de Alzheimer abarcan la identificación de la patología, ya que, es el profesional de enfermería quien se encarga del cuidado directo del paciente, lo acompaña y observa en sus labores cotidianas (Martínez, 2009), por lo tanto, se hace más sencilla la identificación de la pérdida progresiva de la memoria. En la fase leve se pasa a intervenir en las actividades de la vida cotidiana, se establece unas rutinas las cuales ayudan al paciente a recordar con mayor facilidad y por más tiempo las actividades normales que realiza cada día. En la fase moderada normalmente se pierden los hábitos de autocuidado y es allí directamente donde el profesional de enfermería pasa a intervenir, mediante la operalización de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. En la fase grave el paciente ya es incapaz de realizar las actividades de la vida cotidiana y de satisfacer sus necesidades, por lo cual requiere ayuda para la realización de estas, siendo los cuidados paliativos los brindados en esta etapa (García et al., 2013; Samper, Llibre, Sosa y Solórzano, 2011; Vargas, 2012; Pabón, Galvis y Cerquera, 2014; Lopera, 2012).

Desde el cuidados holístico, el profesional de enfermería no solo ve como sujeto de cuidado al paciente, sino también a sus familiares o cuidadores, formales e informales. La mayoría de los enfermos de Alzheimer son asistidos por cuidadores informales. Los cuidadores familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión. La enfermería tiene un papel importante en el mejoramiento del bienestar físico, psicológico, social y espiritual del cuidador familiar del paciente con Alzheimer, no solo desde la práctica clínica y comunitaria, sino desde los roles en educación, investigación y política pública (Lesmes y Madrazo, 2013; Pabón et al., 2014; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2013).

En lo que respecta a la información y educación sobre la enfermedad de Alzheimer es importante que la enfermera(o) informe al cuidador familiar en qué consiste la enfermedad, cómo se va desarrollando durante las diferentes fases, la disponibilidad de los tratamientos y lo que debe esperar en relación con la enfermedad de su ser querido; ya que, la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, las cuales no podrían hacer sin esta ayuda. Esta área de intervención es importante para el cuidador, ya que, tener un conocimiento real de la enfermedad le permitirá planificar su futuro, disminuir su ansiedad (secundaria a los cambios progresivos que se van generando en el paciente), se evitan las falsas expectativas o esperanzas (en relación con tratamientos curativos de la enfermedad) y, al mismo tiempo, permite que el cuidador sea capaz de reconocer los síntomas y los cambios producidos en las diferentes fases del Alzheimer, con el fin de buscar el apoyo oportuno, así como participar en las consultas médicas de manera más activa, siendo capaz de expresar sus dudas (Vargas, 2012; Zea et al., 2008; Camacho y Coelho, 2009).

Intervención desde la enfermería a los cuidadores de personas con enfermedad del Alzheimer

El Alzheimer afecta no solo al enfermo, sino también a su entorno. La presencia de un cuidador es vital cuando la demencia incapacita a la persona y ya no puede cuidarse por sí mismo. En una familia, se altera su dinámica, lo cual provoca una situación de descontrol con múltiples comportamientos por parte de los miembros. El cuidador debe sentirse respaldado social y sanitariamente. Es fundamental que cuente con una asistencia sanitaria cercana

y dispuesta, que le garantice prontas soluciones ante las inquietudes que le surjan, en la obtención de recursos y en el acceso al material específico para llevar a cabo los cuidados. No se debe olvidar facilitar información sobre todos los recursos y soportes de ayuda del momento. Los medios de refuerzo de los que dispone un cuidador son los denominados servicios de respiro, que tienen la finalidad de aliviarlo de la responsabilidad del cuidado, dándole márgenes para que goce de tiempo para él y pueda atender otras actividades. Hay estudios que demuestran que, los programas de formación y apoyo al cuidador contribuyen a paliar el estado de estrés con el que cargan y, a su vez, retrasa la institucionalización del paciente. Finalmente, el cuidar a una persona en situación de dependencia, la mayor parte del tiempo, durante los 365 días del año genera un elevado estrés emocional y duradero, que implica el agotamiento, tanto físico como psicológico, que genera sobrecarga. Por tanto, las intervenciones de enfermería no van solamente dirigidas a la pérdida de memoria, sino también a los diferentes procesos fisiológicos y psicoemocionales que presentan los cuidadores y los pacientes. La selección de las intervenciones fue hecha con la NANDA.

Entre las intervenciones de enfermería, se encuentran:

- Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario, para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.
- Permitir al paciente comportamientos habituales, como el acaparamiento de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.
- Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.
- Estimular al paciente a describir historias o situaciones pasadas, lo cual estimulara su capacidad de recordar.
- Orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea.
- Evaluar los indicadores no verbales del paciente ante la necesidad de defecar.
- Valorar los hábitos intestinales, llevarlo al cuarto de baño a la misma hora todos los días suele defecar.
- Valorar al paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención o delirio.
- Los pacientes que duermen durante el día deben de procurar hacerlo sentados en la sillas en lugar de la cama, para recordarles que ahí no se deben de dormir.
- Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla.
- Valorar el estado físico y cognoscitivo del paciente
- Enseñar a la familia y al cuidador a proporcionar cuidados.
- Valorar la incapacidad de vestirse, alimentarse, bañarse, etc.

- Proporcionar cuidados al paciente totalmente dependiente y ayuda al que no sea totalmente dependiente.
- Proporcionar instrucciones paso a paso, para que el paciente pueda realizar el máximo número de tareas por sí solo.
- Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.
- Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares.
- Remitir a los familiares a los servicios sociales que le ayude con el cuidado domiciliario.
- Estimular al cuidador para que utilice los servicios de ayuda a domicilio.
- Valorar la capacidad del paciente de comunicarse y el nivel de aislamiento social de la familia.
- Comentar con la familia del paciente la posibilidad de contar con amigos que ofrezcan apoyo y ayuda.
- Identificar sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que el cuidador pueda mantener una vida social.
- Dar tiempo al paciente para que exprese sus temores, escucharle con respeto.
- Reducir los estímulos ambientales, como el ruido y la luz. (Povedano, s.f., pp. 37-45).

Conclusiones

Con este artículo epidemiológico crítico se observa la necesidad de investigar sobre el Alzheimer, específicamente en Colombia, ya que, el panorama descrito para los años posteriores es de gran impacto social y económico para el país, por lo cual el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado ayudaran a mitigar y controlar los daños causados en el paciente, para que este tenga una mejor calidad de vida, al igual que su núcleo familiar.

La enfermedad de Alzheimer no solamente afecta a quien la padece, sino también a sus familiares y cuidadores; ya que, en primer lugar es hereditaria, por lo tanto, se trasmite de generación en generación y en segundo lugar, todo el proceso patológico, el cual afecta considerablemente la estabilidad de la salud física y emocional de quienes se ven directamente afectados, que influye en su vida social, familiar, laboral y personal. Debido a esto, el profesional de enfermería se ve en la obligación de brindar un cuidado holístico, donde se vea al paciente como un ser íntegro, cuidado que debe ir va más allá de la enfermedad y de la individualidad e integrar al proceso de atención acciones encaminadas a la mitigación de los efectos colaterales del paciente y de la familia.

A pesar de que el Alzheimer es una enfermedad que está presente a nivel mundial y va en aumento día a día de manera desproporcionada, no se crean suficientes políticas públicas que cubran las necesidades de las personas que padecen esta enfermedad, además, hay una falta de educación a la comunidad que favorece el subregistro de los casos en un tercio de la población afectada, el diagnóstico tardío y el impacto negativo y repentino a nivel personal familiar, económico y social en la vida del afectado.

Referencias

- Acosta, D., Brusco, L., Fuentes, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R.,... Ventura, R. (2012). *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Álvarez, M., Pedroso, I., De la Fe, A., Padrón, A., Álvarez, M. y Álvarez, L. (2008). Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(3), 196-201.
- Alzheimer's Disease International, (2009). Informe Mundial sobre el Alzheimer. 2009. Resumen ejecutivo. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Espanol.pdf>
- Alzheimer's Disease International. (2015). Informe Mundial sobre el Alzheimer (2015). El Impacto Global de la Demencia. Un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf>
- Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2000). Enfermedad de Alzheimer. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXIX(2), 119-126.
- Barranco, J., Allam, M., Castillo, R. y Navajas, R. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurológica*, 40(10), 613-618.
- Bernhardi, M. (2005). Mecanismos neurobiológicos de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 123-132.
- Camacho, L. y Coelho, M. (2009). Cuidados de enfermería al anciano enfermo de Alzheimer (2003-2008). Enfermería global. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300022&lng=es
- Carreto, V., Pérez, C., Sánchez, V. y Balbás, A. (2011). Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Recuperado de http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf
- Cerquera, A., Granados, F. y Galvis, M. (2014). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 127-137. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/499/1035>
- Cornejo, W., Lopera, F., Uribe, C. y Salinas, M. (1987). Descripción de una familia con demencia presenil tipo Alzheimer. *Acta Médica Colombiana*, 12(2), 55-61.
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 13-22. doi: org/10.4067/S0717-92272003041200003
- Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia. (2008). Enfermedad de Alzheimer. Recuperado de <http://www.alzheimercolombia.org/enfermedad.htm>
- Gallardo, R., Barón, D. y Cruz, E. (2012). El cuidado informal en enfermos de Alzheimer: evaluación a partir de un modelo teórico. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(1), 188-199.
- García, S., García, M., Illan, C., Álvarez, M., Martínez, M., Pina, L.,...Bernal, M. (2013). Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Docente*, 101, 36-40. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-101-09.pdf>
- González, V., Marín, A., Mateos, A. y Sánchez, R. (s.f.). *Guía de buena práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias* (2da. ed.). España: International Marketing & Communication. S.A.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran. (2011). Enfermedad de Alzheimer. México: Departamento de Geriatria. Recuperado de <http://www.innsz.mx/documentos/articulos/EnfermedaddeAlzheimer.pdf>
- Lesmes, E. y Madrazo, A. (2013). Actualización sobre la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 38(9), 1-15. Recuperado de http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/477/pdf_127
- Llibre, J. (1998). La enfermedad de Alzheimer en los umbrales del siglo XXI. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 17(3), 189-189.
- Llibre, J. (2013). Demencias y enfermedad de Alzheimer: una prioridad nacional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 804-806.
- Llibre, J. y Guerra, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 264-269.
- Llibre, J. y Gutiérrez, R. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 378-387.
- Lopera, F. (2012). Enfermedad de Alzheimer familiar. *Revista Neuropsicología y Neurociencias*, 12(1), 163-188.
- Martínez, C., Pérez, V., Carballo, M. y Varona, G. (2005). Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300013&lng=es
- Martínez, F. (2009). Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(3-4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200006&lng=es

Martínez, J. (2002.). Factores de riesgo y de protección de enfermedad de alzheimer. En A. García., L. Gandía. (Coord.), *Fronteras en la enfermedad de Alzheimer* (2^{da}. ed.) (pp. 33-67). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2005). Estudio nacional de salud mental Colombia 2013. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. España: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Pabón, D., Galvis, M. y Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 59-78.

Parra, L. y Pancorbo, P. (2013). Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias: revisión de la literatura. *Gerokomos*, 24(4), 152-157. doi:org/10.4321/S1134-928X2013000400002

Pérez, M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de ciencias médicas*, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009&lng=es

Povedano, M. (s.f.). Atención de enfermería ante el alzhéimer. Recuperado de - <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/09/atencic3b3n-de-enfermerc3ada-ante-el-alzhc3a9imer.pdf>

Prada, S., Takeuchi, Y. y Ariza, Y. (2014). Costo monetario del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 30(4), 247-255.

Ranzola, R., Junco, J. y González, O. (2010). Marcadores Biologicos. Apuntes recientes en relación con la enfermedad de Alzheimer. *Medicentro electrónica*, 14(2), 59-67. Recuperado de file:///C:/Users/UMARIANA/Downloads/109-300-1-SM.pdf

Romano, M., Nissen, M., Del Huerto, N. y Parquet, C. (2007). Enfermedad De Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 175, 9-12. Recuperado de https://www.academia.edu/11806378/ENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.

Ruíz, C., Nariño, D. y Muñoz, J. (2010). Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. *Acta de neurología colombiana*, 26(3-1), 87-94.

Samper, J., Llibre, J., Sosa, S. y Solórzano, J. (2011). Del envejecimiento a la enfermedad de alzheimer. *Revista Habanera de ciencias médicas*, 10(3), 319-327.

Setó, N y Clarimon, J. (2010). Genética en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurología*, 50, 360-364. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.5006.2010033>

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2013). Cuidados continuados en Atención Primaria a personas con enfermedad de Alzheimer. Recuperado de http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/62/Informe%20AlzheimerAtencionPrimaria_final.pdf

Vargas, L. (2012). Aporte de enfermería a la Calidad de Vida del cuidador conoce del Paciente con Alzheimer. *Aquichán*, 12(1), 62-76.

Zea, M., López, M., V, C., Soto, J., Aguirre, D., Lopera, F, Wolf, O. y Rupprecht, R. (2008). Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(1), 24-35.

Impacto de un programa de entrenamiento en habilidades de primer respondiente en Armenia Quindío

Diana Marcela Rengifo Arias¹
Ingrid Caicedo Martínez
Fabián Alexis Roperó Giraldo

Resumen

La familia es pilar importante para la atención de enfermedades cardiovasculares (ECV), tanto en prevención y tratamiento de complicaciones. Por lo cual, conocer el impacto de la estrategia “Solo Manos” sobre los conocimientos y habilidades de primeros respondientes, en la población de Armenia- Quindío es importante. Se realizó investigación cuasi-experimental, alcance exploratorio, corte longitudinal (O1-X-O2); la muestra finita (n= 62 personas), para 95 % de confianza y un error de 5 %, muestreo probabilístico por racimos; se aplicó el cuestionario de Habilidades en RCP básico (α -Cronbach 0.8).

El 81,7 % de los participantes fueron mujeres, el 83,9 % bachilleres, con edades entre 15 y 39 años. Inicialmente, el 60,8 % refirió no conocer los signos de alarma para ECV, el 41,2 % se consideró en capacidad de reconocer un paro cardiorrespiratorio, sin embargo el 77,4 % no identificó la secuencia correcta de acciones relacionadas con las habilidades de primer respondiente. Posterior a la intervención educativa se evidenció cambios significativos para habilidades de primer respondiente en dimensiones como: Verificación de respuesta (RR= 2,9 con IC 95 % de 1,27 a 6,70) y Masaje-compresiones (RR= 2,3 con IC 95 % de 1,15 a 4,95). Se concluye que realizar capacitaciones en la comunidad puede conllevar al desarrollo de destrezas como primeros respondientes.

Palabras clave: educación, familia, paro cardíaco, resucitación cardiopulmonar.

Impact of a training program in skills of first respondents in Armenia, Quindío

Abstract

The family is an important pillar for the care of cardiovascular diseases (CVD), both in the prevention and treatment of complications. Therefore, to know the impact of the strategy “Hands” on the knowledge and skills of first

¹ Magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de la Salud Cardiovascular. Máster en Nutrición, Obesidad y Técnicas Culinarias. Estudiante Coaching Ontológico Docente, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co

Ponencia oral

responders in the population of Armenia, Quindío is important. Research was conducted a quasi-experimental, longitudinal exploratory scope (O1-X-O2); the finite sample (n= 62 persons), for 95% of confidence and an error of 5%, probability sampling by clusters; and applied the questionnaire of basic CPR skills (Cronbach's α -0.8). The 81.7% of the participants were women, 83.9% high school graduates, with ages between 15 and 39 years. Initially, the 60.8% reported not knowing the signs of alarm for CVD, the 41.2% was considered to be able to recognize a cardiorespiratory fitness, however the 77.4% did not identify the correct sequence of actions related to the skills of first responders. After the educational intervention showed significant changes to skills of first respondents in dimensions such as: verification of response (RR= 2.9 with 95% CI of 1.27 to 6.70) and massage-compressions (RR= 2.3 with 95% CI of 1.15 to 4.95). It is concluded that training in the Community can lead to the development of skills such as first responders.

Key words: Education, Cardiopulmonary Resuscitation, Family, Heart Arrest.

Introducción

El cambio en los estilos de vida que enmarcan las dinámicas sociales actuales (inactividad física, consumo de alcohol, exposición a humo de tabaco, dietas malsanas, entre otros) han generado en la población, un aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles –ECNT-, las cuales, según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) han alcanzado niveles de pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2018); particularmente para Colombia las cifras, aunque altas, estiman prevalencias menores a las de Estados Unidos de Norteamérica, México y Chile, tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, se conoce que la proporción de hombres con diabetes en Colombia no diagnosticados fue más alta que en los países de ingresos altos y similar a los otros países de ingresos medios, y con relación a la hipertensión arterial los casos se han quintuplicado (Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Por su parte el Quindío, segundo departamento más pequeño del país, localizado en la zona centro del occidente y conformado por 12 municipios, de los cuales la capital es Armenia, presenta características de riesgo poblacional adicionales merecedoras de atención; por ejemplo: su capital agrupa el 52 % de los habitantes del departamento; es destino turístico debido a su geografía y condiciones climáticas; poblacionalmente se observa una contracción en la base de la pirámide, producto de una menor tasa de fecundidad y del envejecimiento progresivo de la población, además, presenta la tasa más alta del país en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), enfermedades infecciosas donde los registros indican que el departamento ocupa el cuarto lugar en índices de infección por VIH (Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016), autolesiones y conductas suicidas, que lo ubican en el tercer lugar según los porcentajes de suicidio de acuerdo a la tasa poblacional (Gonzales, Gil, Hernández y Henao, 2016), sin mencionar que también presenta el primer lugar en índice de accidentalidad (Secretaría Departamental de Salud del Quindío, 2016); lo cual expone a propios y extraños a presenciar eventos potencialmente fatales, como paros cardiorrespiratorios, que podrían comprometer la vida e integridad de las personas en riesgo.

El paro cardiorrespiratorio se define como una situación clínica de interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón o de la respiración espontánea y se asocia a trastornos cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, traumáticos, shock, hipotermia, los cuales a su vez pueden estar relacionados con las condiciones de riesgo: ECNT, autolesiones y/o suicidio, accidentes de tránsito, entre otros; ocurriendo en su mayoría en entornos extrahospitalarios. Por ejemplo, de los 17,3 millones de personas que fallecen anualmente por eventos cardiovasculares asociados a ECNT, solo el 5 % logra llegar a un centro asistencial para recibir atención especializada (Cogollo, Toro, Patiño, Londoño y Fernández, 2010) y solo el 15,7 % de las personas que entraron en paro cardiorrespiratorio fueron reanimadas *in situ*, de los cuales el 71,4 % de los casos ocurrió en el hogar, porcentaje del cual solo al 22,9 % se le iniciaron maniobras de reanimación antes de la llegada del personal paramédico (Ballesteros, Abecia y Echevarría, 2013) y en la mayoría de los casos fueron presenciados por personas sin entrenamiento en salud (Dos Reis, Carvalho y Aparecida, 2013; Socias et al., 2015); teniendo en cuenta que según el Capítulo 5, Artículo 95 de la Constitución Política de Colombia, así, es deber constitucional obrar conforme al principio de solidaridad y emprender así medidas para minimizar lesiones y mortalidad relacionada con los eventos (Constitución Política de Colombia, 1991), so pena de ser juzgado por el derecho penal bajo la tipificación de omisión de socorro.

Estas situaciones han motivado la realización de capacitaciones dirigidas a la población en general, con el objetivo de contribuir al desarrollo de habilidades de soporte vital básico (Tavares, Nuno y Urbano, 2016; American Heart Association, 2009), mediante entrenamiento en reanimación cerebro cardiopulmonar (RCP) precoz; la cual se enfoca en generar flujos circulatorios coronarios y cerebrales adecuados, para favorecer el retorno a la circulación espontánea (RCE) y minimizar el deterioro que se puede generar en los diferentes órganos, mejorando el pronóstico y la sobrevida del paciente, para esto, la American Heart Association (AHA) no ha escatimado esfuerzos en divulgar y entrenar personas para aplicar la cadena de supervivencia, como primeros respondientes, en eventos que pueden comprometer la vida de otros.

Dentro de los elementos que conforman la cadena de supervivencia, para la población sin entrenamiento en salud, se encuentran: 1. Activación temprana del sistema de emergencias; 2. RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas; y 3. Desfibrilación precoz. Esta secuencia de actividades garantiza la llegada de un grupo de personas expertas y entrenadas para el inicio de maniobras de avanzada, amplía las posibilidades de acceder a un desfibrilador externo automático (DEA) y, además, genera un flujo circulatorio que permite algún grado de perfusión coronaria y cerebral; mejorando la posibilidad de sobrevida hasta el alta hospitalaria de las personas que han experimentado este evento.

Estudios de American Heart Association (2013) demuestran que las personas a las que se les administró tempranamente terapia eléctrica mediante un DEA, presentaron un RCE mucho más rápido que aquellos a los que se les brindó la terapia posterior a los cinco minutos del evento, además, los primeros tuvieron una mejor sobrevida hasta el alta hospitalaria, es importante resaltar que según Ballesteros et al. (2013), la localización del individuo por fuera de su domicilio se asocia con una mayor supervivencia ($p= 0,031$) (Navarro y Muñoz, 2017), por tener

la oportunidad de contar con personas que de alguna forma han sido entrenadas. Desde el año 2014, el Centro de entrenamiento ACLS-BLS de la Universidad del Quindío, viene implementando la estrategia de educación a la población sobre habilidades de RCP, denominado por la AHA como “Solo Manos”, por la cual cada año se capacita alrededor de 100 personas; por ende, se pretende conocer el impacto de la estrategia “Solo Manos” sobre los conocimientos y habilidades de primeros respondientes, en la población de Armenia- Quindío.

Justificación

Cada 90 segundos en el mundo alguien experimenta un paro, comprometiendo paulatinamente su capacidad de sobrevivir; capacidad que depende del tipo de evento, del tiempo de respuesta y del lugar de ocurrencia, puesto que por cada minuto que una persona experimenta paro cardiorrespiratorio, se compromete alrededor del 10 % de su tejido neuronal, lo cual influye en la posibilidad de rehabilitación. Cabe resaltar que el tiempo de respuesta es dependiente en primera medida al tipo de evento, siendo menor para la atención de accidentes de tránsito (7 minutos aproximadamente), que para eventos de enfermedad común, en los cuales existen casos donde refieren nunca haber recibido la asistencia del personal paramédico para el traslado de la víctima al servicio de urgencias.

De esta manera, es de vital importancia que las personas en la comunidad estén en capacidad no solo de identificar tempranamente los signos de alarma sino de proveer maniobras de reanimación cardiopulmonar, incluido la activación del sistema de emergencias médico (SEM) y la utilización de un DEA, el cual era dotación obligatoria de ambulancias de transporte asistencial básico hasta el año 2014 al entrar en vigencia la Resolución 2003 del año en mención y, además, debería estar disponible en todos aquellos lugares donde existe aglomeración de personas, así como, las condiciones de riesgo que ya se mencionaron anteriormente y los hábitos de vida característicos de esta época.

Así: en el municipio de Armenia, se pudo evidenciar que el 55 % de los familiares de personas con riesgo cardiovascular refirió no conocer los signos de alarma; el 40,2 % manifestó sentirse en la capacidad de identificar un paro cardiorrespiratorio, sin embargo, ninguno de ellos identifica la “no respuesta al llamado” como una condición relacionada al paro y sí la ausencia de pulso, lo cual, según evidencia de la AHA es difícil de comprobar hasta para el personal con entrenamiento en salud, además, solo el 0,5 % de la población reconoció la secuencia correcta para actuar como primeros respondientes y el 85,5 % refirió no conocer un DEA (Gonzales et al., 2016) y aunque distinguen los hábitos de vida saludables no los desarrollan en su vida cotidiana.

Estos contextos son reconocidos mediante experiencias cercanas de personas que realizaron previamente los talleres o por medio las redes sociales, promoviendo el desarrollo de contexto de la conciencia y con él la generación del acuerdo, solicitando el acompañamiento de enfermería para el desarrollo de los talleres; procurando en todo momento la conservación de los derechos y normas bioéticas, en donde la autonomía del sujeto sustenta la valoración individual sobre la necesidad de actuar en función de un objetivo, para el caso, desarrollar habilidades que le permitan actuar como primer respondiente y conservando fidelidad hacia su objetivo, decide gestionar el

taller emprendiendo las acciones que considera oportunas desde la reflexión de los conocimientos previos en cuanto a estilos de vida saludable, el reconocimiento de signos de alarma, la aplicación de la cadena de supervivencia y desfibrilación precoz y el desarrollo de habilidades prácticas en escenarios de simulación trasladados a entornos comunitarios desde el análisis de casos.

Esta formación se desarrolla aplicando el protocolo propuesto por la AHA en el programa de “solo manos” para la cadena de supervivencia, el cual es un programa de autoaprendizaje de RCP, diseñado para enseñar las principales habilidades de reanimación cerebro cardiopulmonar en aproximadamente 20 minutos (American Heart Association, 2013) y por elementos complementarios desarrollados por las enfermeras a cargo de estilos de vida saludable y reconocimientos de signos de alarma, logrando garantizar la objetividad del proceso, con ello, se permite que los participantes puedan sentirse seguros de hacer el bien y evitar el mal en el momento de requerir brindar soporte vital básico como primer respondiente y así poder dar cumplimiento a su deber constitucional obrando con autoasertividad.

Metodología

Estudio cuasi-experimental con alcance exploratorio y corte longitudinal (O1-X-O2), donde O1 fue desarrollado durante el encuentro inicial con los participantes, X hace relación a la intervención educativa en la cual se trataron temas como factores de riesgo cardiovascular, signos y síntomas de enfermedad coronaria aguda y enfermedad cerebrovascular, por último, entrenamiento en habilidades de RCP bajo la estrategia de Solo Manos, taller con una duración aproximada de dos horas realizado de forma itinerante en los contextos naturales de las personas que solicitaron la realización de la estrategia; durante X2 se aplicó nuevamente el instrumento posterior al ciclo de capacitaciones.

El instrumento empleado fue el cuestionario de Habilidades en RCP básico, el cual fue diseñado por Rengifo Arias y Roperio Giraldo en el año 2015 para determinar la capacidad de respuesta, como unidad coronaria primaria de los familiares, de las personas que viven con hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo dos en Armenia – Quindío; el cual fue validado en una muestra de 520 personas obteniendo una confiabilidad de α -Cronbach de 0.8; el instrumento cuenta con cuatro dimensiones a saber: signos de alarma, reconocimiento del paro, cadena de supervivencia y utilización del DEA, en total está conformado por 10 preguntas, incluida una secuencia de imágenes para la selección de la cadena de supervivencia.

La muestra se calculó desde las personas inscritas al Taller de Solo Manos para el año 2016, conservando una confianza del 95 % y un error estimado del 5 % para un total de 62 personas; el muestreo fue probabilístico por racimos. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes debían ser mayores de 14 años, manifestar su voluntad de participar en la investigación y diligenciar el cuestionario en los dos momentos de observación propuesto, previo consentimiento informado. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 24.

Resultados

Con relación a la caracterización demográfica de la población, se puede afirmar que el 87,1 % de la población en estudio fueron mujeres, en cuanto a la ocupación el total de la población refirió ser estudiante; la escolaridad fue variable, encontrando que el 83,9 % de los participantes refirieron tener bachillerato completo, el 1,6 % ha alcanzado nivel técnico, mientras que el 14,5 % restante no respondió la pregunta. La edad de la muestra varió entre 15 y 39 años de edad, donde el grupo de mayor representación fueron aquellos entre 20 y 24 años con un 58,1 %, seguido por el grupo entre 15 y 19 años con un 33,9 %.

Específicamente, sobre las habilidades relacionadas con el desarrollo de la cadena de supervivencia, se estimó que durante el primer momento de valoración solo el 17,7 % de los participantes reconocieron las tres acciones más importantes para brindar ayuda a una persona que experimenta paro cardiorrespiratorio; el 50,8 % de ellos manifestaron no reconocer los signos de alarma asociados a eventos cardiovasculares, sin embargo, posterior al desarrollo de la sesión educativa, se determinó que la proporción de participantes que reconocieron los signos de alarma, aumentó a un 74,2 % (Ver Figura 1).

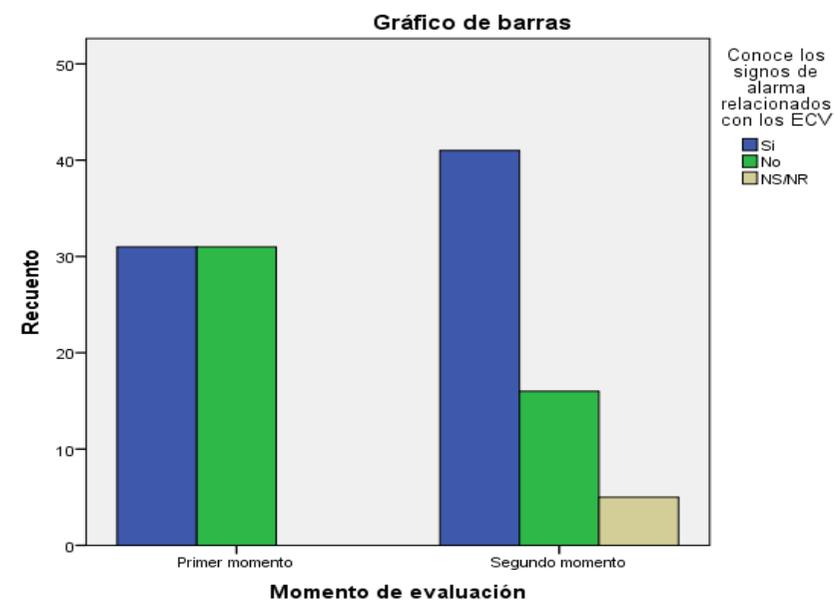


Figura 1. Distribución de la población según conocimientos de signos de alarma relacionados con eventos cardiovasculares y momento de observación.

Fuente: datos de autor.

Aunque durante el primer momento de observación, el 61,2 % no se considera en la capacidad de reconocer a una persona que se encuentra en paro cardiorrespiratorio (ver Figura 2), solo el 31,5 % de los participantes identifica correctamente los signos de paro cardiorrespiratorio propuestos desde los protocolos establecidos desde la AHA (ver Figura 3); el puntaje total en promedio obtenido por los participantes fue de 0,5 puntos sobre una escala de dos, con una de +/- 0,45 puntos.

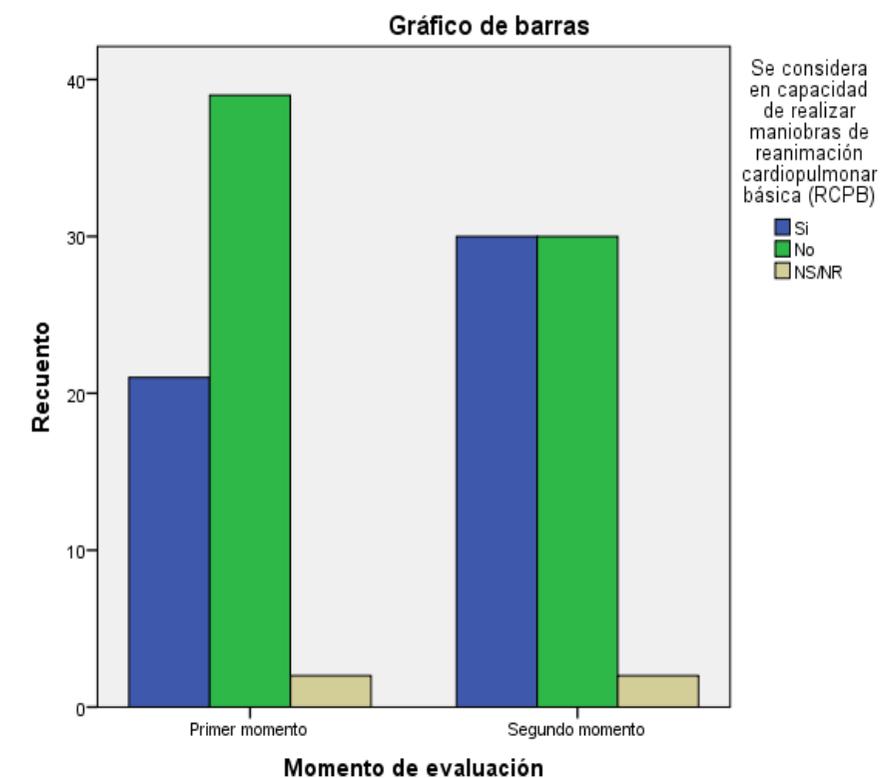


Figura 2. Distribución de la población según capacidad de reconocer el paro y momento de observación.

Fuente: datos de autor.

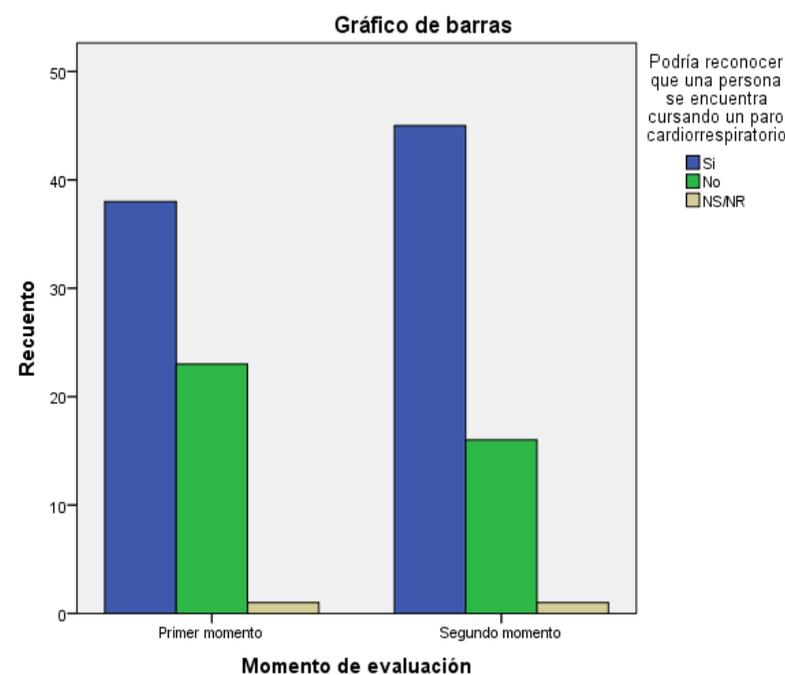


Figura 3. Distribución de la población según capacidad de reconocer signos de paro y momento de observación.

Fuente: datos de autor.

Posterior a la intervención educativa y empleando estadística no paramétrica, se evidenció una relación directamente proporcional de intensidad moderada y fuerte en las variables. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Correlación de Spearman

	Considera que conoce los signos de alarma	Podría reconocer un Paro	Identificación del paro	Momento de observación	Preparado para Utilizar el DEA	Puntaje total
Identifica signos de alarma	p=0,00 Rho= 0,8	p= 0,00 Rho= 0,5	p= 0,00 Rho= 0,6		p= 0,00 Rho= 0,5	p= 0,00 Rho= 0,5
Puntaje total	p=0,00 Rho= 0,8	p=0,00 Rho= 0,7	p=0,00 Rho= 0,6	p=0,04 Rho= 0,22	p=0,00 Rho= 0,7	

Fuente: datos de autor.

Como se observa en la Tabla 1, el puntaje total obtenido por los participantes presentó correlación estadística baja respecto al momento de observación (O2); sin embargo, el puntaje total presentó asociación estadística moderada con aspectos como el reconocimiento de los signos de alarma, la identificación del paro y la utilización del DEA; razón por la cual se decidió calcular medidas de riesgo relativo, empleando Odd ratio (OR) para los eslabones de la cadena de supervivencia en población sin entrenamiento en salud; observando que la probabilidad de mejorar en la activación temprana del sistema de emergencia posterior al desarrollo del taller de Solo Manos fue de 2,9 (RR= 2,9 con IC 95 % de 1,27 a 6,70); de igual forma, se observó mejor habilidad para la realización de compresiones cardiacas efectivas con una probabilidad de 2,3 en las personas que recibieron entrenamiento durante el taller anteriormente mencionado (RR= 2,3 con IC 95 % de 1,15 a 4,95).

Conclusiones

Realizar capacitaciones en la comunidad puede conllevar al desarrollo de destrezas como primeros respondientes, contribuyendo al acceso de una reanimación precoz realizada por testigos presenciales del evento, con lo cual la sobrevivencia de las personas que experimentan el paro cardiorrespiratorio mejoraría.

Es necesario el desarrollo de programas de entrenamiento en habilidades de RCP, que le garanticen a la población en general la posibilidad de actuar de forma competente ante un evento de paro cardiorrespiratorio; dando respuesta a los deberes que la Constitución y otras normas legales imponen como ciudadano del territorio colombiano.

Es de suma importancia aunar esfuerzos para la adquisición de desfibriladores externos automáticos (DEA) accesible a la población en general, dando cumplimiento a la Resolución 926 del 30 de marzo de 2017.

Se requiere estudios con mayores poblaciones, donde las intervenciones educativas sean de menor duración y extensión.

Referencias

- American Heart Association. (2009). Paro cardiaco. Recuperado de http://my.americanheart.org/professional/ScienceNews/Noticias-Cient%C3%ADficas-invierno-de-2015_UCM_473543_SubHomePage.jsp
- American Heart Association. (2013). RCP usando solo las manos. Recuperado de https://cpr.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_456850.pdf
- Ballesteros, S., Abecia, L. y Echevarría, E. (2013). Factores asociados a la mortalidad extra hospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital básico en el País Vasco. *Revista Española de Cardiología*, 66(4), 269-274.
- Cogollo, D., Toro, J., Patiño, C.; Londoño, V. y Fernández, J. (2010). *Revisión de casos internacionales, nacionales y locales de atención prehospitalaria de paro cardiorrespiratorio con y sin desfibrilador externo automático – DEA* (informe de investigación). Universidad CES, Medellín, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/2783/1/INVESTIGACION.pdf>

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones



Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Dos Reis, A., Carvalho, D. y Aparecida, D. (2013). Characteristics of care provided to victims of out-of-hospital cardiac arrest. *Revista Journal of Nursing*, 7(11), 6.382-6.390. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i11a12283p6382-6390-2013>

Gonzales, J., Gil, J., Hernández, D., Henao, L. (2016). Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento del Quindío. *Duazary*, 13(1), 7-14.

Ministerio de salud y protección social y Organización Panamericana de la Salud. (2010). Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervencion-poblacional-ent-fr.PDF>

Navarro, J. y Muñoz, R. (2017). Historia de la terapia eléctrica en reanimación. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 16(1), 1-9. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v16n1/scar02117.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Secretaria de Salud Departamental del Quindío. (2016). Análisis de situación de salud en el modelo de determinantes sociales en salud departamento del Quindío – 2016. Recuperado de http://www.quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/ASIS_QUINDIO_2016_2.pdf

Socias, L., Ceniceros, M.; Rubio, P., Martínez, N., García, A., Ripoll, T. y Lesmes, A. (2015). Características epidemiológicas de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias registradas por el sistema de emergencias 061 (SAMU) de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (2009-2012). *Medicina Intensiva*, 39(4), 119-206. doi: 10.1016/j.medin.2014.04.004

Tavares, A., Nuno, P. y Urbano, J. (2015). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão. Um problema de saúde pública. Qual a idade certa para iniciar? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 101-104. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.006>

La situación de estilo de vida de las personas con ECNT interpretación desde el cuidado de enfermería

Adiela Henao Buriticá¹
Carmen Ayde Rincón Fernández²
Nancy García García³

Resumen

Investigación: Configuraciones familiares de los pacientes con enfermedad crónica no trasmisible ECNT de una IPS de III nivel, Armenia-Quindío, 2013, con el propósito fundamental de caracterizar las configuraciones de las familias de los pacientes con ECNT, en términos de composición, estructura y tipologías familiares, la valoración de componentes del estilo de vida y finalmente, reflexionar frente a la necesidad de conocer las características de la familias y particulares de la persona con ECNT, en el establecimiento de planes de alta y continuidad del cuidado. **Tipo de investigación:** Descriptiva-Transversal, cuantitativo, universo las familias que consultan a la IPS tercer nivel de atención de la ciudad de Armenia (2.973 pacientes adultos), muestra 360 personas. Se recolecto la información aplicando encuesta a los mismos pacientes. El proceso de datos se realizó con base de datos Access y procesadas en el paquete estadístico SPSS 21. La ponencia estará centrada en los resultados de uno de los componentes de la investigación, el cual hace referencia a: la valoración de dimensiones del estilo de vida de la persona con ECNT, como ejercicio, alimentación, consumo de cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, manejo de stress, utilización de tratamientos alternativos y evolución de su estado de salud, indispensables para establecer planes de alta y continuidad del cuidado.

Palabras clave: composición familiar, enfermedades crónicas, estructura, familia, red familiar, tipologías.

The lifestyle situation of people with Chronic Noncommunicable Diseases (CND). Interpretation from nursing care

Abstract

Research: Family configurations of patients with chronic noncommunicable disease (CND) of a third level IPS in Armenia, Quindío, in 2013, in terms of composition, structure and family typologies, assessment of lifestyle

¹ Magíster en Enfermería con énfasis en adulto y anciano, Universidad del Valle. Docente tiempo completo, Universidad del Quindío.

² Doctoranda en Formación en Diversidad, Universidad de Manizales. Docente tiempo completo, Universidad del Quindío. Correo electrónico: carmenayde@uniquindio.edu.co

³ Magíster en Educación y Desarrollo Humano, Universidad de San Buenaventura. Docente ocasional, Universidad del Quindío. Correo electrónico: ngarcia@uniquindio.edu.co

Ponencia oral

components and , finally, reflecting on the need to know the characteristics of families and, particularly, of the person with ECNT. **Type of research:** Descriptive-transversal, quantitative. Universe: the families that consult the IPS of the third level of care in the city of Armenia (2,973 adult patients); sample: 360 people. The information was collected by applying surveys to the same patients. The data process was performed with the Access database and the SPSS 21 statistical package. The presentation focused on the results of one of the research components, which refers to the assessment of dimensions of the person's lifestyle. with CND, such as: exercise, food, cigarette consumption, alcohol, psychoactive substances, stress management, use of alternative treatments and evolution of their health status, essential to establish plans for discharge and continuity of care.

Key words: family composition, chronic disease, structure family network, typologies.

Introducción

Este documento presenta el proceso y los resultados de la investigación: *Configuraciones familiares de los pacientes con enfermedad crónica no trasmisible ECNT de una Institución Prestación de Servicios de tercer nivel en la ciudad de Armenia, Quindío, 2013*, específicamente, en lo relacionado con **la situación de estilo de vida de las personas con ECNT interpretación desde el cuidado de enfermería.**

El término 'familia' hace referencia a una fracción de realidad social compleja. Con éste se designa un hecho social histórico y cambiante y una experiencia de vida, la más cercana, pero tal vez, la más desconocida. Su principal característica es quizás la actividad y el dinamismo que despliega alrededor de procesos necesarios para la realización humana, individual y social de sus integrantes, así como, su capacidad para agenciar procesos de salud-enfermedad en particular y de desarrollo en la sociedad a la cual pertenece en general.

Metodológicamente, 'el concepto de hogar incluye el concepto de familia. Así, todas las familias son hogares, pero no todos los hogares son familia'. Esto, como producto de la disminución del tamaño de las familias, nuevas formas de conformar pareja diferente al matrimonio, el incremento del vivir solos, divorcios y separaciones en aumento, la creciente existencia de familias formadas por padres separados y divorciados, la expansión de las luchas de las parejas no heterosexuales (Aranibar, 2001). Por otra parte, el término de familia 'trasatlántica' puede indicar ciertas tendencias relacionadas con familia, que van en la vía de su generalización, sin importar si el país donde se verifican es desarrollado o está en vía de serlo (Heath y Stacey, 2002) La familia es una **institución concha**, esto quiere decir, que pese a las variadas formas como se estructura se le sigue llamando igual (Giddens, 2007).

'La organización familiar no escapa a los cambios societales mayores. (...) la construcción de identidad y el acceso a ingresos propios por trabajo (...), junto con otros cambios en la sexualidad, la nupcialidad, el espacio, la reproducción, están llevando a una diversificación en las opciones de gratificación afectiva y de supervivencia, con profundos encuentros y desencuentros entre los modelos tradicionales, las presiones moralistas desde la sociedad, y la redefinición de roles, identidades y propósitos'. Rico (como se citó en Villegas, 2008, p. 40).

Como fuente experiencial, la familia remite a un espacio social en el que se concretan las condiciones y las posibilidades existenciales de hombres y de mujeres. Allí se toman decisiones y se realizan acciones en torno a aspectos de salud, educación, alimentación, higiene, recreación, trabajo, (...) entre otras; (...). Empero, esta actividad permanente la realiza a

partir de las conexiones e inter-relaciones que establece y mantiene con otras organizaciones e instituciones de la sociedad. El espacio de lo familiar se conforma, entonces, de manera interdependiente con el mundo público de los servicios, la legislación y el control social. (Suárez y Restrepo, 2005, p. 21).

La estructura y la naturaleza de las familias no están determinadas ni subordinadas a estructuras sociales, económicas, políticas y culturales; antes bien, en cada familia sus miembros se vinculan entre sí entretrejiendo redes y construyendo un ambiente socio-cultural propio (Cebotarev, 1985) que sirve de trasfondo al ordenamiento de las tareas y las responsabilidades, a las valoraciones y al lenguaje, a las costumbres y a las preferencias idiosincráticas y particulares. (Fernández, 2017, p. 112).

La condición de agencia que posee la familia le da:

la posibilidad de dotar a sus miembros de habilidades para actuar en forma nueva -en un contexto de valoración de la vida humana y de reconocimiento y respeto por el otro- y de establecer relaciones equitativas, además, la de convertirse (...) en unidades actuantes y deliberativas con capacidad de inducir cambios en la sociedad y de incidir sobre la trayectoria de las transformaciones sociales. (Suárez y Restrepo, 2005, pp. 20-21).

Se pretende trascender las limitaciones y las exclusiones de que son objeto las familias cuando la Ciencia Social, el Estado y los Planificadores de políticas sociales y de desarrollo las continúan mirando desde un discurso más ideologizado que científico. Dicho discurso, además de promover un modelo único de familia, se fundamenta en un pensamiento dicotómico que mantiene y refuerza una separación entre lo público y lo privado y con ello, entre lo productivo y lo reproductivo, lo macro, las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino como opuestos y complementarios, y lo micro, la interacción directa entre sujetos que constituyen un núcleo familiar determinado, (Calveiro, 2005) lo político y lo doméstico, entre otras. Los conceptos público y privado y la separación radical entre estos, no son nuevos (Elshtain, 1981), han sido principios ordenadores en todas las sociedades conocidas y han constituido las bases de la teoría y la acción política en la tradición occidental. (Fernández, 2017, p. 112).

De acuerdo con la estructura de organización sistémica, *la familia* es una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente. Segundo, es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales y responsabilidades comunes. Tercero, está compuesta por individuos que tienen cada uno distintas relaciones con los miembros de *la familia*, y sistemas de contacto en el ambiente. Lo importante de esta definición de familia es la decisión acerca de quién debe pertenecer al sistema; el sentido de pertenencia es un prerrequisito para que los individuos funcionen como sistema (Friedemann, como se citó en Urbano, Amaya, 2011).

En consecuencia, la definición es subjetiva y difiere de acuerdo a la perspectiva de cada miembro. Los miembros de *la familia* no deben estar biológicamente relacionados o vivir en un única casa. La familia incluye todas las personas que tienen funciones familiares y que están emocionalmente concertadas al individuo. Por lo anterior, las personas que están emocionalmente conectadas son aquellas por las que se está preocupado, relacionado o disgustado.

A partir de lo anterior, pueden puntualizarse dos situaciones: por una parte, la urgente necesidad de redefinir la responsabilidad de investigar a la familia como un actor fundamental del desarrollo humano y social; desde esta perspectiva generar una línea que describa la *composición*, la *estructura* y *tipologías familiares*, potenciar la

comprensión política, cultural y social de la realidad familiar que permita procesos de comprensión más pertinentes. A continuación, se presentan algunos de los conceptos claves de familia y de ECNT que otorgaron bases teóricas a este proceso investigativo.

Las Configuraciones familiares han sido definidas desde distintas perspectivas, que han de entenderse como hipótesis de trabajo o guías para investigar la vida familiar, desde la composición, la estructura y la tipología, pues, “la tarea es llegar a obtener información que los miembros de la familia no consideran pertinente y, más difícil todavía, obtener la información que aquellos no disponen” Minuchin (como se citó en Casas, s.f., párr. 2).

En relación con la Composición Familiar se hace referencia a las características propias de cada familia, para tener una descripción de sus integrantes a partir de algunos indicadores demográficos, como el número de personas, edad, sexo, ocupación, entre otros. Permite una comprensión cualitativa y cuantitativa de la familia, para estudios de corte diagnóstico, sociodemográfico o económico. La composición familiar está relacionada con el funcionamiento y la asignación de papeles, según generación y género; es dinámica, hay ingreso y egreso de integrantes y puede ser afectada por eventos externos (Quintero, 2006).

A partir de la constitución de la familia moderna, se configuraron dos grandes líneas de poder familiar: una generacional, que va principalmente de padres a hijos, y otra de género, que se ejerce de hombres a mujeres; aquí la pareja constituye un foco de poder familiar, del que participa la mujer y, que en muchos casos, se extiende como poder general de los mayores sobre los menores (Calveiro, 2005).

La composición de grupo familiar en cuanto a su tamaño, relaciones de parentesco, la ubicación residencial y el número de generaciones, el funcionamiento o sea los roles o papeles que cumplen los integrantes de la familia, como la autoridad, las tareas y la forma como ésta distribución influye y es influida por el grupo más amplio en el cual se inscribe (Louro, 2005).

La Estructura Familiar corresponde a las características internas de la familia que, a su vez, se denomina funcionamiento familiar a la estructura interna, representada por las relaciones en su interior, así como por el manejo del poder, reglas y roles, jerarquías y límites dentro de un sistema (Builes y Bedoya, 2008). “La incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo ha modificado los patrones habituales de funcionamiento de los hogares latinoamericanos” (Arriagada, 2001, p. 28) y su estructura. “Así mismo, el aporte económico de las mujeres que trabajan contribuye a que una proporción importante de los hogares situados sobre la línea de pobreza puedan mantenerse en esa posición” (p. 28).

La Tipología Familiar está constituida como la estructura externa de la familia. “Está determinada por los sujetos que conforman la familia en función de sus ‘lazos de filiación, parentesco, afinidad o afecto’” (Builes y Bedoya, 2008, p. 348). Su comprensión moderna es holística e incluye el significado de los factores que influyen en su configuración: el tipo de unión de la pareja (ceremonia civil, religiosa o, de hecho); la entrada y salida de sus integrantes. Es la clasificación general de los tipos, subtipos, unidades de convivencia, de los hogares familiares y no familiares (Quintero, 2006)

Otros consideran la tipología familiar como la configuración externa de sus sistemas, la forma que adquiere por los integrantes que la constituyen y el tipo de lazos que los unen según su composición y tamaño. Permite identificar a sus integrantes de acuerdo con los lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.

Los tipos de familia reconocidos se pueden clasificar y existen varias formas de determinar la tipología de la familia, entre ellas: por convivencia de generaciones, por relación de pareja o por tipo de asociación (Gallego, 2012).

Con relación al tipo de hogar se encuentra que los hogares pueden ser Unipersonales, Nucleares, Extendidos, Compuestos o sin Núcleo. Con relación al ciclo vital, esta se puede clasificar en una de las siguientes: Etapas Inicial: Etapa I, Etapa II, Etapa III; Etapa del nido vacío (Arriagada, 2001). La familia tiene un proceso continuo de evolución y desarrollo, que atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte, esto recibe el nombre de Ciclo Vital Familiar y se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar. Una serie de sucesos denominados normativos marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital.

El concepto de *hogar*, por su parte, incluye el concepto de familia. Así, todas las familias son hogares, pero no todos los hogares son familias. El criterio por el cual un hogar es de tipo familiar es la existencia de un núcleo conyugal; es decir, la presencia de relaciones de parentesco conyugal (esposo/a o conviviente) y/o filial (hijos/as) entre todos o algunos de los miembros del hogar deben estar relacionados por lazos de sangre, adopción o matrimonio. En términos operacionales, el núcleo conyugal debe ser del jefe de hogar.

No solo la modificación o evolución de la tipología familiar está garantizando el desarrollo de capacidades internas de la familia, adicional a esto y en el devenir de una real calidad de vida, se debe trabajar sobre procesos sociales y económicos que reconozcan los derechos con equidad de género, que contribuya además con el mejoramiento de condiciones de las familias colombianas, de esta manera, se podrá algún día hablar de una sociedad viable, sostenible con posibilidad de sobrevivir calificadamente en un futuro, sea este un siglo o un milenio (Suárez y Restrepo, 2005). La migración está jugando un rol en la modificación de la tipología familiar, adicional, al importante papel para el desarrollo de algunos países, ya que se ha convertido en vía para el intercambio de conocimientos y de producción en un mundo globalizado. El mandato de la Organización Internacional para las Migraciones (Ramírez y Perilla, 2010) responde a lo anterior, en tanto está comprometida con promover el principio de una migración ordenada y humanitaria, que termine beneficiando, tanto a los migrantes como a la sociedad en general.

Con relación al asunto de pertenencia a organizaciones es necesario tener claridad sobre organización, definida ésta como:

La **organización** consiste en un conjunto de personas, sistemas, empleos, funciones, oficinas, instalaciones y dependencias que componen una institución social, la cual se rige por usos, reglas, políticas y costumbres propias. Además, toda organización se rige por un fin u objetivo específico. Garza. (como se citó en Chao, s.f., p. 1).

De igual forma, para esta investigación se precisó la clasificación de los tipos de organización, tales como: organización social, organizaciones religiosas, organizaciones de la sociedad civil, Juntas de Acción Comunal, grupos infantiles, juveniles y de la tercera edad, y asociaciones de padres o profesionales.

Por otra parte, si se realiza un análisis de las principales causas de mortalidad en el mundo, fácilmente, se puede concluir que tres de las cuatro principales causas de muerte tienen su origen en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, y estas se relacionan de forma directa con un estado de enfermedad crónica, ECNT. En la actualidad, el número de personas que mueren anualmente por enfermedades cardiovasculares, es cuatro veces superior a las muertes producidas por el SIDA, la tuberculosis y la malaria (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Las ECNT son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad, mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. La conformación es la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. (Córdova et al., 2008, p. 420).

Las ECNT son causadas por factores de riesgo, como la hipertensión, los azúcares sanguíneos elevados, la hiperlipidemia, y sobrepeso/obesidad, que a la vez son el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol. Adicionalmente, existen una serie de factores (como el envejecimiento de la población y la reducción en el número de muertes por enfermedades infecciosas) que han dado lugar a la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles en los países menos desarrollados (Kaneda, 2006). La urbanización por la mayor emigración a las ciudades, la industrialización, como consecuencia del menor trabajo agrícola a medida que se amplía la industria manufacturera de los países, y la globalización por la mayor interdependencia en las relaciones de comercio a nivel mundial, especialmente en productos alimentarios, han contribuido a esta transición.

Teniendo en cuenta lo anterior, se explica el por qué en el contexto mundial, regional y local las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan los principales lugares con relación a la morbimortalidad de la población en general, que se constituye en un problema de salud pública (Vega y González, 2009).

Lo anterior ha hecho que todas las miradas de las instituciones que se relacionan directa e indirectamente con la incidencia y la prevalencia de la enfermedad crónica no transmisible y se vuelvan hacia la necesidad de identificar y proponer estrategias individuales o sociales locales o nacionales para contrarrestar efectivamente las consecuencias de la alta tasa de morbimortalidad en la población por causa de estas patologías. Actualmente, se establece que la tasa elevada de enfermedades y muertes de la población que desplazan a las enfermedades infecciosas, poniendo en primer plano a las ECNT como problema de salud pública, establece el acercamiento al final de lo que algunos autores han denominado la transición epidemiológica (Vera, 2000; Gómez, 2001).

Los estudios e investigaciones realizados en el campo de la familia dan cuenta de la existencia de configuraciones diversas. Aunado a lo anterior, la existencia de uno o más integrantes de la familia conviviendo con enfermedades crónicas no transmisibles ECNT develan dimensiones complejas en el ámbito de la generación de planes de alta y continuidad de cuidado para las personas que acuden a las instituciones de salud, estas razones evidenciaron la necesidad de responder interrogantes, como ¿Cuáles son las configuraciones familiares con un integrante con patología crónica en la ciudad de Armenia Quindío? y específicamente, ¿cómo son las situaciones en cuanto al

estilo de vida de las personas con ECNT y como realizar interpretación desde el cuidado de enfermería?; en este documento abordaremos lo relacionado con la segunda pregunta.

Metodología

El método fue cuantitativo transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), que permitió desde la interrelación estadística una aproximación sistemática a la realidad de las familias y la dinámica de los usuarios de una IPS de III nivel de atención de la ciudad de Armenia.

La investigación, en cuanto a la aproximación a las variables teóricas de composición, estructura y tipologías familiares fue en términos descriptivos en el campo de la investigación social aplicada, por tratarse de una dimensión teórico-práctica que ofrece una nueva lectura para el medio social de la ciudad de Armenia.

Por las características de la investigación se tomó la población constituida por las familias que ingresaron con participante a una IPS de tercer nivel, también se abordó algunos participantes ambulatorios del departamento del Quindío (un promedio de 2.973 participantes adultos).

Se utilizó el Muestreo Aleatorio Simple (MAS), teniendo presente que, el universo fue determinado como unidad de análisis, lugar y personas, que ameritaron la aplicación de fórmulas estadísticas para determinar el tamaño de la muestra que correspondió a 360 (con un error alfa del 5 % y un nivel de confianza de 95 %). Para la recolección de la información se utilizó la fuente primaria, el participante y/o su familia.

Para la obtención de la información se diseñó y aplicó una encuesta de manera directa y con acompañamiento permanente al participante, a la que se diligenció previamente el consentimiento informado, la encuesta se diseñó a partir de la Operacionalización de variables.

Los datos para el diseño de la encuesta fueron categorizados desde las variables de investigación, estructurados y organizados de forma coherente para optimizar su comprensión. La encuesta elaborada tenía componentes como la identificación general del participante, general del hogar y de las familias, composición de la familia, características, nivel educativo, actividad económica, ocupación de los integrantes de la familia, aportes económicos, migración, pertenencias a organizaciones, epidemiología-características, enfermedad crónica no transmisible, convivencia de la persona con enfermedad crónica no transmisible (estilos de vida, actividad física, uso de terapias complementarias), estado de salud actual y educación recibida para convivir con la enfermedad. Para darle validez y confiabilidad a la encuesta se realizó una prueba piloto con 10 % del total de la muestra, que tuviesen características iguales a los que participarían de forma definitiva en la investigación; se realizaron las adecuaciones pertinentes según la primera valoración, se aplicó nuevamente, ajustando de forma definitivamente el instrumento (este instrumento en otra investigación se someterá a validación). La información recolectada fue almacenada en una Base de Datos que se construyó en ACCESS y luego se procesó en el paquete estadístico SPSS Versión 21.

En este proyecto se tuvo en cuenta todos los aspectos bioéticos que preservaron el respeto por el otro, prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes,

de igual manera, se mantuvo la seguridad de la información aportada y se expresó claramente los riesgos de la investigación, los cuales, en ningún momento, contradijeron el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993.

La Situación De estilos de vida de las personas con ECNT interpretación desde el cuidado de enfermería

Los hábitos y estilos de vida, se definen como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, que mantenidos en el tiempo pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza; cuando se realizan con enfoque de seguridad y en procesos de promoción y prevención de la salud, toman el termino de **Hábitos y estilos de vida saludable**. Las condiciones actuales del mundo moderno, muchas veces alejan a las personas de la cotidianidad de cuidado de la salud, interesándolas más en su estudio, trabajo, obligaciones y demandas para cumplir con los roles que cada uno desempeña.

En consecuencia, es indispensable realizar una valoración de las situaciones particulares de las personas, en este caso aquellas que viven con una ECNT, que genere una línea de base que se configuren de forma pertinente en un cuidado de la salud, en clave de lo esencial, como es la promoción de hábitos y estilos saludables, en cuanto a la recuperación-mantenimiento del mejor estado de salud.

En la conferencia de Ottawa en 1986, se planteó que la promoción en salud implica a los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud. En este sentido, es desde el componente de promoción y prevención que se pretende desarrollar habilidades o conocimientos sobre el autocuidado para potenciar hábitos y estilos de vida saludables, que abarquen ámbitos individuales y colectivos

La herramienta fundamental para hacer efectivos los procesos de promoción y prevención es la capacitación de las personas, para aumentar el control sobre los elementos determinantes de su salud y contribuir con su mantenimiento o recuperación, descrito por la Organización Mundial de la Salud como “educación para la salud” (Solé, 2004). Desde esta perspectiva, los hábitos y estilos de vida de las personas son susceptibles de ser englobados y encaminados hacia los ámbitos saludables, desde procesos educativos sensibles a través de la reflexión y las vivencia de realidades, en este caso de las personas con ECNT y sus familias, con la intención de contribuir de forma efectiva en su formación personal que repercute de forma directa en su calidad de vida.

A continuación, se presenta el contexto encontrado en los participantes de la investigación relacionados con su situación de salud, los hábitos y estilos de vida que adoptan:

Con relación al tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico inicial de la ECNT, se encontró: un 25 % de los participantes entre 1 y 2 años; el 17,5 % entre 3 y 4 años; 32,5 % entre 5 y 10 años; 14,4 % entre 11 y 20 años y el 9,7 %, más de 20 años. (Ver Figura 1).

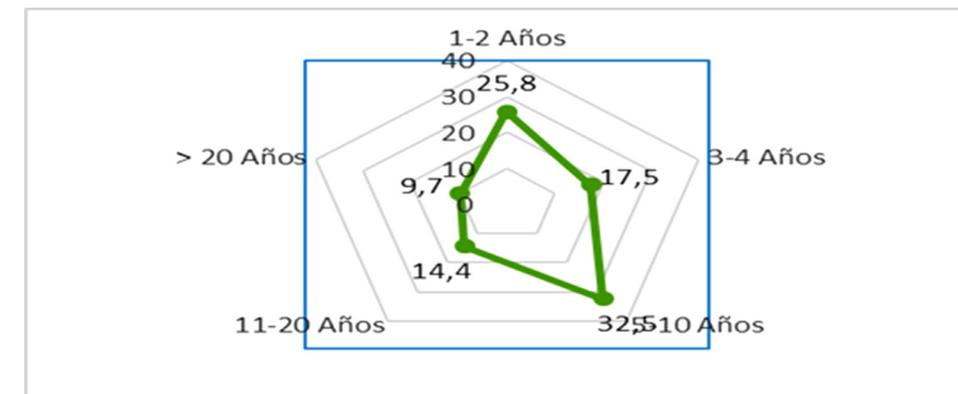


Figura 1. Tiempo desde el diagnóstico de la ECNT.

Con relación al diagnóstico de la enfermedad crónica que padecen las personas que participaron en la investigación, se encontró una distribución heterogénea, la cual se muestra en la Figura 2. Dentro de la interpretación se aprecia que el 58 % de las personas presenta una sola enfermedad, donde predomina la hipertensión arterial en un 26 %, seguida por la Diabetes Mellitus con un 13,1 %; el EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con un 8,9 %, los demás datos se presentan en la Tabla 1. El 31,9 % de los pacientes padecen dos enfermedades, la combinación que se presenta con mayor frecuencia es la HTA/DM con un 15 %; seguido por la combinación entre HTA y EPOC con un 9,4 %, los demás datos aparecen en la Tabla 2. Con la presencia de tres enfermedades se encontró la combinación HTA/DM/DISLIPIDEMIAS y HTA/DM/EPOC las dos con porcentajes iguales de 2,8 % y se encontró un porcentaje de 1,7 % (seis participantes) con la presencia de cuatro enfermedades concomitantes HTA/EPOC/DM/DISLIPIDEMIAS.

Tabla 1. Tipos de ECNT y sus combinaciones presentes en las personas del estudio

ECNT	Porcentaje
<u>HTA</u>	27,9
HTA/EPOC	9,4
HTA/CA	0,8
<u>ANEMIA CRÓNICA IDIOPÁTICA</u>	0,3
HTA/DISLIPIDEMIA	0,8
HTA/OSTEOMUCULARES	1,4
HTA/EPOC/ DISLIPIDEMIAS	0,3

DM/DISLIPIDEMIA	0,3
HTA/EPOC/OSTEOMUSCULAR	0,8
HTA/EPOC/DM/DISLIPIDEMIAS	1,7
HTA/HIPOTIRIODISMO	0,8
DM	13,1
HTA/DM/DISLIPIDEMIA	2,8
FALLA RENAL CRÓNICA	0,8
INFARTO CEREBRAL	0,6
DM/OSTEOMUSCULAR	0,3
ICC	0,3
EPOC	8,9
CA	2,2
OSTEOMUSCULAR	5,3
DISLIPIDEMIA	0,6
HTA/DM	15,6
HTA/DM/EPOC	2,8
DM/EPOC	2,5

La salud también tiene una relación significativa con la organización y actitudes familiares e influye en la respuesta de la familia a los cambios. Por lo general, la atención de salud ocurre en el ambiente familiar. Muchos episodios de enfermedad nunca llegan al dominio profesional y cuando lo hacen, es la familia quien determina cuándo y a quién acudir. Posteriormente, es la familia quien determina la adhesión y el cumplimiento del tratamiento (Smilkein, 1980). Si bien la familia ha perdido y transformado muchas de sus funciones, continúa asumiendo un peso importante en el cuidado de la salud. (Velásquez, 2012, p. 28).

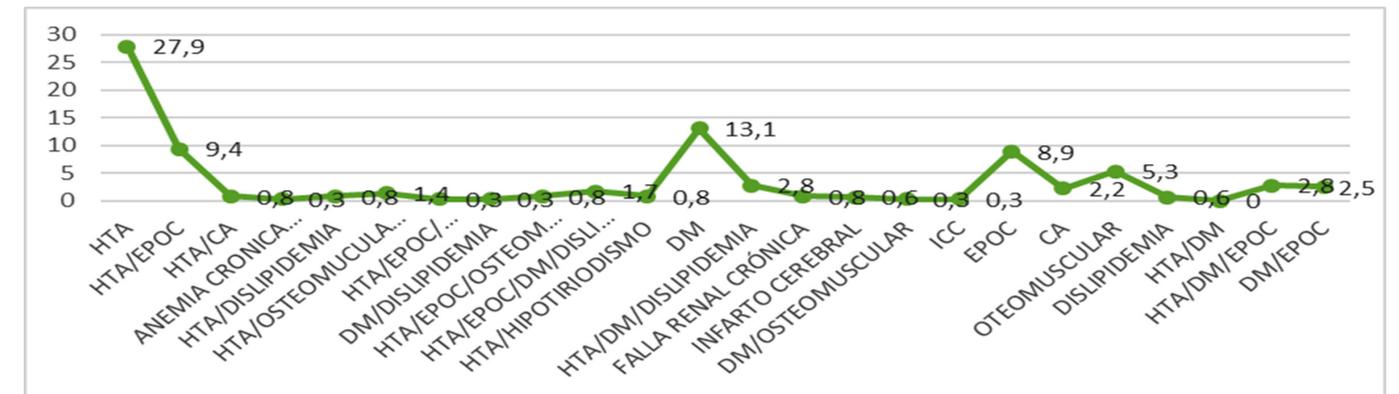


Figura 2. Distribución de las ECNT que padecen los participantes de la investigación.

Al indagar acerca de los cambios físicos que las personas diagnosticadas con ECNT percibieron antes de éste, se encuentra un porcentaje alto, 47,5 % no percibieron ninguno, 24,4 % adelgazamiento, seguido de pérdida de fuerza, los demás síntomas aparecen en la Figura 3.

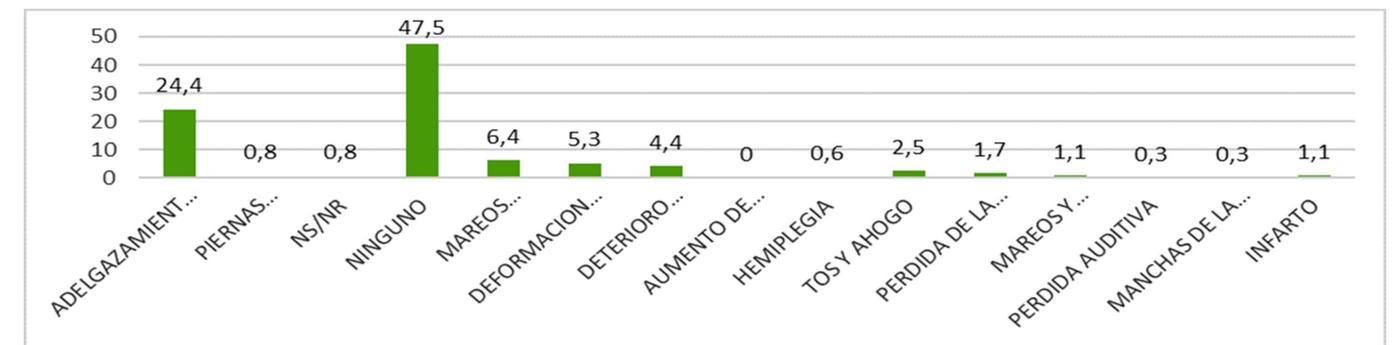


Figura 3. Distribución de síntomas percibidos por las personas con ECNT antes del diagnóstico.

Al explorar los hábitos de vida saludable, los aspectos relacionados con actividad física, se encontró que el 81,7 % no los realiza (ver Figura 4). Del porcentaje de personas que realizan actividad física, se encontró que un 25,8 % hace ejercicio entre 1 o 2 veces por semana; el 13,8 % entre 3 y 7 veces a la semana (ver Figura 5). Con relación al tiempo que dura al realizar ejercicio, se encontró que, menos de media hora un 54,5 %; media hora un 13,7 %; una hora de actividad física un 25,7 %, y 6,1 % realiza ejercicio por más de una hora. (Ver Figura 6).

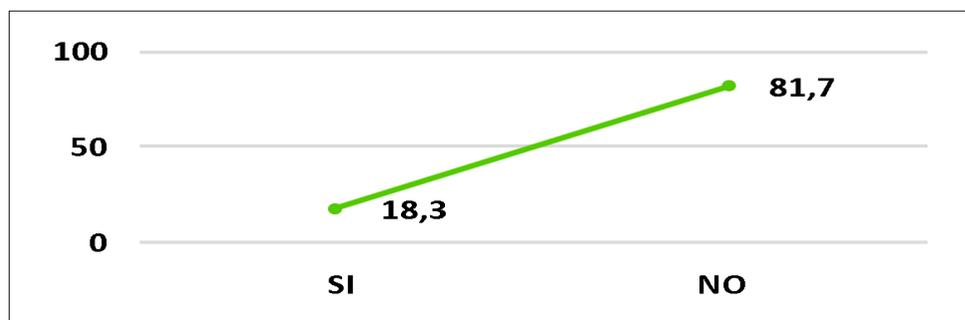


Figura 4. Realiza actividad física.

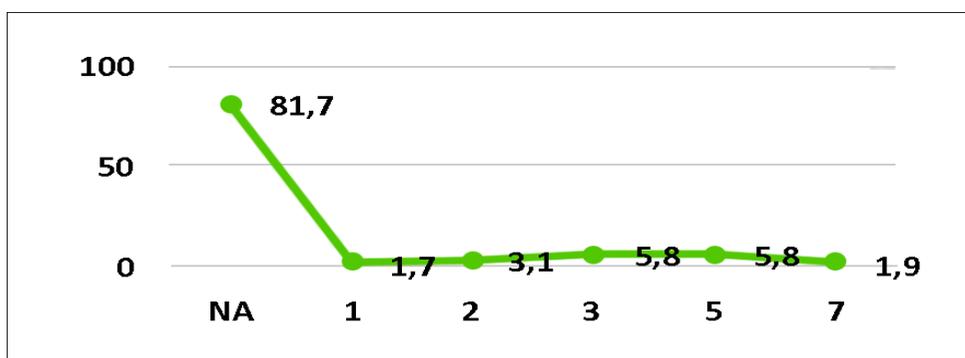


Figura 5. Frecuencias realización actividad física.

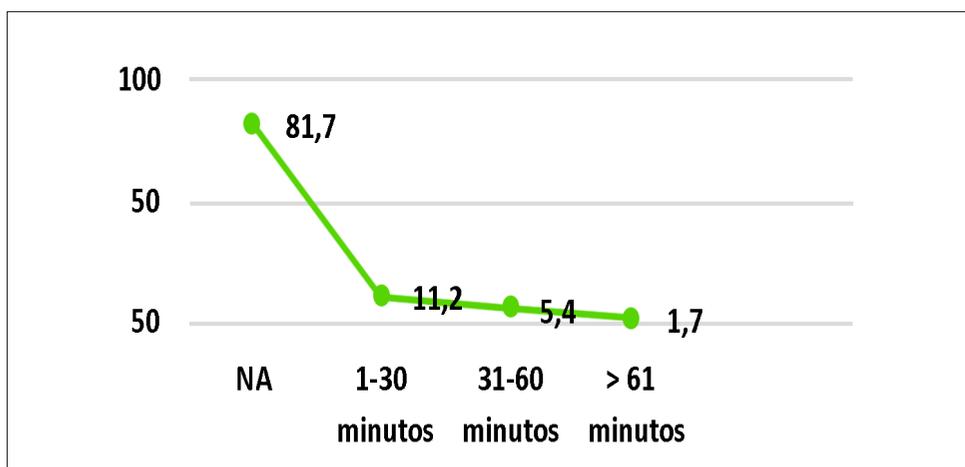


Figura 6. Tiempo de realización de actividad física.

Con lo relacionado al hábito de fumar, se encontró que un 50,8 % de los participantes ha fumado y un 49,2 %, no lo ha hecho. De los que presentan el hábito de fumar, un 53 % lo hace desde hace más de 20 años; 23,5 %, entre 11 y 20 años; 12 % entre 5 y 10 años y entre 1 y 5 años ocasionalmente los demás participantes. Un 10,8 % de los participantes consume bebidas alcohólicas y de estos un 59% lo hace de forma ocasional; un 28,2%, hace más de 11 años y el restante 12,8%, hace menos de 10 años. Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, 5 de los participantes manifiestan hacerlo de forma esporádica. Con relación a los hábitos alimentarios actuales, los participantes manifiestan en un 61,9 % que es balanceada; el 32,8 % que no es balanceada, y el 5,3 % que es recomendada (ver Figura 7). Comparando los hábitos alimentarios antes de ser diagnosticado se encontró que un 79,4 % era no balanceada, un 14,4 % era balanceada y un 6,4 % era recomendada (ver Figura 8). El número de comidas al día para el 54,2 % de los participantes es de tres veces, para un 39,4 % es de cuatro veces, un 6,1 % come dos veces y una persona 0,3 % come solo una vez al día (ver Figura 9).

La estabilidad: incluye creencias y actitudes; se relaciona con el carácter o personalidad, la imagen corporal y la autoestima y permite la flexibilidad al cambio, si hay necesidad en la familia; determina las tradiciones y patrones comunes de comportamiento, basados en valores básicos y en creencias culturales” (García Rueda & Martínez, 2011); sigue una serie de valores familiares con un sentido de pertenencia y seguridad; orgullo familiar. (Cortes, 2014, p. 25).

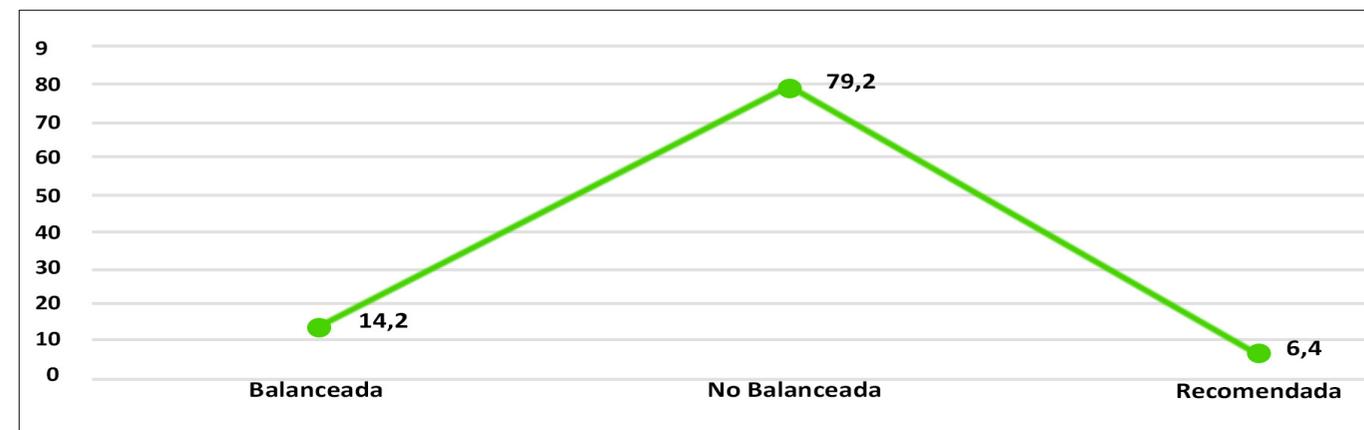


Figura 7. Hábitos alimentarios después de ECNT



Figura 8. Hábitos alimentarios antes de ECNT

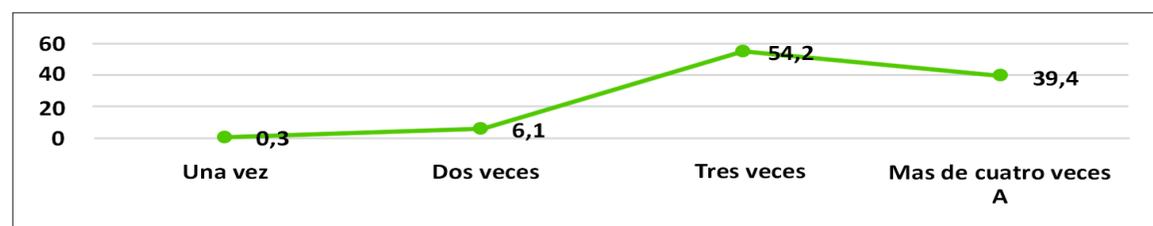


Figura 9. Número de comidas al día.

A la pregunta ¿qué hace cuando tiene problemas?, los participantes de la investigación manifiestan en un 29,7 % que no hace nada; un 22,8 % pide ayuda o habla con alguien; en un 22,2 %, realizan actividades como caminar, escuchar música, ver tv, cantar, bailar; un 17,2 % llorar; un 6,2 % toma medicamentos. (Ver Figura 10).

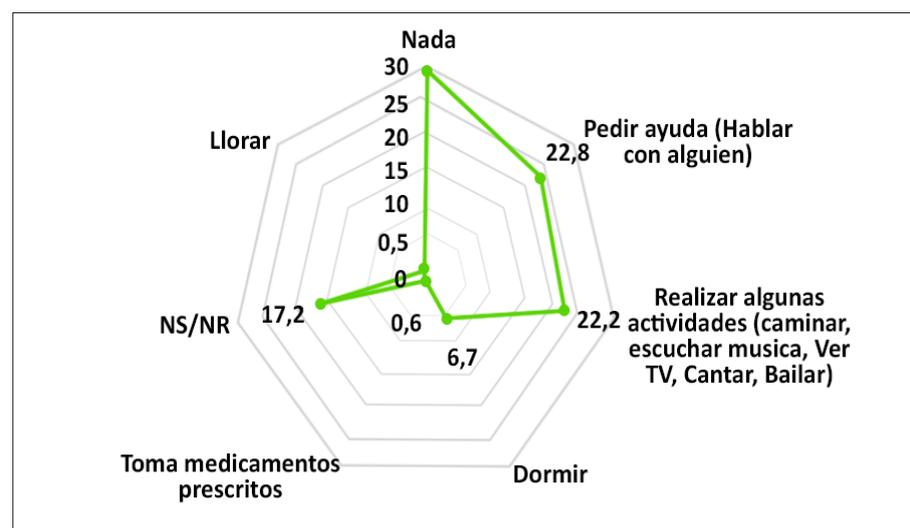


Figura 10. Actividades que realiza en presencia de problemas.

A la pregunta ¿cómo lo hace sentir convivir con la enfermedad?, el 47,8 % manifestó que se siente normal; el 20,0 % aburrido; 19,8 % triste; el 10,3 % nada y el 1,9 % manifestó sensación de soledad. (Ver Figura 11).

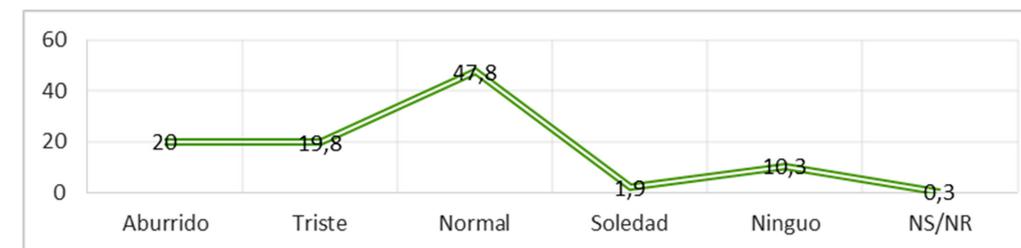


Figura 11. Sentimientos de la persona con ECNT.

Al preguntar acerca del conocimiento sobre terapias complementarias el 61,9 % manifestó conocerlas. De estos, el 88,8 % los ha manejado, aquellas que se muestran en la Figura 13, en general, son diferentes plantas utilizadas por los participantes de la investigación (no manifiestan otro tipo de terapias alternativas complementarias).

El Control: sirve para reducir la ansiedad que surge de una sensación de vulnerabilidad e impotencia; a través del control, los seres humanos mantienen el sistema sin cambios o canalizan la información para producir los cambios deseados; el control se logra a través de acciones relacionadas con el mantenimiento y cambio del sistema familiar. García Rueda y Martínez (como se citó en Cortes, 2014, p. 25).

La coherencia significa la unión de los subsistemas de una persona como un *todo unificado* y la expresión de los comportamientos necesarios para mantener la unidad, como compartir experiencias, sentimientos, ayuda mutua, dando importancia a la comunicación, pertenencia y compromiso con el sistema familiar. Friedemann (como se citó en Cortes, 2014, p. 81).

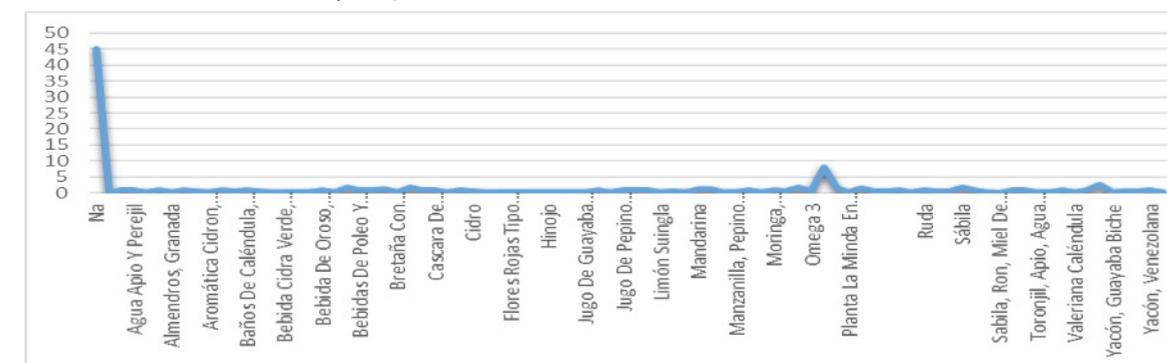


Figura 13. Terapias complementarias utilizadas por las personas con ECNT.

Al indagar a los participantes con la pregunta ¿se siente mejor de salud?, un 73,6 % manifestó que sí; 17,2 %, no ha sentido mejoría y un 9,2 % no sabe (ver Figura 14). Al indagar sobre ¿cómo es su estado de salud actual?, el 40,3

% afirmó que regular, un 38,9 %, dijo que es buena y un 14,2 % afirmó que es mala; un 6,6 % dijo que es igual (ver Figura 15). Al preguntar acerca de ¿si ha recibido educación con relación a cómo llevar su enfermedad?, el 68,8 % manifestó que sí y un 31,2 % dijo que no (ver Figura 16). Los profesionales que han realizado el proceso educativo son médicos en un 77 %; conjunto entre médicos y enfermeras en un 15,7 %; médicos especialistas un 5,3 % y enfermeras 2 %. (Ver Figura 17).

Con relación a los tópicos que incluyen los procesos de capacitación de la persona con ECNT se encontró: cuidado en la dieta, educación específica, beneficio para dejar de fumar, adherencia al tratamiento y hábitos y estilos de vida saludable (ver Figura 18).

El Crecimiento Permite a los miembros de la familia obtener nuevas ideas, conocimientos y realizaciones a través de sus roles dentro de otros sistemas, que van a influenciarlos a cambiar su sistema personal (Friedemann M.-L., 1995, págs. 11- 81). Se requiere cuando la estabilidad personal es incongruente con el ambiente y se hace necesario asumir otros comportamientos. Esta meta requiere reorganización básica de valores y prioridades. (Cortes, 2014, p. 79).

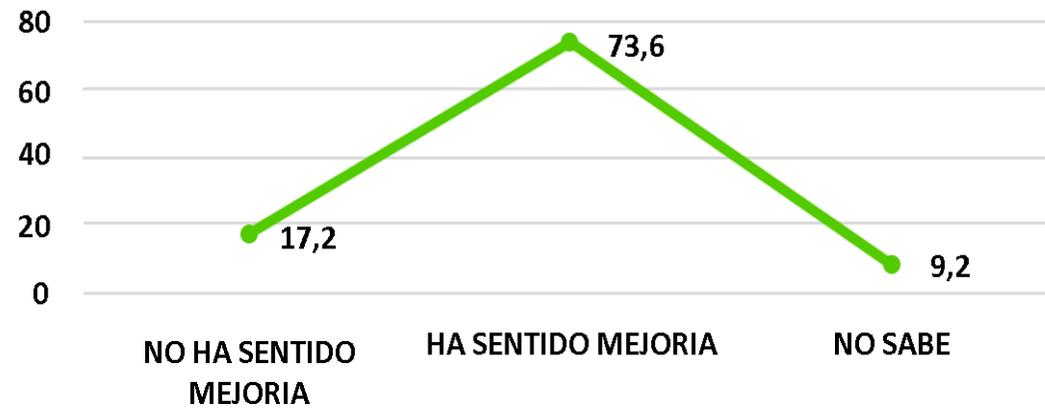


Figura 14. Percepción de la persona con tratamiento actual.

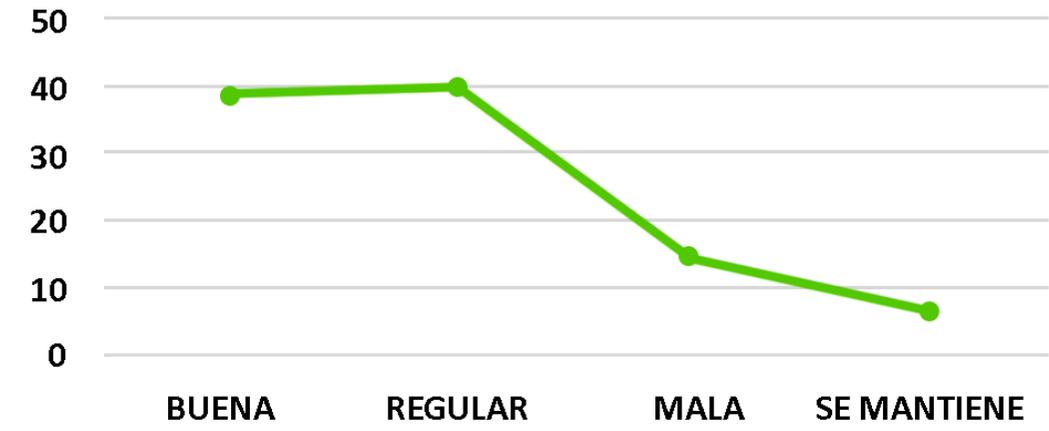


Figura 15. Estado de salud actual.

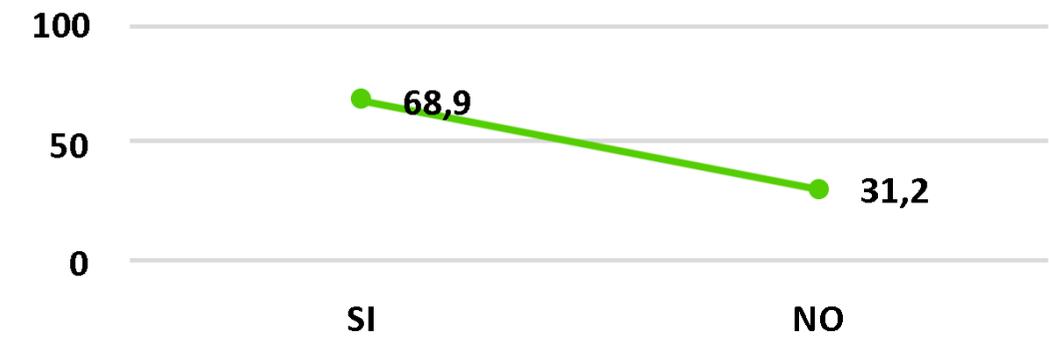


Figura 16. Capacitación con relación a su ECNT.

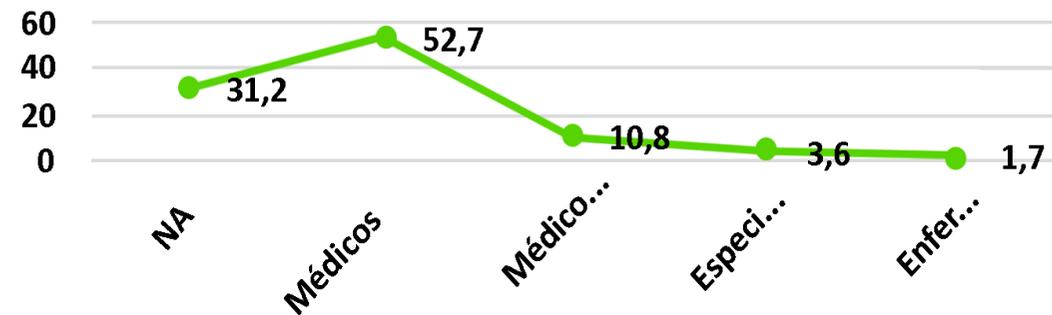


Figura 17. Profesionales que lo capacitan.

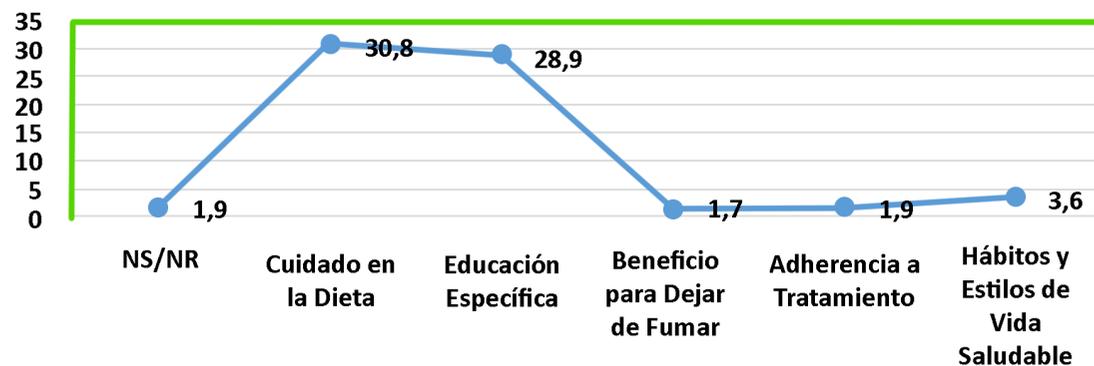


Figura 18. Tópicos dentro de la Capacitación con relación a su ECNT.

Conclusiones

Con respecto a los aspectos propios de la vivencia de la persona con su enfermedad, se encontró que existe conocimiento por parte del paciente sobre su enfermedad, sentimientos de tristeza han sentido y manifestado, ya que, a pesar del tratamiento instaurado su proceso de salud sigue igual; algunos han modificado sus hábitos alimentarios, aunque otros continúan con prácticas de estilos de vida poco saludables; otros buscan compensación en adicionar al tratamiento terapias complementaria y afirmaron que no todo el equipo de salud les brinda capacitación, en cuanto a ésta, existe aún por parte de los profesionales de la salud tópicos generales de contenido en los procesos educativos.

En el contexto de los hallazgos encontrados en esta investigación fue posible acercarnos a una interpretación a la luz de la teoría de María Luisa Friedmann, como ésta se operacionaliza en su estructura, en sus sistemas y

funcionalidad, lo cual posibilita ver en su interior y exterior en sus vivencias y experiencias, que lo ubica en un ambiente colaborativo y congruente, todo esto contemplado en un marco de globalización, modernidad y cambios generacionales, donde prevalece un sistema abierto, todos confluyen para sobreponerse a las situaciones adversas por los cambios que ocurren en las familias, sobre todo cuando conviven con enfermedades crónicas, además, las familias experimentan las convivencias de alguna o varias de estas enfermedades apoyadas en su esperanza, la fe, que contribuyen a seguir viviendo para mantener su salud, tomando opciones, como son las terapias complementarias, en algunas oportunidades para sublimar los momentos de situaciones de estrés que implican cambios a nivel económico, sociales, y de convivencia.

Para esta investigación se diseñó un instrumento de valoración familiar, no se utilizó el instrumento de valoración funcional familiar de Friedmann, se interpretaron los resultados desde sus postulados, pero abre la necesidad y posibilidad de realizar una investigación, de ser posible con las mismas familias, para utilizar el estudio formalmente, el cual se acoplaría a los resultados obtenidos en esta investigación.

Referencias

- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf
- Arriagada, I. (2001). *Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Builes, M. y Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(3), 344-354.
- Calveiro, P. (2005). *Familia y poder*. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
- Casas, G. (s.f.). Las configuraciones familiares. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000210.pdf>
- Chao, M. (s.f.). Qué es una organización. Recuperado de <http://roa.uveg.edu.mx/repositorio/licenciatura/226/Quesunaorganizacin.pdf>
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M.,...Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública de México*, 50(5), 419-427.
- Cortes, L. (2014). *Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el municipio de Puerto Asís, departamento del Putumayo* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/40151/1/1130661582.2014.pdf>
- Eshtain, J. (1981). Kant, Politics, & Persons: The Implications of His Moral Philosophy. *Polity*, 14(2), 205-221.

Fernández, C. y De la Rosa, J. (2017). Configuraciones de las familias en los hogares de los estudiantes de las instituciones educativas de básica y media oficiales en la ciudad de Armenia - Quindío en el 2013. En U. Quindío (Ed.) *Pensamiento en el contexto de las ciencias humanas y las ciencias sociales* (pp. 102-116). Armenia, Quindío, Colombia: Universidad del Quindío.

Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 326-345.

Garza, J. (2000). *Administración contemporánea* (2^{da} ed.). México: McGraw Hill.

Giddens, A. (2007). *Un mundo desbocado, los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México: Taurus.

Gómez, R. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 57-74.

Heath, M. y Stacey, J. (2002). Review Essay: Transatlantic Family Travail. *American Journal of Sociology*, 108(3), 658-668.

Kaneda, T. (2006). A Critical Window for Policymaking on Population Aging in Developing Countries. Recuperado de <http://www.prb.org/Publications/Articles/2006/ACriticalWindowforPolicymakingonPopulationAginginDevelopingCountries.aspx>

Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista cubana de salud pública*, 31(4), 332-337.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el mundo. Forjemos el futuro. Recuperado de https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1

Quintero, Á. (2006). El diccionario especializado en familia y género: Investigación terminológica y documental. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 29(2), 61-78.

Ramírez, C., Zuluaga, M. y Perilla, C. (2010). Perfil migratorio de Colombia. OIM Colombia. Recuperado de http://publications.iom.int/system/files/pdf/perfil_27abril_impuestas.pdf

Solé, M. (2004). La promoción de la salud en el trabajo: ¿Utopía o necesidad? *Estrucplan*. Recuperado de <https://estrucplan.com.ar/articulos/la-promocion-de-la-salud-en-el-trabajo-utopia-o-necesidad/>

Suárez, N. y Restrepo, D. (2005). Teoría y práctica del desarrollo familiar en Colombia. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 3(1), 1-28. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v3n1/v3n1a02.pdf>

Urbano, G. y Amaya, C. (2011). Familias con deficiencia mental educable: riesgo y salud familiar. *Avances de enfermería*, XXIX(2), 342-352.

Vega, O. y Gonzáles, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 16, 1-11. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>

Velásquez, L. (2012). *Riesgo familiar total y grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos Pereira, Risaralda* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Manizales, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/7059/1/539584.2012.pdf>

Vera, M. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población*, 25, 179-206.

Villegas, G. (2008). *Familia ¿Cómo vas? Individualismo y cambio de "la familia"*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.

La cultura de la seguridad de los pacientes en el contexto quirúrgico

Ángela María Salazar Maya¹
Diana Marcela Restrepo Marín²
Hernán Darío Álvarez Gaviria³

Introducción

Los errores del equipo de salud representan la octava causa de muerte en Estados Unidos (Arenas y Anaya, 2008). Muchas de las fallas en la práctica a nivel individual o del sistema están definidas como eventos adversos: lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base (Grober y Bohnen, 2005; Luengas, 2009; Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000; Thomas et al., 2000; Gawande, Thomas, Zinner y Brennan, 1999). Los resultados del Estudio Médico de Harvard mostraron que casi la mitad de todos los eventos adversos fueron prevenibles (Brennan et al., 1991; Kable, Gibberd y Spigelman 2002; Baker et al., 2004; Soop, Fryksmark, Koster y Haglund. 2009). Se estima que estos incidentes ocurren aproximadamente entre 3,8 % - 17 % de todos los ingresos hospitalarios y, de éstos, entre 37 y 51 % son prevenibles. Aproximadamente el 7 % de estos eventos conducen a la discapacidad permanente y otro 7 % pueden causar la muerte (De Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma y Boermeester, 2008).

El 11 % de la carga mundial de morbilidad total es atribuible a condiciones tratables quirúrgicamente y se estima que se realizan 234 millones de procedimientos quirúrgicos anualmente en todo el mundo (Weiser et al., 2008). La cirugía puede salvar vidas, sin embargo, también se asocia con riesgo (Haynes et al., 2009). Aunque las complicaciones se han medido poco en muchas partes del mundo, en los países industrializados, la tasa de mortalidad de cirugía es del 0,4 % al 0,8 %, y la tasa de complicaciones mayores es entre 3 % y 17 % (Brennan et al., 1991).

Una de las razones por las cuales se presentan errores en la prestación de los servicios en la atención de los usuarios es porque no existe en las instituciones de salud, ni en su personal, una cultura de seguridad del paciente, la cual fue declarada por consenso de expertos al interior del *National Quality Forum -NQF-* (2007) como la primera práctica a desarrollar en las instituciones de salud; entendida esta como el conjunto de creencias, valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal que se reflejan en sus labores diarias, y que determina el compromiso y el estilo de una organización.

¹ Doctora en Enfermería, Universidad Nacional. Profesora titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Profesora Catedra, Facultad de Enfermería, Universidad CES. Correo electrónico: angela.salazar@udea.edu.co

² Profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad CES. Profesora Catedra, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: drestrepom@ces.edu.co

³ Estudiante de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: hernan.alvarez@udea.edu.co

Ponencia oral

Implementar una cultura de seguridad del paciente en las instituciones no es fácil, debido a que está relacionada con el cambio de hábitos y costumbres en el personal de salud, pero de lograrla facilitaría la implementación de prácticas seguras en la atención de los usuarios. Por lo tanto, es importante identificar, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en algunos centros quirúrgicos de hospitales del departamento de Antioquia. Una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima de seguridad y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011). En la medida en que las instituciones diseñen e implementen su propia cultura organizacional de seguridad del paciente, la atención que reciban éstos será cada vez más segura, porque al mejorarla se evita que se generen acciones legales por causa de las malas prácticas.

Aunque aún hay poca experiencia empírica en los servicios de salud sobre este tema, la evidencia que se desprende de los análisis en organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, eléctrica, etc.) señalan que es un logro en esta materia (Shojania, Duncan, McDonald, Wachter y Markowitz, 2001). Por lo anterior, el presente estudio pretende indagar sobre la cultura de la seguridad en los pacientes de 6 centros quirúrgicos, por ello, se plantea como pregunta de investigación: ¿cómo se caracteriza la cultura de la seguridad referida por el personal de los centros quirúrgicos en algunos hospitales del departamento de Antioquia?

Objetivo: Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de los centros quirúrgicos de algunos hospitales del departamento de Antioquia.

Metodología: para dar cumplimiento al objetivo propuesto se seleccionó un estudio cuantitativo multicéntrico transversal (Dawson y Trapp 2005). Se inició el acceso a las instituciones a través de una invitación inicialmente verbal, luego con carta a 8 instituciones de salud, de las cuales aceptaron 7 y de éstas, en una de las instituciones solo participaron 7 personas, motivo por el cual se la retiró del estudio. Se tuvo como población objetivo los profesionales de la salud que intervienen en los procesos quirúrgicos de los centros habilitados de algunos hospitales del departamento de Antioquia. Los criterios de inclusión, fueron: médicos/as, enfermeras/os, instrumentadoras/es, y tecnólogas o auxiliares de enfermería que lleven más de 6 meses trabajando en el centro quirúrgico de la institución. Los criterios de exclusión, fueron: otro personal institucional que trabaje en el centro quirúrgico. El muestreo fue no probabilístico y la muestra a conveniencia, personal e instituciones que voluntariamente quisieron participar.

El Instrumento para la recolección de información fue el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* propuesto por la AHRQ, que se lanzó en noviembre de 2004, diseñado para evaluar las percepciones del personal de los hospitales acerca de los problemas de seguridad del paciente, errores médicos y la información de eventos; consta de 12 dimensiones e incluye 42 preguntas. El instrumento fue validado en español y utilizado en España por el grupo de investigación en gestión de calidad de la universidad de Murcia (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

El análisis de la información se realizó con el software SPSS 23. Inicialmente se calculo la frecuencia de respuesta para cada ítem de la encuesta. Por recomendación de AHRQ se recodifico la escala de Likert y para facilitar la visualización de los resultados se combinó: Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo y Nunca/Rara vez y las categorías más altas de respuesta (por ejemplo, Totalmente de acuerdo/De acuerdo y Mayoría del tiempo/Siempre). Los puntos medios o neutros de la escala se informan como una categoría separada (Ninguno o A veces).

Consideraciones éticas. La participación en la investigación fue una decisión libre y autónoma de los individuos y las organizaciones. Las relaciones investigadores-participantes se basaron en la verdad y en el consentimiento libre, consciente y reflexivo de las organizaciones y los participantes (Galeano, 2004). Además, en los principios de respeto hacia los participantes, de reciprocidad, y de confidencialidad. El consentimiento informado fue una decisión que tomaron los sujetos sociales de participar en el proceso. Se obtuvo aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería y de los comités técnicos y científicos de las instituciones, además, se obtuvo permiso para el uso del instrumento (Ministerio de Salud, 1993).

Resultados

Los centros quirúrgicos se analizaron como públicos (n=4) y privados (n=2). Del personal encuestado (n=514), el 44 % corresponde a auxiliares de enfermería; 18,7 % a especialistas quirúrgicos médicos; el 15,4 % anesthesiólogos; 14,4 % instrumentadores y 7,4 % enfermeras. Llevan un promedio de 8,2 años en el servicio. La cultura de la seguridad por institución se resume en la Tabla 1.

Tabla 1. Cultura de la seguridad total

		Publica 1		Publica 2		Publica 3		Privada 1		Publica 4		Privada 2	
CULTURA DE SEGURIDAD TOTAL	Negativo	1026	21,72 %	550	19,59 %	565	19,82 %	1276	21,95 %	574	28,61 %	648	19,61 %
	Neutral	782	16,55 %	519	18,49 %	434	15,22 %	818	14,07 %	444	22,13 %	439	13,29 %
	Positivo	2916	61,73 %	1738	61,92 %	1852	64,96 %	3718	63,97 %	988	49,25 %	2217	67,10 %
	Total	4724	100,00 %	2807	100,00 %	2851	100,00 %	5812	100,00 %	2006	100,00 %	3304	100,00 %

Fuente: datos propios de la investigación.

La Calificación del clima de seguridad en todas las instituciones, con una media de 61,48 %, siendo más alta en la institución privada 2: con un 67,10 % y más baja en la institución pública 4: con un 49,25 %. La seguridad es un asunto que se debe continuar trabajando en los centros quirúrgicos de las instituciones de salud estudiadas. El instrumento analizó las siguientes dimensiones:

1. **Notificación de eventos relacionados con la seguridad.** En resumen, la dimensión se califica así: las respuestas más positivas las obtuvieron los integrantes de la institución 6: 83,90 %; seguido los de la institución 3: 75,98 %; la institución 4: 69,23 %; la institución 2: 68,16 %; la institución 5: 67,36 % y por último la institución 1: 60,95 %.
2. **Percepción global de seguridad.** Al revisar el resumen, la institución 4: 62,59 % es la que se percibe más segura, seguida de la institución 6: 59,62 %; institución 3: 57,93 %; institución 1: 56,98 %; institución 2: 51,89 % y por último, la institución 5: 42,11 %.
3. **Expectativas y acciones de la dirección Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad.** Se percibe de una manera positiva en todas las instituciones siendo la más alta la institución 2: 75,75 %; seguida de la institución 1: 75 %; institución 4: 73,33 %, institución 6: 65,82 %; institución 3: 63,97 %; y la institución 5: 56,02 %.
4. **Aprendizaje organizacional/mejora continua.** Esta dimensión es percibida por los participantes: institución 3: 88,18 %; institución 6: 87,71 %; institución 4: 85,13 %; institución 2: 83,58 %; institución 1: 81,07 %; institución 5: 64,54 %.
5. **Trabajo en equipo en la unidad/servicio.** Esta dimensión la responden de manera positiva los encuestados, así: institución 4: 90,07 %; institución 3: 83,82 %; institución 6: 82,59 %; institución 1: 80,67 %; institución 2: 77,61 %; institución 5: 74,48 %.
6. **Franqueza en la comunicación.** Esta dimensión es calificada por los encuestados de la siguiente manera: las instituciones que calificaron en su orden: institución 6: 51,12 %; institución 1: 49,100 %; institución 3: 47,06 %; institución 4: 45,43 %. De manera neutral la institución 2: 41,29 % y la institución 5: 37,06 %.
7. **Feed back y comunicación sobre errores.** Esta dimensión fue puntuada por los participantes así: institución 6: 69,79 %; institución 3: 64,85 %; institución 2: 59,80 %; institución 4: 58,17 %; institución 1: 55,92 %; institución 5: 48,61 %.
8. **Respuestas no punitivas a los errores.** Esta dimensión puntuó así: institución 3: 53,92 %; institución 1: 52,68 %; institución 4: 50,48 %; institución 5: 47,89 %; institución 6: 47,88 %; institución 2: 46,77 %.

9. **Dotación de personal.** Esta dimensión puntuó en este orden: institución 2: 55,60 %; institución 3: 53,87 %; institución 1: 51,77 %; institución 4: 51,72 %; institución 6: 48,73 %; y la institución 5: 38,22 %.
10. **Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.** Esta dimensión fue puntuada por los participantes, así: institución 3: 84,80 %; institución 6: 81,78 %; institución 1: 69,32 %; institución 4: 67,63 %; institución 2: 65,67 %; institución 5: 52,78 %.
11. **Trabajo en equipo entre unidades/servicios.** Esta dimensión puntuó: institución 2: 62,31 %; institución 6: 61,39 %; institución 3: 58,09 %; institución 4: 56,86 %; institución 1: 54,10 %; institución 5: 39,58 %.
12. **Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.** Esta dimensión la calificaron predominantemente positiva, así: institución 6: 68,89 %; institución 4: 62,70 %; la institución 3: 53,31 %; institución 1: 52,68 %; la institución 5 contestó el 39,58 % positivo y el 38,02 % negativo; y en la institución 2 contestaron el 23,97 % positivo, el 23,97 % negativo y el 23,97 % neutro.

Discusión

Este estudio aporta información sobre la cultura de seguridad en una muestra de trabajadores de la salud de hospitales públicos y privados en Antioquia. En general, se han identificado fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad en estos hospitales, que deben servir para el diseño de intervenciones de mejora.

Las dimensiones que muestran mayor fortaleza son: Aprendizaje organizacional/mejora continua; que explora aspectos relacionados a las actividades para mejorar la seguridad, medidas apropiadas para evitar que ocurran nuevamente riesgos en los pacientes, así como, la evaluación en los cambios relacionados con la seguridad. Fue percibida como fortaleza con un 83,6 %, a diferencia del estudio de Saturno et al. (2008), que obtuvo una percepción global del 61,8 %, y por parte del personal de enfermería con un 64,4 %. En cambio, Skodová, Velasco y Fernández (2011) reportaron una valoración del 71,9 % para esta dimensión. Al igual que el presente estudio, Fajardo et al. (2010) encontraron que el “aprendizaje organizacional” fue de las dimensiones mejor evaluadas, contrario al trabajo del Hospital Padre Hurtado donde el resultado obtenido en esta dimensión fue de 66 % y la dimensión del Trabajo en equipo en la unidad/servicio muestra una media de 87 %. Igualmente, el estudio de Castañeda et al. (2013) muestra como fortalezas el aprendizaje organizacional y trabajo en equipo en la unidad/servicio. Esta dimensión, explora aspectos relacionados con el apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda, similar a lo reportado por Saturno et al. (2008), en donde el “trabajo en equipo” fue de las dimensiones mejores evaluadas con un 71,8 %.

Las dimensiones más débiles se relacionan con: la Franqueza en la comunicación, Respuestas no punitivas a los errores; Dotación de personal, las cuales requieren estrategias para su mejoramiento. Según el estudio del Hospital Padre Hurtado la percepción que tienen los encuestados acerca de la dotación de personal es que el 52 % la considera inadecuada y el resultado obtenido en el ítem correspondiente a la apertura comunicativa es de un 43

%, las respuestas la indican como insuficiente. Asimismo, como debilidad esta la dotación de personal en el estudio de Castañeda et al, (2013). Con relación a la dimensión franqueza de la comunicación, que estudia la libertad que tiene el personal para tratar las situaciones que condicionaron un evento adverso, se reportó un 47,2 % (Castañeda et al., 2013), porcentaje superior a lo reportado por Skodová, Velasco y Fernández (2011) con un 36,06 %.

El tiempo de permanencia promedio fue de 8,2 años en los servicios quirúrgicos de las instituciones de salud, lo cual garantiza de alguna manera la adaptación del personal a los procesos institucionales y su contribución a la mejora de estos, tal como lo expresan Castañeda y Henao (2015).

La puntuación media muestra que la percepción de la cultura de seguridad entre los profesionales está por debajo de las recomendaciones internacionales, que sería 75 para una buena percepción de la cultura de seguridad, al igual que el estudio de Carvalho, Donato, Gomes y Cunha (2015). Otras investigaciones en el contexto internacional sugieren que las puntuaciones superiores a 80 indica un fuerte consenso entre los profesionales sobre el clima de seguridad. Sin embargo, aquellos inferiores a 60 significan una señal de advertencia a las instituciones, pues se requieren de acciones para la implantación de la cultura de seguridad (Carney, West, Neily, Mills y Bagian, 2011; Lee et al, 2010). Cabe señalar que, un estudio realizado en seis hospitales públicos del Brasil, con 1.301 profesionales de salas médicas y quirúrgicas tuvo un promedio de 61,5 % (Lee et al., 2010); similar al presentado en nuestros hallazgos, pero contrario al estudio desarrollado por Da Silva, De Souza y Saturno (2013), donde los participantes consideran que su unidad/servicio tiene un grado de seguridad moderadamente alto (calificación 7,3), aunque mejorable.

La dimensión Respuesta no punitiva a los errores con el 49,9 %, se compara con el estudio de Castañeda y Henao (2015) con el 43 % de respuestas; esto representa claramente una oportunidad de mejora que involucra la forma como el personal percibe las acciones que se toman a favor o en contra suya cuando se presentan incidentes relacionados con la seguridad del paciente, en comparación con el estudio de Bilbao y Álvarez (2015) que obtuvo el 53 %.

Conclusiones

Los resultados obtenidos indican que la implementación de prácticas seguras ha permitido avanzar en la consecución de una cultura de la seguridad, sin que eso signifique que no se deban establecer correctivos, ya que, es una tarea compleja que requiere tiempo, constancia, compromiso y que involucra a todo el equipo de salud. Además, el análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar, pero que ya muestra avances en las Instituciones.

Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). Spanish Translation of AHRQ's Medical Office Survey on Patient Safety. Recuperado de https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/resources/modim_sp.pdf

Álvarez, D., Bilbao, D. (2015). *Medición del Clima en Seguridad del Paciente Clínica Las Américas, Medellín 2014* (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Arenas, H. y Anaya, R. (2008). Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cirugía y Cirujanos*, 76(4), 355-361.

Baker, G., Norton, P., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J.,...Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686

Brennan, T., Leape, L., Laird, M., Hebert, L., Localio, R., Lawthers, A.,...Hiatt, H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324, 370-376. doi: 10.1056 / NEJM199102073240604

Carney, B., West, P., Neily, J., Mills, P. y Bagian, J. (2011). Changing Perceptions of Safety Climate in the Operating Room with the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *American Journal of Medical Quality*, 26(3), 181-184. doi: 10.1177/1062860610380733

Carvalho, P., Donato, L., Gomes, M. y Cunha, M. (2015). Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(6), 1041-1048. doi: 10.1590/0104-1169.0669.2647

Castañeda, H., Garza, R., González, J., Pineda, M., Acevedo, G. y Aguilera, A. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, XIX (2), 77-88.

Castañeda, S. y Henao, Y. (2015). *Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín, 2015* (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de <https://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2015-investigaciones/clima-de-seguridad-del-paciente.pdf>

Da Silva, Z., De Souza, A. y Saturno, P. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cadernos de saude pública*, 29(2), 283-293.

Dawson, B. y Trapp, R. (2005). *Bioestadística médica* (4^{ta}. ed.). México D.F: Manual Moderno.

De Vries, E., Ramrattan, M., Smorenburg, S., Gouma, D. y Boermeester, M. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), 216-223. doi: 10.1136/qshc.2007.023622

Fajardo, G., Rodríguez, J., Arboleya, H., Rojano, C., Hernández, F. y Santacruz, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía Cirujanos*, 78(6), 522-527.

Galeano, M. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Gawande, A., Thomas, E., Zinner, M. y Brennan, T. (1999). The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 126(1), 66–75. doi: 10.1067/msy.1999.98664

Gobierno de España. Ministerio de sanidad y consumo. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey On Patient Safety. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Grober, E. y Bohnen, J. (2005). Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39–44.

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, P.,...Moorthy, K. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499. doi: 10.1056/NEJMs0810119

Hospital Padre Hurtado. (s.f.). Análisis de la Cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. *Serie Experiencias de Buenas Prácticas N°4*, 1-51. Recuperado de http://aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/seguridad-del-paciente/Anal_cult_%20seg_px_hosp_%20Padre_%20Hurtado.pdf

Kable, A., Gibberd, R. y Spigelman, A. (2002). Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 269–276.

Kohn, L., Corrigan, J. y Donaldson, M. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press:

Lee, W., Wung, H., Liao, H., Lo, C., Chang, F., Wang, P.,...Hou, S. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Services Research*, 10(10), 234. doi: 10.1186/1472-6963-10-234

Luengas, S. (2009). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. *Centro de gestión hospitalaria. Vía salud*, 48, 6-16.

Ministerio de Salud. (1993). Resolución Número 8430. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

National Quality Forum. (2007). Safe Practices for Better Healthcare: 2006 Update. National Quality Forum. Recuperado de <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1588>

Saturno, P., Da Silva, Z., de Oliveira, S., Fonseca, Y., De Souza, A. y Grupo Proyecto ISEP. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Medicina Clínica*, 131(3), 18-25. doi: 10.1016/S0210-5705(09)71003-9

Shojania, K., Duncan, B., McDonald, K., Wachter, R. y Markowitz, A. (2001). Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid reptechnol assess*, 43(i-x), 1-668.

Skodová, M., Velasco, M. y Fernández, M. (2011). Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 33-38. doi: 10.1016/j.cali.2010.11.005

Soop, M., Fryksmark, U., Koster, M. y Haglund, B. (2009). The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 285–291. doi: 10.1093/intqhc/mzp025

Thomas, E., Studdert, D., Runciman, W., Webb, R., Sexton, E., Wilson, R.,...Brennan, T. (2000). A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*; 12(5), 371–378.

Weiser, T., Regenbogen, S., Thompson, K., Haynes, A., Lipsitz, S., Berry, W. y Gawande A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372(9633),139–144. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60878-8

Relación entre el proceso, tiempo de permanencia y complicaciones del cateterismo venoso periférico en urgencias

María Alejandra Angarita Domínguez¹

Naren Mateo Rojas Artunduaga

Roger Eduardo Díaz Montaña

Duvan Felipe Rincón Medina

Omaira Gómez Tovar

Yurely Fierro Loaiza

Resumen

Introducción: El Cateterismo Venoso Periférico (CVP) consiste en la canalización de una vena periférica, permite la administración de medicamentos y reposición de líquidos, aunque, en algunos pacientes se presentan complicaciones, por lo cual es necesario elegir una técnica adecuada para evitar complicaciones. **Objetivo:** Analizar la relación entre el proceso, tiempo de permanencia y complicaciones del cateterismo venoso periférico en los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias HUHMP (Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo) durante los meses enero y febrero de 2018. **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo de tipo observacional analítico; prospectivo con respecto al tiempo de medición de las variables; busca cuantificar la presencia de complicaciones en un tiempo de seguimiento a partir del CVP, y se parte del supuesto que la causa precede al efecto. La población corresponde a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del HUHMP durante los meses de enero y febrero de 2018. La pertinencia de esta investigación está dada desde las políticas en seguridad del paciente, que sugieren un mejoramiento en la atención asistencial. Los resultados de esta investigación beneficiarán a los pacientes y al personal de enfermería, permitirán mejorar la técnica o proceso de canalización y estructurar intervenciones de alta calidad.

Palabras clave: cateterismo venoso periférico, extravasación, flebitis.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad Surcolombiana. Correo electrónico: aleja_95_0516@hotmail.com

Ponencia oral

Relationship between the process, time of permanence and complications of the peripheral venous catheterism in emergencies

Introduction: Peripheral Venous catheterism (PVC) consists of the channeling of a peripheral vein. It allows the administration of medications and fluid replacement, although in some patients there are complications, so it is necessary to choose an adequate technique to avoid complications. **Objective:** To analyze the relationship between the process, length of stay and complications of peripheral venous catheterization in patients admitted to the emergency service HUHMP (University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo) during the months of January and February of 2018. **Methodology:** Study with quantitative approach of analytical observational type; prospective with respect to the time of measurement of the variables, seeks to quantify the presence of complications in a time of follow-up from the CVP, and it is assumed that the cause precedes the effect. The population corresponds to the patients that enter the emergency service of the HUHMP during the months of January and February of 2018. The relevance of this research is given by the policies on patient safety, which suggest an improvement in care. The results of this research will benefit patients and nurses, improve the technique or process of channeling, and structure high-quality interventions.

Key words: peripheral venous catheterism, extravasation, phlebitis.

Introducción

El CVP consiste en la canalización de una vena periférica de un paciente con fines diagnósticos o terapéuticos (Aguilar, 2007), este procedimiento es útil a la hora de administrar medicamentos de forma rápida al organismo para brindar un manejo más oportuno al paciente, sin embargo, en algunos casos se presentan efectos adversos, derivados de distintos factores como la técnica del cateterismo, los medicamentos a infundir, el estado propio del paciente, entre otros. Asimismo, el CVP es una de las actividades propias del personal de enfermería, principalmente en los servicios asistenciales, lo cual permite la administración de medicamentos y reposición de líquidos, no obstante, algunos pacientes desarrollan complicaciones durante su inserción o mantenimiento del catéter, que genera riesgos para la salud y prolonga en muchos casos su estancia hospitalaria o tratamiento.

De acuerdo con lo anterior, estudios previos han señalado la flebitis, la extravasación y la obstrucción como principales consecuencias del CVP (Núñez, 2014; Parra, Camargo y Rey, 2012; Reichembach, Athanasio, Adami, Rodríguez y Lind, 2016; Gómez, Moreno y Sarmiento, 2016), en donde se evidencia que las causas están relacionadas con la técnica de inserción, fijación y tipo de catéter empleado (Quispe, 2015; Vaca et al., 2016); lo anterior ha motivado la realización de esta investigación, pues, en la región Surcolombiana, especialmente, en el HUHMP, ya

que, no existe una técnica de CVP única y desarrollada por todo el personal de la institución de salud, quienes refieren realizar los procedimientos de forma autónoma y seguir principalmente las indicaciones de asepsia, sin embargo, no siempre estas intervenciones son exitosas y por lo tanto se debe recanalizar al paciente antes de las 72 horas, lo cual es considerado como tiempo máximo de permanencia del CVP por el manual de procesos y procedimientos del HUHMP (Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo [HUHMP], 2009).

Teniendo en cuenta que este fenómeno se presenta en el HUHMP, IPS de tercer y cuarto nivel de atención es importante establecer la técnica y el tiempo de permanencia del CVP, con el fin de mejorar la atención a pacientes que requieren cuidado integral en salud, por lo tanto, la presente investigación indaga la asociación entre las distintas variables del estudio, como son: la técnica con la cual se realiza el CVP, el tiempo de permanencia y las complicaciones que se desencadenan debido a este proceso.

Así mismo, la pertinencia de esta investigación está dada desde las políticas en seguridad del paciente, que sugieren un adecuado mejoramiento en la atención asistencial, lo que conlleva al abordaje de los procedimientos invasivos con el propósito de perfeccionarlos y buscar la técnica más adecuada que se centre en la seguridad del paciente y el confort, desde un cuidado personalizado según sus necesidades, requerimientos y características particulares. Además, es novedosa debido a que en la ciudad de Neiva no existen investigaciones recientes que fundamenten la técnica, las complicaciones y el tiempo de permanencia del CVP.

De este modo, la anterior problemática es posible abordarla desde investigaciones con enfoque cuantitativo de tipo observacional analítico de cohorte, por lo tanto, para esta investigación la población fueron los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del HUHMP y la muestra 256 pacientes que se calcularon teniendo en cuenta la fórmula de Lwanga, de esta manera, se observará la técnica de inserción del catéter venoso periférico con un formato de recolección de datos y seguimiento, diseñado por los investigadores y basados en el Manual de procesos y procedimientos del HUHMP (HUHMP, 2009), en el cual, cada ítem tiene una valoración porcentual, lo que permite seleccionar las cohortes, pues, aquellos pacientes a quienes se realice el CVP cumpliendo con el 80 % o más del proceso estipulado por el Manual de procesos y procedimientos se incluirán a la cohorte de no expuestos y los que cumplan con menos del 80 % serán los de la cohorte de expuestos. Luego, se realizará el seguimiento a cada canalización por 72 horas o hasta que el catéter sea retirado por alguna complicación.

De esta forma, se logró identificar que existen falencias en el cuidado brindado por enfermería en el proceso de cateterismo venoso periférico, al igual, que se presentaron diversas complicaciones durante la permanencia del catéter en los pacientes. Asimismo, es importante señalar que el personal no tiene en cuenta la comodidad de los usuarios, ni sus necesidades de tratamiento al momento de elegir el catéter a utilizar.

Planteamiento del problema

El Cateterismo Venoso Periférico (CVP) consiste en la canalización de una vena periférica del paciente con fines diagnósticos o terapéuticos (Aguilar, 2007), este procedimiento es de gran importancia a la hora de realizar un tratamiento al paciente, sin embargo, este trae consigo efectos adversos derivados de diferentes factores. Asimismo, se indica que el CVP es un procedimiento del personal de enfermería que consiste en la interrupción

de la piel, con lo cual se genera una comunicación del medio externo con el vaso sanguíneo, además, insiste en que este procedimiento requiere unos cuidados especiales, como realizar la técnica correcta y el uso de materiales adecuados que eviten efectos adversos en el paciente y que empeoren su pronóstico.

Lo anterior confirma la necesidad de la implementación de una política de seguridad del paciente que garantice su bienestar y la minimización de riesgos derivados del cuidado. Esta política tiene impacto a nivel mundial, ya que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la contempla como un principio fundamental en la atención en salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007). Así, el sistema de salud colombiano ha adoptado estos lineamientos en su *Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud* (Ministerio de la Protección Social, s.f.), donde considera fundamental la prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Igualmente, diversos estudios han mencionado la importancia de la óptima técnica y mantenimiento del catéter venoso periférico para la prevención de infecciones. Tras analizar esta problemática a nivel de Latinoamérica, se encontró que en el año 2010, los autores Aranaz et al., realizaron un estudio en 20 países, que refleja que la flebitis es una de las principales complicaciones que tienen los pacientes con CVP, lo cual representa una incidencia de 5,73 % de todas las registradas. Esto evidencia el gran impacto de esta problemática, que llega a afectar a gran cantidad de pacientes, provoca una complicación innecesaria y afecta la salud (dolor, eritemas, flebitis, infección) y la comodidad del paciente. Los estudios plantean que el procedimiento y el tiempo de duración del catéter son fundamentales a la hora de disminuir el riesgo de flebitis, aunque no se llega a determinar cuánto tiempo es el óptimo de mantenimiento de un CVP.

En Colombia aunque no se evidencian amplios estudios investigativos que enmarquen la incidencia y los factores relacionados con esta problemática, se encontró un estudio realizado por Parra et al. (2012) en Bucaramanga, los autores demuestran que durante el estudio, la flebitis se presentó en un 8,6 %, lo que indica que por cada 100 pacientes que ingresan al hospital de alta complejidad de dicha ciudad, 10 presentan flebitis en su cateterismo venoso periférico.

Este fenómeno también está presente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) IPS de tercer y cuarto nivel de atención, de gran importancia para el sur de Colombia, ya que, atiende población de los municipios del Huila y de los departamentos cercanos como Tolima, Caquetá, Cauca, Putumayo y Nariño. El HUHMP brinda atención de urgencia, atendiendo aproximadamente a 2.057 pacientes por mes, en un rango de edad entre 19 y 96 años, según reporte del sistema de ingresos modulo interconsultas (Indigo Crystal) del HUHMP, entre el periodo comprendido del 1 de enero de y el 22 de agosto de 2017.

El CVP es un procedimiento realizado por el personal de enfermería, preferiblemente por el enfermero o enfermera profesional, en busca de garantizar mayor calidad en la atención de los usuarios, más aún si se tiene en cuenta que es un procedimiento invasivo que fácilmente puede favorecer la entrada de microorganismos patógenos al torrente sanguíneo, sin embargo, el manual de procesos y procedimientos del HUHMP (2009) refiere que puede ser realizado por el personal auxiliar de enfermería, siendo este personal, quien lo realiza en la mayoría de ocasiones, esto se debe porque en cada turno tan solo se cuenta con un profesional de enfermería y cinco auxiliares.

De este modo, se ha observado que, a pesar de que la Institución cuenta con un protocolo estándar, donde está descrita la técnica aséptica y aspectos generales del proceso, no contempla elementos puntuales como el tipo de catéter, el sitio de inserción, el tipo de infusión, la técnica que se usa en la inserción y la longitud del catéter, los cuales pueden influir significativamente en el éxito del procedimiento. Además, el personal del servicio de urgencias realiza este procedimiento de manera autónoma, es decir, refieren tener su propia técnica y seguir principalmente las indicaciones relacionadas con la asepsia, sin embargo, no siempre el CVP es exitoso y en algunas ocasiones se debe recanalizar al paciente antes de las 72 horas, el cual es el tiempo máximo de permanencia del CVP, sugerido por el manual de procesos y procedimientos. En otros casos se ha observado que los pacientes presentan complicaciones como las encontradas por los estudios mencionados anteriormente, tales como la extravasación y obstrucción, por ello, es necesario identificar aquellos aspectos técnicos que influyen en el tiempo de permanencia y que representan riesgo de complicaciones para el paciente.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, se identifica que existe un vacío en el conocimiento, por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el proceso, tiempo de permanencia y complicaciones del cateterismo venoso periférico, en los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del HUHMP durante los meses diciembre de 2017 y enero de 2018?

Justificación

El cateterismo venoso periférico es un procedimiento que se realiza con mucha frecuencia en los hospitales y es propio del personal de enfermería. Según la investigación realizada por Martín, Fernández, López y Peña (2017) afirma que uno de cada tres pacientes requiere un catéter venoso periférico, también indica que la flebitis es la complicación más frecuente relacionada con este procedimiento, otros estudios complementan el abordaje a esta problemática afirmando que la flebitis química se presenta entre 13 y 55 %, la infiltración entre 11 y 58 %, la obstrucción entre 19,5 y 23 %, y la salida accidental entre 6 y 15 %. De este modo, es importante abordar los aspectos que intervienen en este proceso, que en algunas ocasiones pueden ser rutinarios para el personal de enfermería y se pierde de vista la técnica, la cual permite lograr una canalización exitosa, que disminuye la incidencia de complicaciones en un procedimiento invasivo.

Estas complicaciones representan para el paciente molestias, dolor, aumentan el riesgo de infecciones y dificultan la circulación sanguínea en la parte afectada. Al respecto Machado, Pedreira y Chaud (2008) concluyen que las complicaciones se deben a múltiples factores, como el tipo de catéter, el sitio de inserción, el tipo de infusión, la técnica que se usa en la inserción y la longitud del catéter; por ende, se hace pertinente evidenciar estos aspectos para reducir la incidencia de complicaciones en el paciente, ya que, se ha observado que en el servicio se sigue un protocolo estándar que no tiene en cuenta estos aspectos.

Esta investigación es novedosa, debido a que en el departamento del Huila, específicamente, en la ciudad de Neiva, no existen investigaciones recientes que fundamenten la técnica, complicaciones y tiempo de permanencia del cateterismo venoso periférico, ni que analicen su relación, así, este estudio puede servir para la actualización y fundamentación de protocolos o guías institucionales.

En consecuencia, los resultados de la investigación beneficiarán a los pacientes y al personal de enfermería, ya que, permitirá mejorar la técnica o proceso de canalización y, de este modo, estructurar y crear intervenciones de alta calidad, que disminuyan complicaciones. La presente investigación busca contribuir al mejoramiento del proceso del cateterismo venoso periférico, que sus resultados puedan ser aplicados por el personal de enfermería del HUHMP y por los estudiantes de enfermería de la Universidad Surcolombiana (USCO), además, busca reducir la aparición de efectos adversos y mejorar la calidad en la atención de los pacientes.

La realización de esta investigación es viable y factible, porque cuenta con los recursos materiales y humanos, necesarios para su ejecución, investigadores idóneos, acceso a la información y pacientes, a través del convenio docencia–servicio entre la USCO y el HUHMP, también, se cuenta con un asesor metodológico y temático. Finalmente, se hace un aporte a la disciplina de enfermería, ya que, busca resolver un problema en la institución, que beneficie el cuidado que requieren los pacientes.

Objetivo general

Analizar la relación entre el proceso, tiempo de permanencia y complicaciones del cateterismo venoso periférico en los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias HUHMP durante los meses diciembre de 2017 y enero de 2018.

Objetivos específicos

- Describir las características clínicas de los pacientes participantes en el estudio.
- Identificar el proceso, tiempo de permanencia y complicaciones del cateterismo venoso periférico en los pacientes participantes en el estudio.
- Estimar la incidencia y el riesgo de presentar complicaciones, según el proceso de realización del CVP y su tiempo de permanencia, en los pacientes participantes en el estudio.

Antecedentes

El Cateterismo Venoso Periférico es un procedimiento exclusivo del personal de enfermería, que cuenta con un amplio alcance y efecto en el bienestar del paciente, por tal motivo ha sido una temática de amplio estudio desde los diversos enfoques. En este sentido, se realizó una revisión en las diferentes bases de datos, se consultó artículos científicos acerca del problema a tratar, los cuales se describen a continuación:

El proyecto IBEAS llevado a cabo por Aranaz et al. (2010) es dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los diferentes ministerios de países latinoamericanos, cuyo objetivo fue estudiar la relación de técnicas con respecto a la salud del paciente y observar los eventos adversos que se originan al realizar estos procedimientos, entre ellos se destaca la flebitis por catéter venoso periférico. Este estudio analítico observacional de corte transversal, evidenció gran diferencia entre los países incluidos en el estudio, ya que, el conocimiento y técnicas varía dependiendo de múltiples factores presentes en cada lugar, igualmente, afirma que se debe tener en cuenta el servicio en el cual se realiza el cateterismo venoso periférico, pues, suele haber mayores complicaciones en la zona de urgencias. Por último, resalta que el lugar de

punción es fundamental porque en ciertas ocasiones el catéter queda en sitios incómodos para el paciente y, por ello, hay mayor fricción.

Por su parte, la autora Santiago (2011) realizó un estudio, el cual se fundamenta en la determinación de los conocimientos por parte del personal de enfermería con respecto a todo lo que incluye este procedimiento, para ello, se tomó como muestra una población de 31 profesionales de enfermería donde logró identificar el bajo nivel de conocimiento sobre bioseguridad que tienen estos profesionales, asimismo, evidencio que varios de ellos no hacen uso y/o no realizan el cambio de guantes para la realización de procedimientos que los requieren, por lo tanto, tendrían una práctica inadecuada en el cateterismo venoso periférico. Por otro lado, un dato positivo que estableció el estudio de Santiago (2011) es el conocimiento favorable y practica del lavado de manos como medida preventiva a infecciones.

De igual modo, Parra et al. (2012), realizaron un estudio titulado: *Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas*, cuyo objetivo fue identificar la calidad en el cuidado de los pacientes por parte de enfermería, con respecto a caídas, úlceras por presión y flebitis por catéter venoso periférico. Fue un estudio de cohorte, donde se observaron 198 adultos que ingresaron al servicio de urgencias, entre 6 y 24 horas de hospitalización, aunque fue un promedio de horas muy corto, se observó que la principal complicación relacionada con el cateterismo venoso periférico fue la flebitis, independientemente de su etiología.

Los autores Gómez et al. (2016), desarrollaron una investigación descriptiva – retrospectiva, cuyo objetivo fue determinar la relación del efecto de los medicamentos administrados por catéter venoso periférico y su relación con la flebitis química en los pacientes hospitalizados y el personal de enfermería de dicha institución, de lo cual concluyeron que, la flebitis química se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores, que demostró que la edad y la patología del paciente no tiene relación con la generación de flebitis.

En el año 2015, la autora Quispe realizo el estudio descriptivo, observacional y transversal: *Practica de enfermería en fluidoterapia intravenosa en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en Puno – Perú*, cuyo objetivo se centró en las actividades realizadas por 11 enfermeros en fluidoterapia, donde se demostró que la mayoría de ellos no regulan la velocidad de infusión del medicamento según su prescripción; en contraste, Veintimilla y Vera (2014), en su estudio, afirmaron que el personal de enfermería sí realizaba la revisión de la prescripción médica al momento de administrar los medicamentos; así mismo, Quispe (2015) concluyó que no realizan la técnica aséptica adecuada; factores que pueden desencadenar complicaciones, ya que, éstas se pueden generar por diversas causas, como la técnica de inserción, el tipo y fijación de catéter, el fármaco y ritmo de perfusión, entre otras, por esto, es de suma importancia realizar las actividades correspondientes al área de enfermería de forma correcta y oportuna.

Vaca et al. (2016) desarrollaron una investigación descriptiva observacional retrospectiva, titulada: *Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura*, con el fin de observar la calidad de los servicios y/o procedimientos que brindaba el personal de enfermería, entre los que se encuentra el cateterismo venoso periférico. Esta investigación tuvo por población a los pacientes hospitalizados

que tenían como mínimo 24 horas desde su ingreso y concluyó que la mayoría de los eventos y complicaciones presentadas son evitables, ya que, éstas se originan por una mala técnica por parte del personal de enfermería o debido a eventos extrínsecos.

Navarrete (2017) realizó un estudio cuali-cuantitativo, denominado: *Estrategias de intervención de enfermería para la prevención de flebitis en usuarios del servicio de medicina interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba*, con el cual buscó crear estrategias para lograr el acatamiento paso a paso del protocolo de cateterismo venoso periférico por parte del personal de enfermería, éste fue realizado con 210 pacientes que tenían más de 2 días de hospitalización. El estudio permitió concluir que el personal de enfermería después de realizar la asepsia se vuelve a contaminar, no realizaban la fijación correcta y por esta razón los pacientes deben pedir una nueva fijación; también tiene en cuenta que no se comprueba la permeabilidad de la vía y en la mayoría de los casos no se hace un seguimiento a la administración de medicamentos para desconectar el equipo inmediatamente terminado el fármaco. Por otra parte, la vena a cateterizar se escoge de acuerdo al calibre y no teniendo como principal objetivo la comodidad del paciente, como se ha relacionado en estudios anteriores, parece que para el personal de enfermería es más importante tener una buena vena, en lugar de prolongar la permanencia del catéter en los usuarios.

Hipótesis Nula

Los pacientes a quienes se les realiza el CVP, siguiendo completamente el manual de procesos y procedimientos, presentan igual número de complicaciones con respecto a quienes se les realiza el CVP siguiendo parcialmente el protocolo.

Los pacientes a quienes se les realiza el CVP, siguiendo completamente el manual de procesos y procedimientos, presentan igual tiempo de permanencia con respecto a quienes se les realiza el CVP siguiendo parcialmente el protocolo.

Hipótesis Alterna

Los pacientes a quienes se les realiza el CVP, siguiendo completamente el manual de procesos y procedimientos, presentan mayor o menor número de complicaciones en relación con quienes se les realiza el CVP siguiendo parcialmente el protocolo.

Los pacientes a quienes se les realiza el CVP, siguiendo completamente el manual de procesos y procedimientos, presentan diferencias en el tiempo de permanencia en relación con quienes se les realiza el CVP siguiendo parcialmente el protocolo.

Diseño metodológico

Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional analítico de cohorte, fue prospectivo con respecto al tiempo de medición de las variables, ya que, se buscó cuantificar la ocurrencia del desenlace en un tiempo de seguimiento, se consideró como desenlace la presencia de complicaciones y el tiempo de seguimiento fue hasta que duró el CVP.

El método a utilizar fue la observación, donde se examinó el procedimiento, tiempo de permanencia y complicaciones debidas al cateterismo venoso periférico, por medio de una guía diseñada por los investigadores,

que se basó en el manual de procesos y procedimientos del HUHMP. La unidad de análisis y observación fueron los catéteres venosos periféricos implantados a pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del HUHMP.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de Lwanga, mediante la cual se obtuvo una muestra total de 256 pacientes, de los cuales 128 pertenecen a la cohorte de expuestos, que corresponde a aquellos que se les realizó el CVP, con cumplimiento del manual de procesos y procedimientos del HUHMP menor de 80 %; y 128 a la cohorte de no expuestos, que corresponde a quienes se les realice el CVP con cumplimiento del manual de procesos y procedimientos del HUHMP entre un 80 % y 100 %.

Se solicitó autorización del HUHMP para la observación del CVP, seguimiento al tiempo de permanencia del catéter y las complicaciones del procedimiento, al igual que, la investigación de datos por medio de historia clínica, estadísticas del servicio de Urgencias y proceso de CVP.

Al catéter venoso periférico se le hizo un seguimiento durante las 72 horas siguientes a la inserción o hasta que ocurra el desenlace de complicaciones; durante este proceso se llevó a cabo un registro de todos los cambios, conductas y complicaciones del CVP. Los datos a medida que se recolectaron fueron registrados en un formato virtual de Google Drive que posteriormente se enlazó al programa Microsoft Excel, versión 2013. Luego, se exportaron al software STATA versión 14, para los análisis, donde todas las pruebas fueron significativas a un $p \leq 0,05$.

Control de sesgos

Sesgos de selección. Los participantes no expuestos fueron seleccionados del mismo servicio de donde se tomaron los expuestos, que tengan la misma probabilidad de presentar complicaciones y tiempo de duración del CVP.

Sesgos de medición. El formato de recolección de la información y de seguimiento fue realizado por los investigadores con base en el manual de procesos y procedimientos institucional, fue revisado y aprobado por la enfermera coordinadora del servicio. Este formato fue puesto a prueba mediante una prueba piloto en una muestra de pacientes, correspondiente al 10 % del total de la muestra.

Sesgos de confusión. Durante la descripción de características individuales de los sujetos de cohortes se identificaron diferencias, que fueron incluidas en el análisis multivariado, estimación de asociación entre niveles de exposición y desenlaces de interés.

Aspectos éticos

Basados en la Ley 23 de 1981 (Congreso de Colombia, 1981), donde se dictan las normas en materia de la ética médica y la Resolución número 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993), la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente proyecto de investigación se clasificó como de riesgo mínimo, ya que, para el registro de los datos se utilizaron procedimientos comunes, en este caso, un formato de recolección de la información donde se registró los datos producto de la observación.

De la Resolución número 8430 (Ministerio de Salud, 1993) se tuvo en cuenta los siguientes aspectos del Título II, de la investigación en seres humanos:

Capítulo 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, por lo cual, para la presente investigación, se respetó la dignidad de los sujetos de estudio, ya que, se solicitó su autorización libre y voluntaria por medio de la firma del consentimiento informado.

Capítulo 2. Investigación en comunidades. Artículo 17, donde se enuncia que las investigaciones referidas a la salud humana deben contener los principios de beneficencia y la ausencia de riesgos; por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue beneficiar a los pacientes y al personal de enfermería, por medio de la identificación de la mejor técnica, para reducir complicaciones y aumentar el tiempo de permanencia del catéter.

De igual manera, se tuvo en cuenta los principios consignados en el Código Deontológico de Enfermería, Ley 911 de 2004 (Congreso de Colombia, 2004), tales como: la no maleficencia, autonomía, veracidad y fidelidad. También se consideró los siguientes aspectos:

- **Riesgo:** El proyecto de investigación no representa riesgo alguno para los pacientes.
- **Alcance:** Obtener información de primera fuente, para determinar la relación entre la técnica del cateterismo venoso periférico, el tiempo de permanencia y la presencia de complicaciones hasta el retiro del acceso venoso periférico.
- **Impacto:** Se espera que este proyecto de investigación permita conocer la problemática de este procedimiento de enfermería, para establecer la mejor técnica que beneficie a los pacientes y minimice riesgos.
- **Costo–Beneficio:** La presente investigación generó costos económicos para los investigadores, en cuanto a desplazamiento y papelería. Para los pacientes y la institución generó grandes beneficios al lograr determinar la mejor técnica de cateterización venosa periférica. Los investigadores también se beneficiaron, ya que, cumplieron con los requisitos para culminar su estudio de pregrado.

Para dar inicio a la investigación se solicitó los permisos institucionales con el personal administrativo pertinente, personal integrante del comité de ética y técnicos institucionales.

Resultados

En los pacientes participantes en el estudio predominaron edades superiores a 50 años. En cuanto a las características clínicas de los pacientes se encontró que una pequeña parte tiene condiciones de inmunosupresión, lo cual se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones o cualquier tipo de complicación relacionada con el CVP. Con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) se evidenció que la mayor parte de los pacientes se encuentran entre un peso normal (50 %) y preobesidad (27 %). Igualmente, se estableció la

temperatura de la población estudio, con el objetivo de establecer si la hipotermia influye en el desarrollo de complicaciones, especialmente, de flebitis tipo bacteriana, en donde se encontró que el 20 % de este tipo de evento se halló en participantes con esta condición.

Por otra parte, el proceso del CVP implica habilidades y conocimientos para el desarrollo eficaz de los diferentes pasos que comprende, pues, a pesar de que se consideren unos menos importantes que otros, estos se han establecido para brindar mayor seguridad a los usuarios de los servicios de salud. Así, durante la investigación se estableció que uno de los puntos que menos se desarrolló fue el lavado de manos al momento de realizar el procedimiento, que se relaciona con el desarrollo de mayores complicaciones en los pacientes, ya que, se evidenció que en la cohorte de expuestos (cumplimiento del procedimiento en menos del 80 %) se presentó mayor cantidad de eventos y, por lo tanto, un menor tiempo de permanencia del catéter. Asimismo, se evidenció que el personal de enfermería, en su mayoría (64 %), hace una adecuada desinfección del área previamente a la inserción del catéter, convirtiendo esto en un factor protector para los pacientes.

Adicionalmente, se determinó que la mayor parte (78 %) del personal de enfermería no tiene en cuenta la opinión o comodidad del paciente al momento de realizar el CVP, esto se relaciona con el mayor número de complicaciones, como dolor (41 %), obstrucción e inflamación (12 %) y la mayor cantidad de flebitis mecánica (78 % de las evidenciadas). Con respecto al material de fijación del CVP se utilizó con mayor frecuencia el esparadrapo (86 %), aunque es un material resistente no garantiza una óptima valoración de los cambios o complicaciones del sitio de inserción. Igualmente, se observó que en el servicio de urgencias se realiza este procedimiento con catéter calibre número 18 (84 %). Además, el personal no utiliza una estricta técnica aséptica (96 %) durante el proceso del CVP, es decir, en muchas ocasiones se vuelve a contaminar el sitio luego de la desinfección o no se toman las medidas necesarias para protegerse las manos después de su respectivo lavado.

En lo concerniente al tiempo de permanencia del CVP, se evidenció que la mayoría (83 %) fueron retirados antes de las 72 horas de permanencia, principalmente a causa del desarrollo de complicaciones, las cuales no permitieron el óptimo uso del acceso venoso. Asimismo, se observaron tiempos de permanencia superiores a 100 horas, lo cual se convierte en un riesgo para el desarrollo de infecciones en el paciente.

En cuanto a las complicaciones desarrolladas en la población estudio predominó la flebitis (34 %), especialmente, el tipo química (27 %), lo que se relaciona con la administración de medicamentos, tales como: antibióticos y analgésicos, ya que, son los medicamentos que se administran con mayor frecuencia en el servicio de urgencias, además, de verse afectada por la presencia de terapia de múltiples fármacos intravenosos. La existencia de algún tipo de complicación está relacionada con la ubicación anatómica, la técnica utilizada en el cateterismo y diferentes factores clínicos propios del participante. La complicación que prevaleció en los pacientes fue el dolor (54 %), muchas veces a causa de la misma complicación mencionada anteriormente, pues, se sabe que es uno de los principales signos y síntomas, además de ser influenciada, porque el sitio de inserción es seleccionado de acuerdo al calibre de la vena o a la comodidad del personal de salud, pero, no se tiene en cuenta la comodidad del paciente.

También, se presentaron complicaciones como rubor (30 %), inflamación (18 %), obstrucción (15 %), infiltración (8 %), entre otras; presentes con menor frecuencia, pero que igualmente, son causa de retiro y cambio del catéter, afectando significativamente el tiempo de permanencia del CVP. Cabe señalar que, aquellos pacientes a los que se les realizó el CVP, cumpliendo al menos con el 80 % del proceso, desarrollaron menos cantidad de complicaciones en comparación con los expuestos. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Complicaciones del CVP.*

Complicaciones		
No Expuestos	Expuestos	
	n (%)	n (%)
1. Flebitis		
Si	38 (30 %)	47 (37 %)
No	90 (70 %)	81 (63 %)
2. Tipo de Flebitis		
Bacteriana	5(4 %)	2 (2 %)
Mecánica	1(1 %)	8 (6 %)
Química	32 (25 %)	37 (29 %)
No	90 (70 %)	81 (63 %)
3. Obstrucción		
Si	18 (14 %)	19 (15 %)
No	110 (86 %)	109 (85 %)
4. Infiltración		
Si	6 (4 %)	15 (11 %)
No	122 (96 %)	113 (89 %)
5. Hematoma		
No	116 (91 %)	121 (95 %)
Si	12 (9 %)	7 (5 %)
6. Extravasación		
No	121 (95 %)	121 (95 %)
Si	7 (5 %)	7 (5 %)
6. Edema		
Si	7 (5 %)	9 (7 %)
No	121 (95 %)	119 (93 %)
7. Inflamación		
No	104 (81 %)	107 (84 %)
Si	24 (19 %)	21 (16 %)
8. Rubor		
No	85 (66 %)	94 (73 %)
Si	43 (34 %)	34 (27 %)
9. Dolor		
No	57 (45 %)	62 (48 %)
Si	71 (55 %)	66 (52 %)
10. Calor		
No	106 (83 %)	108 (84 %)
Si	22 (17 %)	20 (16 %)
11. Salida del catéter		
No	117 (91 %)	117 (91 %)
Si	11 (9 %)	11 (9 %)
12. Cambio por protocolo		
No	114 (90 %)	112 (88 %)
Si	13 (10 %)	15 (12 %)

Discusión

Así las cosas, con respecto a la edad de los pacientes participantes en el estudio se encontró un rango amplio, edades entre 16 y 96 años, presentándose en mayor medida en pacientes mayores de 50 años, esto concuerda con Camargo, Quintero, Palacio y Díaz (2013) quienes señalan que a nivel mundial los adultos mayores asisten a los servicios de salud porque cada vez presentan más enfermedades crónicas y afecciones de salud más complicadas. Igualmente, una minoría (18 %) de los pacientes participantes en el estudio tenían algún tipo de inmunosupresión, en los cuales se resalta la presencia de cáncer, de acuerdo con el estudio realizado por Malvicini, Puchullo, Matar y Mazzolini (2010), la presencia de tumores malignos genera el desarrollo de múltiples mecanismos para evadir las defensas del sistema inmunitario.

En el estudio realizado por Romero y Farías (2014), se señala que la hipertermia es un signo común en enfermedades de tipo infeccioso, en las cuales es frecuente la administración de medicamentos como antibióticos que generan mayor riesgo de presentar flebitis, dato que coincide con la presente investigación, ya que, el 20 % de los casos de flebitis bacteriana se presentó en las personas que ingresaron con hipertermia.

Por otra parte, se encontró que la mayoría de CVP (80 %) se realizó usando guantes y tapabocas, que se convierte en un factor protector para los pacientes con canalización. También, se evidenció que la mayor parte del personal de enfermería (64 %) desinfectó adecuadamente el sitio de punción, esto es un factor protector para el desarrollo de complicaciones, lo anterior coincide con lo encontrado en el estudio realizado por Arango (2013), en el cual refiere que el 76 % realizó una correcta desinfección del sitio de punción.

De igual forma, la selección del sitio de punción de acuerdo a la comodidad del paciente es parte importante, con base a la política de seguridad del paciente, que pretende brindar una atención de calidad y que disminuya los riesgos en procesos invasivos, es significativo el número de pacientes a los que no se les consideró su opinión al momento de elegir el sitio de punción (78 %). La mayoría de las canalizaciones son fijadas con esparadrado, material que no permite la visualización del sitio de inserción, pero según la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas en 2011, la elección depende de las características del paciente y el cambio de la fijación no garantiza que no se presenten complicaciones.

En cuanto a la elección del calibre del catéter, por lo general, en el servicio de urgencias esta estandarizado el calibre 18 para todos los pacientes, donde no se consideran factores, como el calibre de la vena a canalizar, el estado del paciente o su grado de deshidratación. Según Derdried, Reichembach, Vayego y Lind (2016), los catéteres de calibres pequeños tienen 1,84 probabilidades menos de causar complicaciones comparadas con calibres grandes. Lo anterior, resalta la importancia de la elección de un calibre adecuado para cada paciente y rescata la atención individualizada, ya que, las características de cada paciente son diferentes al igual que sus necesidades.

Adicionalmente, en el estudio se comprobó que la técnica aséptica no se realizó en la mayoría de los CVP, lo cual presenta un mayor riesgo de infecciones o algún tipo de complicaciones. De acuerdo con Concha, Andrighetti y Curi-Tuma (2016) esto previene las enfermedades nosocomiales.

De acuerdo al tiempo de permanencia del CVP, se evidencio que la mayoría de estos fueron retirados antes de las 72 horas, debido al desarrollo de complicaciones, dato que concuerda con Reichembach et al. (2016), quienes refieren que el catéter permaneció por 72 horas o más y se retiró principalmente por flebitis y alta hospitalaria. No obstante, lo anterior difiere con los estudios realizados por Veintimilla y Vera (2014), quienes encontraron que los catéteres se cambiaban a las 72 horas, principalmente por protocolo, lo cual buscaba la seguridad del paciente y evitar complicaciones; y con el estudio De Souza, Grassmann y May (2016), quienes afirman que se asocia la permanencia del catéter venoso periférico por más de 72 horas con la aparición de flebitis. Además, en el año 2013 Capdevila realizo un estudio en el cual afirmó que el cambio del catéter no debe exceder de las 96 horas para los insertados en servicios de planta y 48 horas para los de inserción en servicios de urgencias, esto debido al ambiente y mayores riesgos que se maneja en dicho servicio.

En lo referente a las complicaciones, la que más se presento fue la flebitis (33 %), donde predomino el grado I y como tipo de flebitis la química, lo que difiere con estudios realizados por Núñez (2014), Parra et al. (2012), De Souza et al. (2016) y Reichembach et al. (2016), estudios en los cuales se encontró incidencia de flebitis significativamente baja (10,4 %; 8,6 %; 10 % y 18,34% respectivamente). En los estudios de Núñez (2014) y Reichembach et al. (2016) se hallaron casos de extravasación (17,58 %), obstrucción (16,5 % - 1,24 %) e infiltración (11,83 %) lo que concuerda con el presente estudio, pues, se encontró obstrucción (15 %), infiltración (8 %) y extravasación (5 %).

Conclusiones

Esta investigación muestra la necesidad de implementar nuevas políticas intrahospitalarias, que promuevan las normas de bioseguridad, empezando desde el lavado de manos, como medidas preventivas de infecciones nosocomiales, y buscar la calidad en la atención y la disminución de la estancia hospitalaria del paciente. Asimismo, permite la asociación entre factores importantes a la hora de realizar el CVP, de esta forma, se estableció las causas de diferentes complicaciones derivadas del procedimiento, con el fin de mejorar continuamente y establecer la técnica más factible para el CVP.

Igualmente, es importante señalar que este estudio contribuye a esclarecer algunos aspectos de la técnica o proceso que se utiliza en la institución; cabe señalar que, en el servicio de urgencias por el ambiente y el entorno al que se enfrenta el personal de salud no siempre se cumple la totalidad de los ítems.

Con base en los resultados es importante la capacitación continua del personal de salud con respecto al procedimiento del CVP, para el personal competente y dedicado a realizar procedimientos invasivos con el fin de evitar complicaciones y riesgos en los pacientes.

Referencias

Aguilar, P. (2007). *Manual CTO de enfermería* (4^{ta} ed.). Madrid, España: McGraw Hill.

Aranaz, J., Aibar, C., Limón, R., Amarilla, A., Restrepo, F., Urroz, O.,...Terol, E. (2010). Diseño del estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de calidad asistencial*, 26(3), 194-200. doi:10.1016/j.cali.2010.12.001

Camargo, D., Quintero, L., Palacio, C. y Díaz, G. (2013). Acceso a un programa de condiciones crónicas en un hospital del sector público. *Revista de la facultad de medicina*, 61(4), 405-413.

Capdevila, J. (2013). El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. *Revista Española de Quimioterapia*, 26(1), 1-5.

Concha, M., Andrighetti, C. y Curi-Tuma, M. (2016). Actualización en técnica aséptica y uso de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos ambulatorios que comprometan piel y mucosas. *Revista Médica de Chile*, 144(8), 1.038-1.043.

Congreso de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf

Congreso de Colombia. (1994). Ley 911 de 2004. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

De Souza, J., Grassmann, C. y May, T. (2016). Incidencia de flebitis durante el uso y después de la retirada de catéter intravenoso periférico. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 24(8). doi:10.1590/1518-8345.0604.2746

Derdried, J., Reichembach, M., Vayego, S., Barbosa, D. y Lind, J. (2016). Factores de riesgo para complicaciones en el catéter venoso periférico en adultos: análisis secundario de ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 24, 1-11. doi: 10.1590/1518-8345.1457.2833

Gómez, Á., Moreno, L. y Sarmiento, S. (2016). *Evaluación del procedimiento de administración de medicamentos endovenosos y la presencia de flebitis química en el servicio de hospitalización de la clínica Foscal Internacional durante el año 2015* (trabajo de especialización). Observatorio de Salud Pública, Bucaramanga, Colombia.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. (UHMP). (2009). Manual de Procesos y procedimientos. Recuperado de <http://www.huhmp.gov.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=guWNjLNuT51%3D&tabid=370&language=es-CO>

Machado, A., Pedreira, L. y Chaud, M. (2008). Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 362-367. doi: 10.1590/S0104-11692008000300005

Malvicini, M., Puchulo, G., Matar, P. y Mazzolini, G. (2010). Inmunoterapia del cáncer. Importancia de controlar la inmunosupresión. *Medicina*, 70(6), 565-570.

Martín, B., Fernández, M., López, M. y Peña, I. (2017). Efectividad del tratamiento tópico de la flebitis secundaria a la cateterización periférica: Una revisión sistemática. *Enfermería Global*, 16(45), 491-507. doi: 10.6018/eglobal.16.1.260411

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (versión 2.0). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución Número 8430 de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Navarrete, N. (2017). *Estrategias de intervención de enfermería para la prevención de Flebitis en usuarios del servicio de medicina interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba* (tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6034/1/PIUAENF006-2017.pdf>

Núñez, F. (2014). *Efectos adversos hospitalarios en dispositivos venosos periféricos: Estudio de validez diagnóstica* (tesis de doctorado). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Recuperado de <https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12299/TEISIS%20V.%2026-12-13%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente-mayo de 2007. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>

Parra, D., Camargo, F. y Rey, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, 11(28), 159-169. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/administracion1.pdf>

Quispe, G. (2015). *Práctica de enfermería en fluidoterapia intravenosa en el servicio de cirugía general del hospital Regional Manuel Núñez Butrón* (tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2565/Quispe_Umi%C3%B1a_Gladys_Sonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reichembach, M., Athanasio, D., Adami, S., Rodríques, G. y Lind. (2016). Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico : ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 84–92. doi: 10.1590/1982-0194201600012

Romero, F. y Farías, J. (2014). La Fiebre. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 37(4), 20-33. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un144d.pdf>

Santiago, M. (2011). *Relación entre conocimiento y práctica sobre cateterismo venoso periférico en los enfermeros de hospitalización de medicina general del H.N.H.U. 2011* (tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

Vaca, J., Muñoz, P., Flores, M., Altamirano, G., Meneses, M., Barahona, M. y Ortega, C. (2016). Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. *Enfermería investiga, Investigación, docencia y gestión*, 1(3), 102–106.

Veintimilla, C. y Vera, L. (2014). *Manejo de vías periféricas y calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de clínica del hospital del IESS Portoviejo, noviembre 2013-abril 2014* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Manabí, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/284/1/Tesis%20manejo%20de%20vias%20periferica.pdf>

Unidad Coronaria Primaria: respuesta desde la situación de enfermería

Ingrid Caicedo Martínez¹
Diana Marcela Rengifo Arias

Resumen

Quindío presenta la tasa más alta del país de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), el cuarto lugar de infección por VIH (Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016), las autolesiones y conducta suicida lo ubican en tercer lugar y el primer lugar en índice de accidentalidad (Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2016), reflejando un fallo en la realización de actividades desde prevención primaria.

Por lo tanto, se propone realizar un análisis empleando la situación de enfermería, con enfoque sistémico familiar, promoviendo el cuidado de las necesidades básicas fisiológicas para la conservación de la vida, con el objetivo de: Contribuir al desarrollo de habilidades para el cuidado de la salud cardiovascular desde la Familia como Unidad Coronaria primaria.

Es un proyecto de intervención itinerante, desarrollado en contextos sociales que agrupan personas con y en riesgo para ECNT; mediante talleres, atendiendo temas relacionados con: nutrición balanceada, actividad física, higiene del sueño, hidratación y habilidades de primeros respondientes. Se han desarrollado 29 intervenciones con 570 personas; quienes lograron reconocer los factores de riesgo, las prácticas de autocuidado, y desarrollar habilidades para actuar como primeros respondientes. Resulta de vital importancia la realización de estrategias que involucren a la familia en el cuidado de la salud cardiovascular, tendientes a impactar sobre riesgos particulares y fortalecer la respuesta ante eventos potencialmente fatales.

Palabras clave: cardiovasculares, enfermedad crónica, enfermería, familia, riesgo.

Primary Coronary Unit: response from the nursing situation

Abstract

The Quindío presents the country's highest rate of chronic non-communicable diseases (NCD), the fourth place of HIV infection (1), self-harm and suicidal behavior place him in third place (2) and the first place index of accidents (1), reflecting a failure in the implementation of activities from primary prevention.

¹ Magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de la Salud familiar. Docente, Universidad del Quindío. Correo electrónico: icaicedo@uniquindio.edu.co

Ponencia oral

It is proposed to carry out an analysis using the situation of nursing, with systemic approach of the family, leading to the care of the basic physiological needs for the conservation of life.

Objective: To contribute to the development of skills for the care of cardiovascular health from the family as the primary Coronary Care Unit.

Itinerant intervention project, developed in social contexts that bring together people with and at risk for chronic diseases; through workshops, on issues related to: balanced nutrition, physical activity, sleep hygiene, hydration and skills of first responders.

29 interventions have been developed with 570 people; those who managed to recognize the risk factors, self-care practices, and develop skills to act as first responders. It is vital to the implementation of strategies that involve the family in the care of cardiovascular health, aimed to impact on particular risks and strengthen the response to life-threatening events.

Key words: Chronic disease, Family, Risk, Cardiovascular, Nursing.

Introducción

Va paseando por la calle y, de repente, frente a usted un transeúnte se desploma y pierde por completo la consciencia. ¿Qué haría? ¿Acudiría a atenderle? ¿Intentaría realizarle un masaje cardiaco?, estas preguntas sobrevienen en la mayoría de los eventos de este tipo, no logrando percibir que sus manos pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte de esa persona, connota igual importancia cuando estas preguntas se generan ante la presencia de un evento de estas características en el hogar y en un ser afectivamente significativo para cada uno (padres, hermanos, esposo, amigos, etc.). Las estadísticas datan que de los 17,3 millones de personas que fallecen anualmente por eventos cardiovasculares asociados a ECNT, solo el 5 % logra llegar a un centro asistencial para recibir atención especializada (Cogollo, Toro, Patiño, Londoño y Fernández, 2010) y solo el 15,7 % de las personas que entraron en paro cardiorrespiratorio fueron reanimadas *in situ*, de los cuales el 71,4 % de los casos ocurrió en el hogar, porcentaje del cual solo al 22,9 % se le iniciaron maniobras de reanimación antes de la llegada del personal paramédico (Ballesteros, Abecia y Echevarría, 2013) y la mayoría de los casos fueron presenciados por personas sin entrenamiento en salud.

A partir de las premisas anteriores y en la rutina del trabajo en Unidades de Cuidado Intensivo de la región, conmovía de manera importante las preguntas manifestadas por los familiares de los usuarios hospitalizados, además, de la gran incertidumbre y dolor resultante de preguntarse y preguntar, “¿yo habría podido hacer algo?” “¿si yo hubiera reanimado a mi padre, podría estar en otra condición?” o en otras ocasiones escuchar de las familias testimonios, como “me sentí impotente”, “falleció en mis manos, no pude hacer nada”, entre otros.

Necesariamente ante estas preguntas y sentimientos es posible contestar que ¡sí!; que hubiese sido posible intervenir en esa situación, y más allá contestar que, las condiciones de la persona podrían ser efectivamente diferentes.

Es así, como se decide realizar intervenciones que permitan disminuir la incertidumbre de las personas sin entrenamiento en salud, quienes se deben considerar también como sujetos de cuidado de enfermería, y generar acciones efectivas que minimicen estos fenómenos observados (incertidumbre, dolor, ansiedad, angustia, impotencia).

Se advierte entonces, la necesidad de analizar y utilizar las herramientas disponibles para la enseñanza y aprendizaje de la reanimación básica, apareciendo la estrategia actual de Sólo Manos, planteada por la American Heart Association (AHA), por lo tanto, se propone la implementación de unas capacitaciones que permitan orientar y adiestrar al público en general, en el aprendizaje de la cadena de supervivencia para el paro cardiopulmonar en un ámbito extrahospitalario.

Promover los cuidados y protección de las personas en todo ámbito, debe ser un compromiso del Estado, pero en esta tarea también se debe involucrar la comunidad en general. No es posible, esperar que un evento de este tipo toque a alguien del entorno cercano, para lamentarse y empezar a actuar; existen muchas oportunidades de salvar vidas tras un paro súbito, pero para lograrlo se requiere del compromiso de todos, incluidas las autoridades que deben comprender el impacto desde la salud pública, puesto que, el paro cardíaco es la primera causa de muerte en nuestro país.

Se calcula que anualmente se producen 20.000 paros cardíacos, algo así como dos individuos por hora (American Heart Association, 2009), situación que mundialmente se explica desde el incremento de la mortalidad asociada a las ECNT, ya que son consideradas actualmente como pandemia a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018). Esta situación se comparte desde la realidad nacional y departamental, particularmente, el Quindío presenta una contracción en la base de la pirámide poblacional, producto de una menor tasa de fecundidad y del envejecimiento progresivo de sus ciudadanos, epidemiológicamente registra la tasa más alta del país en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ocupa el cuarto lugar en enfermedades infecciosas por VIH (Secretaría departamental de salud, 2016), autolesiones y conducta suicida lo ubican en el tercer lugar (Gonzales, Gil, Hernández y Henao, 2016).

La atención a las personas que presentan paro cardiopulmonar, se centra en la realización de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) (American Heart Association, 2009), las cuales deben ser conocidas de forma amplia por toda las comunidades, ya que estadísticas demuestran que los factores de riesgo están presentes en mayor o menor proporción en gran parte de la población, se ha demostrado que es posible asistir a las víctimas de paro cardíaco con éxito, haciendo solo compresión del tórax, la utilización de esta maniobra es efectiva por lo menos en los primeros diez minutos del paro, dando tiempo para que acudan al sitio otros gestores de maniobras avanzadas, tales como equipos de salud.

Justificación

Una situación de enfermería es toda condición donde la enfermera encuentra la necesidad de actuar, desempeñando de manera permanente diferentes roles, tales como: su rol profesional, utilizando el proceso de atención enfermero y su respectivo plan de cuidado a nivel individual o comunitario, aplicando a este el rigor científico propio de la disciplina; es así como, se hace imprescindible la ubicación en cada situación de enfermería los patrones de

conocimiento, que se determinen u observen a partir de la valoración de la misma. De tal manera que, se descubran las necesidades más sentidas del individuo, sujeto de cuidado, para dar así respuestas eficientes y eficaces, que convertidas en acciones den respuesta a la esencia de la disciplina, el cuidado.

La constante interacción entre los receptores del cuidado y los propios atributos de la enfermera (o) determina la valiosa oportunidad de aplicar el mejor cuidado a los individuos, familias y comunidades que en nuestras manos dejan el cuidado de su salud. Entre los atributos mencionados encontramos: los patrones de conocimiento enfermero; el patrón de conocimiento empírico, que le confieren la cientificidad a cada una de las decisiones que toma; el patrón ético, que le muestra el camino correcto para su actuar; el patrón estético, que le permite identificar la belleza de cada situación por difícil que sea; y el patrón de conocimiento personal, que implica conocerse a sí mismo (Vásquez, González, Ramos y Vargas, 2006).

De esta manera, se describe una situación de enfermería que evidencia los patrones de conocimiento antes mencionados y descritos por Carper, otros elementos mostrados en la situación de enfermería motivo de esta presentación son los elementos meta-paradigmáticos de la disciplina: persona, entorno, cuidado y enfermería. Así como, el proceso de atención enfermero, que desde su rigor permite operacionalizarlo para garantizar una mejor comunicación con los sujetos de cuidado y entre los propios profesionales, y favorecer la continuidad del cuidado y el autocuidado.

Patrón de conocimiento empírico

Se incluye como conocimiento empírico de enfermería lo relacionado con la epistemología de la ciencia enfermera y del cuidado de enfermero, pero también, los conocimientos aportados desde la estrategia de educación a la población sobre habilidades de RCP, denominado por la American Heart Association (AHA) como “Solo Manos” (American Heart Association, 2013); es decir, compresiones torácicas de alta calidad. Esta estrategia tiene como principio base el entrenamiento en habilidades de reanimación dispuestas para personas ajenas a los sistemas de salud, y tiene en cuenta 3 pasos, para determinar el estado de conciencia de la víctima, observando las siguientes condiciones: no responde, no respira, no se mueve, activar el servicio de emergencia e iniciar compresiones torácicas hasta que llegue el servicio de emergencias o traigan un DEA (desfibrilador externo automático).

Es importante destacar en este patrón de conocimiento, la necesidad que tiene el profesional de la disciplina de reconocer aspectos relacionados con el duelo y la pérdida, tales como: los fenómenos de incertidumbre, dolor, ansiedad, angustia, impotencia, para el logro de efectivas intervenciones.

Patrón de conocimiento personal

Descrito como el uso ‘terapéutico de sí mismo’, refleja el placer y el compromiso que manifiesta la enfermera en su quehacer, que le permite elegir y tener el valor de cuidar, porque sabe que puede y necesita hacer lo indispensable para ayudar a los individuos y comunidades, se reconoce como llamado de enfermería que el paro cardiorrespiratorio es una situación clínica de interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón o de la respiración espontánea.

Para que el patrón de conocimiento personal se exprese en toda su dimensión, se deben tomar en consideración todos los otros patrones en conjunto. El ‘yo cuidador’ se encuentra constituido por el conjunto de conocimientos adquiridos y potenciados por el individuo (Núñez, Fajardo y Quimbayo, 2011). Algunos elementos personales específicos son: actitud de agrado por el trabajo y de asumir la jornada de actividades de una manera positiva e interesada, calidad de relaciones personales, que permiten interactuar positivamente, capacidad de escuchar al otro y de percibir en él las necesidades de cuidado, competitividad científica y teórica en su desempeño, intervención de enfermería a través de la actividad, ofrecida como acto humano, cuando da a conocer sus beneficios.

Patrón de conocimiento ético

Se hace evidente este patrón de conocimiento en la comprensión del ‘para qué lo hace y cómo lo hace’, además de las obligaciones que conllevan el cuidar de la población y comunidades en general, considerándolos y considerándose como seres de estado. Por lo tanto, la enfermera reconoce la comunidad como su responsabilidad social, donde observa y evidencia grandes necesidades, como es la adquisición de habilidades y destrezas en reanimación cerebro cardiopulmonar. La enfermera desde este patrón de conocimiento tiene respeto por los individuos y sus temores, con la aplicación del principio ético de: beneficencia no maleficencia.

No es posible, esperar que un evento de este tipo toque a alguien del entorno cercano, para lamentarse y empezar a actuar (Duran, 2006); el código moral que guía la conducta ética de las enfermeras se basa en el principio primario de obligatoriedad emanado del concepto de servicio a la gente, respeto por la vida humana y autonomía de las personas, lo que conlleva a la adquisición de habilidades para contribuir a la práctica.

Patrón de conocimiento estético: el arte de enfermería

Comprende lo que se experimenta, la capacidad de percepción, la capacidad de empatía con el otro. También se ha descrito este patrón como la creatividad y estilo en el diseño de los cuidados efectivos que satisfacen las necesidades de los clientes (Duran, 2006).

La enfermera refleja este patrón de conocimiento cuando convoca de manera voluntaria y vehemente a las comunidades a realizar una acción conjunta con el único objetivo de mejorar la calidad de vida, a su vez que, invita a las comunidades a entender y percibir que sus manos pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte de una persona.

Patrón de conocimiento político social

Este conocimiento se hace visible en la reciprocidad de la enfermera con el ambiente que rodea las relaciones entre ella y sus pacientes. Incluye además, un análisis del profesional de enfermería sobre las políticas y sus mismos actos, desde una perspectiva de enfermera hacia y desde las personas, con elementos culturales e históricos para lograr ser agente de cuidado.

La narrativa cita: ‘Promover los cuidados y protección de las personas en todo ámbito, debe ser un compromiso del Estado’, la familia es la primera institución con la que entra en contacto todo ser humano, desde el inicio de la existencia humana. La familia es, por tanto, la primera unidad social en la que cada ser humano adquiere conciencia del valor de su existencia y, por ende, de la importancia del respeto de su dignidad como persona humana, las funciones prodigadas por la familia respecto de sus miembros son insustituibles y fundamentales. En la familia, se aprende a adquirir conciencia sobre los derechos inalienables de cada uno de sus miembros, promoviendo ser una verdadera cultura de Derechos Humanos y de protección hacia los más débiles (Cisav, 2016).

Visión filosófica de la enfermería que la situación refleja

La visión filosófica de enfermería permite ver bajo qué perspectiva de pensamiento o visión de realidad se aborda la práctica (Grupo de cuidado de Enfermería, 2006). La actuación de enfermería narrada refleja una visión filosófica recíproca de enfermería, es decir, en ella hay interacción e integración. Se observa desde la narrativa que el sujeto de cuidado es proactivo, ya que se le instruye para que construya cuidado y visualice su autocuidado como opción de vida. El paciente es visto como una persona total en todo momento, la enfermera valora su edad, su capacidad, el contexto al cual pertenece y con el que el paciente interactúa. En la narrativa planteada, el cuidado le da un sitio especial a la enfermera, teniendo en cuenta que esta prioriza e identifica las necesidades de las comunidades por encima de las necesidades individuales y decide educarlo al respecto.

Metodología

Este proyecto es de intervención itinerante, enmarcado en actividades de proyección social del Programa de Enfermería de la Universidad del Quindío, desarrollados en contextos sociales que pueden agrupar o no personas con enfermedad crónica no transmisible, ECNT, familias y personas en riesgo; mediante talleres grupales, los cuales se nutren por medio de la comunicación y contacto directo con las investigadoras, a las cuales se les solicita su intervención y atención a las diferentes comunidades del departamento del Quindío.

Estos grupos son atendidos en temas relacionados con: nutrición balanceada, actividad física, higiene del sueño, hidratación y habilidades de primeros respondientes en la estrategia de solo manos descrita y operacionalizada por la American Heart Association (AHA). Las actividades mencionadas no tienen costo para la población y se enmarca dentro de los proyectos de extensión no remunerados de la Universidad.

Conclusiones y Resultados

Se ha desarrollado en total 29 intervenciones, en las cuales han participado 570 personas; quienes lograron reconocer los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos, además, de desarrollar las habilidades para actuar como primeros respondientes al presenciar eventos cardiovasculares que puedan llegar a comprometer fatalmente la vida.

La situación de enfermería expuesta refleja los cuatro conceptos metaparadigmáticos de la enfermería: persona, salud, cuidado y entorno, la persona es vista como un ser integral, que puede tener o no su salud afectada y, así

mismo, le genera preocupación y una alteración de su entorno familiar y laboral. La enfermera, se visiona de igual manera como un ser integral, que vislumbra interés por los individuos, comunidades y la situación de salud.

La enfermería es vista como una profesión con la competencia necesaria que permite identificar una situación de salud específica, actuar y proveer apoyo en forma integral, desde la perspectiva de la gestión del cuidado, demostrando ejercer liderazgo y tener habilidad en la comunicación y en la toma de decisiones.

La salud se ve como una condición que puede verse afectada y que tiene impacto en el bienestar del individuo y su comunidad. El contexto revela múltiples formas en la situación, un entorno familiar, laboral, y económico, que mediante la movilización del recurso humano, se puede conducir a un resultado, altamente satisfactorio para la prevención y promoción de la enfermedad cardiovascular, y acercarnos cada día más a un sistema de salud nacional, que provea de recursos económicos del Estado, para estas actividades.

El cuidar implica lograr desarrollar la ciencia de la enfermería, es decir, la sistematización y organización del conocimiento basada en los hechos o limitado a ellos y no en lo teórico o imaginario, para ello, es necesario la utilización de los aspectos epistemológicos de la disciplina, que orientan hacia la comprensión de los fenómenos y situaciones experimentadas por la enfermería, para dar respuesta efectivas de trascendencia y garantizar continuidad en el cuidado.

Es necesario fomentar un desarrollo de la profesión que permita reconocer la existencia e importancia de otras dimensiones, tales como: el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas de las comunidades, a su vez, es preciso identificar que las vivencias cotidianas permiten realizar cuidados a las personas, proporcionando estrategias de aprendizaje innovadoras y así asignar importancia y significado al quehacer, que marca el destino para su futura práctica profesional. Cabe anotar que, en infinitas ocasiones aspectos relacionados con la carga laboral y la preocupación por el desarrollo de procedimientos técnicos desplazan el reconocimiento del lugar que debe ocupar este tipo de experiencias, que tienen como principio fundamental la entrega y servicio sin remuneración económica.

Para ejercer con propiedad el rol, la enfermera debe reconocer su ubicación filosófica dentro del contexto del cuidado, y enmarcar el componente metaparadigmático de la disciplina, con el objetivo de identificar necesidades sentidas de los sujetos de cuidado para dar paso a la utilización de la herramienta más importante de la enfermería, como lo es, el Proceso de Atención Enfermero.

La situación de enfermería facilita la revisión de una experiencia empírica del cuidado o como lo definía Florence Nightingale: “toda mujer en algún momento de su vida ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona” (Gómez y Rodríguez, 2013, p. 545). Esta afirmación ilustra las características de un cuidado humanizado, en el cual la enfermera prioriza las necesidades encontradas y descritas estadísticamente a nivel comunitario, por encima de las necesidades individuales; se caracteriza por ser comprometida, solidaria y proactiva, es decir, tiene la capacidad de anticiparse, considerando este aspecto como objetivo máximo de la disciplina y ciencia enfermería.

Resulta de vital importancia la realización de estrategias que involucren a la familia en el cuidado de la salud cardiovascular, tendientes a impactar sobre estos riesgos particulares, además de, fortalecer la respuesta oportuna ante la aparición de eventos potencialmente fatales,

Referencias

American Heart Association. (2009). Paro cardiaco. Recuperado de http://my.americanheart.org/professional/ScienceNews/Noticias-Cient%C3%ADficas-invierno-de-2015_UCM_473543_SubHomePage.jsp

American Heart Association. (2013). RCP usando solo las manos. Recuperado de https://cpr.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_456850.pdf

Ballesteros, S., Abecia, L. y Echevarría, E. (2013). Factores asociados a la mortalidad extra hospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital básico en el País Vasco. *Revista Española de Cardiología*, 66(4), 269-274.

Cogollo, D., Toro, J., Patiño, C.; Londoño, V. y Fernández, J. (2010). *Revisión de casos internacionales, nacionales y locales de atención prehospitalaria de paro cardiorrespiratorio con y sin desfibrilador externo automático – DEA* (informe de investigación). Universidad CES, Medellín, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/2783/1/INVESTIGACION.pdf> Centro de investigación social avanzada. (2016). La importancia de la protección de la familia y su relación con la protección a la persona. Recuperado el 10 de abril de 2018, de <http://cisav.mx/la-importancia-de-la-proteccion-de-la-familia-y-su-relacion-con-la-proteccion-a-la-persona/>

Durán, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán*, 5(1), 86-95.

Gómez, M. y Rodríguez, B. (2013). Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Revista cuidarte*, 4(1), 544-549.

Gonzales, J., Gil, J., Hernández, D., Henao, L. (2016). Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento del Quindío. *Duazary*, 13(1), 7-14.

Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. (1998). *Dimensiones del Cuidado*. Bogotá: Unibiblos.

Núñez, M., Fajardo, E. y Quimbayo, J. (2011). Una mirada desde los patrones de conocimiento y el proceso de atención. *Revista Actualizaciones en enfermería*, 14(4), 14- 23.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Secretaria de Salud Departamental del Quindío. (2016). Análisis de situación de salud en el modelo de determinantes sociales en salud departamento del Quindío – 2016. Recuperado de http://www.quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/ASIS_QUINDIO_2016_2.pdf

Vásquez, M., González, T., Ramos, E. y Vargas, G. (2006). Una situación de enfermería: La empinada cumbre del crecimiento personal y profesional. *Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, Duazary*, 3(1), 55-59. Recuperado el 10 de abril de 2018, de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/607>

Construir territorios: Entramados comunitarios, soberanía y salud mental de mujeres campesinas en tres regiones de Colombia 2016-2018

Beatriz Elena Arias López¹
Laura Antonia Coral Velásquez²
Mateo Valderrama Arboleda³
Elsa Pilar Parra Mojica⁴

Resumen

La investigación tuvo como propósito, abordar la convergencia entre salud mental y soberanía campesina, desde la mirada de un grupo intercultural de mujeres de organizaciones campesinas en Antioquia, Nariño y Chocó. Para ello, exploramos las relaciones de género y la construcción de vínculos en contextos caracterizados por conflicto armado prolongado y procesos históricos de despojo y marginalidad, donde se identificó los efectos diferenciales del sistema sexo-género sobre las dinámicas organizativas, bajo el supuesto de que en ellas se produce tanto la salud como el sufrimiento mental de origen social. Se desarrolló una triangulación entre los métodos biográfico-narrativo, etnográfico y la investigación basada en el arte, que permitió identificar la versión femenina de los territorios habitados; los escenarios y redes de socialización y las continuidades y rupturas de lógicas patriarcales en lo privado y lo público. Concluimos que, la construcción de entramados comunitarios por parte de las mujeres, en tanto conjunto de prácticas de solidaridad y reciprocidad, les permite vivir y hacerles frente a dichas lógicas, constituyéndose en fuentes salutogénicas, por su incidencia en el fortalecimiento de los vínculos y los lazos sociales. Para la enfermería, estos hallazgos se constituyen en rutas para la reinención del cuidado, teniendo como punto de partida la vida cotidiana de ellas y sus comunidades.

Palabras clave: investigación cualitativa, mujeres, salud mental.

¹ Doctora en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Docente titular, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: Beatriz.arias@udea.edu.co

² Candidata a Magister en Prácticas Narrativas, Universidad CESDER, México. Coordinadora Proyecto El Machete, Gutavita, Colombia. Correo electrónico: antoniaeslaura@gmail.com

³ Candidato a Magister en Estudios Socioespaciales, Universidad de Antioquia. Antropólogo, Universidad de Antioquia. Coordinador Semillero de Investigación Cultura, Violencia, Territorio, INER, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: Mateo.valderrama@udea.edu.co

⁴ Correo electrónico: pipa64@gmail.com

Ponencia oral

Constructing territories: community frameworks, sovereignty and mental health with peasant women from three regions of Colombia 2016-2018

Abstract

The purpose of the research was to address the convergence between mental health and peasant sovereignty, from the perspective of an intercultural group of women from peasant organizations in the departments of Antioquia, Nariño and Chocó, in Colombia. For this, gender relations and the construction of links in contexts characterized by prolonged armed conflict and historical processes of dispossession and marginality were explored, identifying the differential effects of the sex-gender system on organizational dynamics, under the assumption that in them both health and mental suffering of social origin occur. A triangulation was developed between biographical-narrative, ethnographic methods and art-based research, which allowed identifying the female version of the inhabited territories, the socialization scenarios and networks and the continuities and ruptures of patriarchal logics in the private and public. We conclude that the construction of community frameworks by women, as a set of practices of solidarity and reciprocity, allows them to live and cope with these logics, becoming sources of salutogenesis, because of their impact on the strengthening of links and social ties. For nursing, these findings are routes for the reinvention of care, taking as a starting point the daily life of them and their communities.

Key words: qualitative research, women, mental health.

Introducción

La investigación que se presenta a continuación se sitúa en una perspectiva crítica, bajo algunas premisas de la investigación feminista, al dar relevancia a las experiencias de las mujeres como fuentes para las preguntas, así como las estrategias para cambiar su condición de dominación y las redes y fuerzas sociales que pueden reforzarlas o hacerles resistencia, manteniendo el lugar de las investigadoras, en un plano igualmente crítico (Urrea y Jana, 2010). Consideramos que para la enfermería este tipo de estudios aportan, desde los presupuestos de la teoría crítica, no solo a un mejor entendimiento mediante relaciones intersubjetivas de conocimiento, sino, además, a ampliar la mirada sobre los contextos de dominación e inequidad, lugar de vida de muchas de las personas, familias y comunidades a quienes se acompaña desde el cuidado; concretando el giro que viene experimentando la disciplina, de una visión centrada en aspectos biomédicos hacia una mirada más abarcadora sobre el mundo social, político y cultural.

El propósito que animó este trabajo fue abordar la convergencia entre salud mental y soberanía campesina, desde la mirada de un grupo de mujeres – campesinas, negras e indígenas, residentes en tres regiones de Colombia: Antioquia, en la zona⁵ de Bosques y Páramo del oriente antioqueño; Chocó, en el norte del litoral Pacífico; y Nariño,

⁵ Desde la división político-administrativa, la espacialidad que en la historia de Antioquia ha sido socialmente reconocida como Oriente antioqueño ha sido clasificada como subregión y dividida en diferentes zonas, tales como: Altiplano, Embalses, Bosques, Páramo y Porce-Nus.

en la zona centro y norte del departamento (ver Figura 1). El punto común entre todas ellas es su pertenencia a organizaciones y procesos de movilización étnica y campesina, con reconocimiento local y regional. Se focalizaron las relaciones de género y la construcción de vínculos que dinamizan la vida cotidiana de las mujeres, teniendo como supuesto que lo campesino se construye, en principio, por su relación con las actividades agrarias, la apropiación de los territorios rurales y unas construcciones identitarias alrededor de los movimientos y las luchas campesinas.

Las indagaciones de esta investigación se construyeron sobre la base de una ruta previa, relacionada con la manera cómo el conflicto armado prolongado y los procesos históricos de despojo y marginalidad han marcado la vida cotidiana de comunidades colombianas, ubicadas en zonas periféricas rurales del país; con énfasis en el efecto de estas situaciones, en el mediano y largo plazo sobre su salud mental (Arias, 2015). Los hallazgos llevaron a la problematización por el sentido del sufrimiento sobre la vida campesina, en cuanto a: las formas de convivencia, la relación con el territorio, la soberanía alimentaria y el papel de las mujeres en su fortalecimiento (Arias, 2016).

Por lo anterior, se decidió ahondar, desde la perspectiva femenina, sobre el sentido de la soberanía campesina integral, más allá de la producción, el consumo, la comercialización y la protección de alimentos, para acercarnos al ámbito de las relaciones sociales que mediatizan dichas prácticas, en términos de la potenciación de formas de autonomía en definiciones prácticas de la vida cotidiana, tales como: la toma de decisiones, los acuerdos intersubjetivos, los procesos de negociación y los consensos sociales. Esta inquietud se afincó en diversos estudios que muestran los efectos diferenciales del sistema sexo-género sobre situaciones, como el conflicto armado, la guerra (Meertens y Stoller, 2001; Menjivar, 2008; Memoria Histórica, 2011) y la vida rural (Kabeer, 1994; Farah, 2008; Zuluaga y Arango, 2013) en las que se produce la salud y la enfermedad.

El foco investigativo se situó en el campo de la salud mental, desde una perspectiva no centrada en la enfermedad, sino en la vida social, con sus matrices de desigualdad e inequidad histórica, donde se asumió una perspectiva transdisciplinar, que permitió reconocer cómo los territorios y los procesos socioespaciales en diferentes escalas inciden en la construcción social de las mujeres y cómo ellas son a la vez constructoras de los mismos, a partir de sus vínculos y relaciones cotidianas, así: cómo construyen soberanía; cómo participan y se organizan y cómo dichos procesos aportan a la producción de su salud mental.

Algunos autores sugieren que es importante repercutir en la capacidad de agencia de las mujeres, identificar los procesos y motivaciones alrededor de los cuales se organizan, consolidan alianzas, asumen responsabilidades, identifican tensiones y manejan el poder (Lamus, 2009). Desde esta línea, se acogió la noción de **entramados comunitarios** (Gutierrez, 2012), categoría potente para orientar y problematizar esta propuesta de investigación, por la posibilidad de construir un ‘nosotras’ en medio del conflicto y la contradicción, asunto sin duda central para la salud mental colectiva, cuya foco es la construcción de los vínculos y los lazos sociales, constituyéndose en un campo político o más concretamente micro político, interesado por el mundo de las relaciones entre los sujetos.

En cuanto a la relación con el territorio, es preciso complementar el entendimiento de los entramados comunitarios, tomando en cuenta los vínculos que se generan, no sólo entre sujetos y comunidades, sino también

entre diferentes cuerpos, materialidades y espacialidades. Para hacer referencia a los diferentes vínculos que hacen posible la existencia de la tierra, físicos, geógrafos y antropólogos han empezado a usar la noción de la trama de la vida, propuesta por Fritjof Capra (1998) y recuperada por autores como Harvey (2007). Esta noción supera dicotomías modernas basadas en las separaciones entre idea y materia, tiempo y espacio, cultura y naturaleza, cuerpo y mente, entre otras, y propone el estudio de la realidad como una dinámica red de mediaciones y referencias móviles; como tramas en las que todo es a la vez natural, social y narrado (Cardona, 2015). Este aporte teórico le dará mayor sensibilidad espacial y ecológica a la construcción de vínculos con la que se asocia la salud mental.

Desarrollo

Contextualización de voces e intenciones

Como se señaló, el proyecto se desarrolló en tres regiones de Colombia, a saber: Antioquia, Chocó y Nariño. Un primer hallazgo consistió en reconocer las particularidades de estos territorios, en su carácter histórico, con sus diferencias, pero a la vez con sus similitudes. Ante todo, reconociendo la pluralidad de realidades, necesidades y problemáticas que en ellas confluyen, dando cuenta de la complejidad del contexto rural como escenario potencial para el despliegue del cuidado de la vida.

Antioquia, es un departamento ubicado en las cordilleras Central y Occidental, entre los valles de los ríos Magdalena, Cauca, Atrato y el mar Caribe, dividido a su interior en nueve subregiones, de las cuales el oriente antioqueño ha sido importante como centro de múltiples iniciativas de desarrollo regional, pero también como lugar de confluencia de diversos grupos armados, legales e ilegales, además de expresión de complejos efectos de la violencia estructural y el conflicto armado, tales como: desplazamiento, accidentes e incidentes con minas antipersona y otros hechos relacionados con violación a los derechos humanos. El ocaso del siglo XX y el inicio del XXI, sorprendió un Oriente Antioqueño plenamente militarizado con: 4 frentes guerrilleros, 2 del Ejército de Liberación Nacional ELN y 2 de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC, 2 bloques paramilitares, 7 batallones del Ejército nacional, 26 comandos de policía y 1 comando de la fuerza aérea, que se disputaban el control sobre los 23 municipios, lo cual incrementaba el número e intensidad de las acciones bélicas y presionaba por el reclutamiento y la vinculación de la población en actividades de apoyo a sus intereses (Palacios y Urán, 2005). A las características geoestratégicas de Antioquia y de la subregión del oriente y la histórica vivencia del conflicto armado, se contraponen, igualmente, una significativa historia de movilización social, liderada en muchos casos por mujeres jóvenes, provenientes de familias campesinas tradicionales, que además de ser conscientes de su rol doméstico, empiezan a ocupar espacios en la organización vecinal y comunal, para tomar la palabra, convocar y liderar a la comunidad como resistencia a la guerra. En los territorios que habitan estas mujeres se asiste hoy a un importante debate en relación con proyectos mineros y de instalación de pequeñas microcentrales hidroeléctricas, que imponen nuevos desafíos para la permanencia y defensa del territorio, lucha emprendida por diversos procesos organizativos y de movilización social que las integra y convoca.

En el Chocó, encontramos mujeres habitantes del litoral pacífico norte, territorio heredero de las dinámicas que datan desde la época de la Colonia, relacionados con la exploración y explotación de las riquezas auríferas

de la vertiente occidental de la cordillera Occidental por parte de los europeos, ocupación territorial y empleo de mano de obra indígena y de africanos esclavizados en América y los subsiguientes procesos de agresiva explotación minera por parte de empresas extranjeras, sus estragos sobre la devastación de bosques, contaminación de ríos con mercurio y cianuro y afectaciones sobre la pesca (Molano, 2017). Desde los años ochenta llegaron grupos guerrilleros y paramilitares a la región, cobrando impuestos y participando en el cultivo y la comercialización de la coca; en tanto, en los noventa confluyeron fenómenos contradictorios: por un lado, la Constitución Política de 1991 y la Ley 70 de 1993 que reconocía la diversidad de formas de vida en Colombia y los derechos territoriales de pueblos indígenas y comunidades negras; mientras por otro lado, se generó una apertura económica que presionó la construcción de megaproyectos, la circulación de mercancías y el saqueo de los bienes comunes, pillaje amparado por las fuerzas armadas y los grupos paramilitares, en una negación de hecho a los derechos que la ley acababa de reconocer (Molano, 2017). Las mujeres de esta investigación hacen parte de diferentes organizaciones comunitarias, unas dedicadas al trabajo agrícola, consolidadas a través de trabajo colaborativo, con una clara división de tareas, donde las mujeres se organizan por parejas para cultivar, manejar las cosechas y procesarlas. Igualmente hacen parte de proyectos asociativos para el manejo de recursos financieros y ofertas crediticias mediante el esquema de los llamados Bancos Comunitarios, además de otras experiencias compartidas de producción de bienes y servicios, en las cuales las mujeres se articulan de forma activa, bajo la figura de cooperativas de trabajo asociado autosostenibles o de iniciativas artísticas y culturales, como los grupos de alabaos, con circunscripción local.

Finalmente, Nariño, ubicado al suroccidente colombiano, es también una pluralidad de geografías y mundos culturales, costanera del Pacífico sur, montañas andinas y selva amazónica; entre pueblos indígenas y comunidades afrocolombianas y campesinas, y una gran riqueza cultural y territorial. Sin embargo, una presencia diferenciada del Estado, basada en su componente militar y descuidando, quizás estratégicamente, la garantía de los derechos fundamentales de la población en muchas regiones periféricas del territorio nacional, ha favorecido el crecimiento de economías de ilegalidad que se tornan como alternativa para la población rural que vive en condiciones, especialmente, precarias, modificando la cultura, las maneras de organización y quebrando las formas de asociación para la subsistencia. Su condición de zona fronteriza lo convierte en un territorio estratégico para múltiples intereses económicos legales e ilegales, cuya situación conflictiva se ha agudizado para las comunidades, a pesar de las negociaciones del Estado con las FARC-EP. En medio de estas adversidades, en noviembre del 2016, las comunidades campesinas organizadas en el norte de Nariño y sur del Cauca, proclamaron el suyo como Territorio Campesino Agroalimentario, estableciendo una minga permanente para la construcción de una vida campesina donde la agricultura será el medio que garantice su soberanía, integraron, además, su intención de recuperar formas de vida colectiva y luchar contra toda forma de discriminación, incluida aquella dirigida hacia las mujeres. Esta proclama implicó reconocerse como sujetos de derechos territoriales, al igual que los grupos indígenas y afrocolombianos, para defender la economía campesina amenazada por la economía de extracción de los grandes capitales y las lógicas de acumulación. El Territorio Agroalimentario es una apuesta por una política administrativa del territorio por el bien común, que constituye un ejemplo de construcción de paz desde los territorios y las iniciativas locales, actualiza una trayectoria histórica de resistencia que desde épocas de la colonia instalaba una

visión colectiva sobre el territorio, como forma de resistencia al despojo (Secretaría de Tierras CNA, 2015). En estos territorios, el movimiento campesino busca desarrollar una forma particular de relación con la naturaleza, una forma de producción, de organización política y de cultura. La forma como se gobierna en su interior se realiza con base en un Plan de Vida, una Junta de Gobierno Campesina con representación de mujeres y jóvenes y una forma de Protección o Guardia Campesina del territorio.

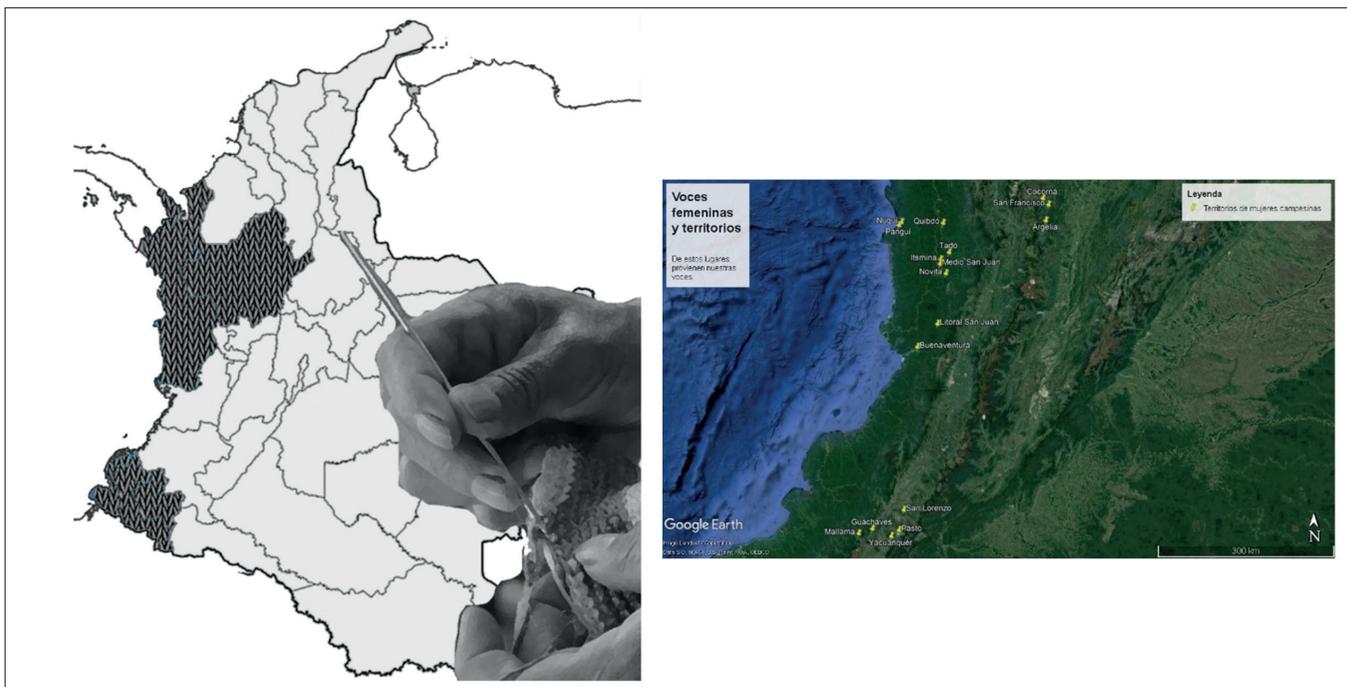


Figura 1. Proveniencia de las voces que entretejen entramados comunitarios. Construcción propia.

Escenarios, redes y socialización cotidiana

Las dinámicas y prácticas sociales donde se produce la socialización y la construcción de las mujeres en su cotidianidad podrían agruparse en relación con las formas asociativas de trabajo, las formas políticas de participación, el contexto organizativo y el contexto patriarcal.

Las formas asociativas de trabajo corresponden a prácticas como el convite, la minga, la mano cambiada, el trueque, el ahorro solidario, los grupos asociativos para la preparación y venta de alimentos y los proyectos productivos colectivos, tales como: huertas e invernaderos. Estas prácticas son la actualización de legados ancestrales y saberes populares, que se mantienen como formas de resistencia, que hacen parte de la memoria colectiva asociada a una tradición indígena de trabajo comunitario o colectivo, dirigido hacia la construcción o mantenimiento de obras de bien común, que no solo generan ganancias colectivas, sino que constituyen una fiesta

y una celebración (caso de la minga y el convite; o el intercambio de fuerza de trabajo o mano de obra que se puede medir en horas o días), caso del trabajo *cambio* o mano cambiada. Todas estas prácticas son puestas en escena por las mujeres participantes en diversos momentos y ante distintas situaciones, manteniéndolas como alternativas efectivas de intercambio y reciprocidad entre pares, que también constituyen respuestas ante diversas situaciones de adversidad, sobre todo para lograr subsistir en medio de la precariedad, la marginación y el abandono estatal:

“la compañera va a sembrar, voy y le ayudo; la compañera va a limpiar, voy y le ayudo a limpiar también...ella me ayuda después” (comunicación personal, P5ChNP).

“Lo íbamos a rozar en mingas, lo que ella hacía sola en dos semanas, lo hacíamos todo en un día, porque íbamos todas, por lo general veinte. Cuando una no podía llegar, mandaba su reemplazo” (comunicación personal, P11ChNP2).

La figura de Banco Comunitario o Ahorro solidario aparece como una de las estrategias que genera efectos solidarios, no solo entre el grupo de mujeres que desarrollan la iniciativa, sino además en sus familias y grupos cercanos; por lo cual se constituye en una alternativa muy valorada, que permite acceder a un capital y, además, participar en la gestión del proceso, mediante la concertación de normas y reglamentos de funcionamiento construidos colaborativamente.

Son múltiples y variados los espacios de participación referidos por las participantes: grupos juveniles, grupos culturales y religiosos, grupos de apoyo a eventos sociales y festividades rurales, grupos de tejido, asambleas comunitarias, Consejos Comunitarios, Juntas de Acción Comunal, madres comunitarias, grupos institucionalizados, entre otros. En algunos casos estos espacios de participación han sobrepasado las fronteras locales, incluyendo algunos de índole regional, nacional e incluso internacional. Es común encontrar en sus trayectorias vitales referentes femeninos, que han servido de impulso y ejemplo, donde se resalta la importancia de las redes femeninas como soporte fundamental. Hacen parte de ésta, mujeres de sus círculos familiares o mujeres que han encontrado en los distintos procesos sociales y que con su liderazgo han motivado a otras: “yo la miraba que ella iba gritando adelante y reclamando por los derechos de todas las mujeres” (comunicación personal, P8NSL).

Estas dinámicas expresan una historia de liderazgo femenino, siendo así las mujeres las promotoras de espacios organizativos como los Consejos comunitarios, en el caso del Chocó o mostrando la mayoritaria participación femenina en las organizaciones comunitarias de base, en Antioquia y Nariño. Sin embargo, como lo afirmaba una mujer de Antioquia “siendo las mujeres en su mayoría las participantes, el presidente de las organizaciones siempre termina siendo un hombre” (Comunicación personal); la anterior afirmación remite a una serie de contradicciones que las mujeres encuentran en las organizaciones campesinas en las que participan:

“Los hombres dentro de las organizaciones sociales hablan de que las mujeres tenemos derechos pero a veces esto no pasa a la vida práctica” (comunicación personal); “puede ser que usted sea líder, pero detrás de usted hay un hombre que le dice que hacer” (comunicación personal); “hay compañeros que son tan conservadores que no dejan avanzar el proceso de mujeres y aparte de tener su esposa, tienen amante y mantienen una relación de poder

y sometimiento de ambas” (comunicación personal); “el trabajo de las mujeres dentro de la organización social como tal, sigue siendo invisibilizado a pesar de la gran participación de las mujeres dentro de los movimientos” (comunicación personal).

A pesar de las diferencias regionales, el contexto patriarcal se muestra como parte de un orden político común, más que un constructo cultural. Las mujeres de las tres regiones coinciden en sus apreciaciones en relación con la circulación intergeneracional e intergenérica de dicho orden, que se sostiene mediante prácticas cotidianas, así: “la mujer para ir a una capacitación tiene que hacer el desayuno, el almuerzo y hasta la comida, dejar alistando los cuyes y para los conejos, darle de comer a las gallinas y luego irse a la capacitación” (comunicación personal, P5NP).

Las mujeres en el campo salen a trabajar, hacen lo mismo que hacen los hombres, solo que ellas duplican la actividad, se levantan antes que el marido se levante a preparar los alimentos, a dar de comer a los animales, se va a trabajar con el marido y los fines de semana a trabajar la huerta. Esa es una labor que se le ha dejado a las mujeres, pero no se les reconoce los aportes económicos que le hacen al hogar. (Comunicación personal, P11NY).

“En las capacitaciones las mujeres casi no salen, mas salen los hombres pues yo creo que los hombres dicen que la mujer es de la casa y que los hombres de la calle” (comunicación personal, P3ChNP).

Agencias, recursos y logros

De las formas de relacionamiento y socialización cotidianas descritas anteriormente emergen una serie de procesos de agenciamiento, que no son otra cosa que acciones que dan cuenta de la capacidad de estas mujeres para generar espacios críticos, no hegemónicos de enunciación y afirmación propia, en y desde lo colectivo, para contrarrestar las lógicas de dominación que se les imponen. Si la historia de las mujeres es la historia del acceso a la palabra (Duby y Perrot, 1993, p.10), simbólicamente, las participantes mencionan el tránsito de *callar a hablar, de llorar a sonreír o cambiar la falda por el pantalón*, como las movilizaciones más visibles para ellas en su trayectoria de participación en las organizaciones locales.

La toma de decisiones y el fortalecimiento de su capacidad de agencia está atravesado por procesos que se experimentan en su participación organizativa y comunitaria; entre ellos se encuentra el reconocimiento a los procesos de capacitación formal, pero también, aquellos conocimientos que van construyendo en su relación con el territorio habitado, producto de la experimentación directa. Los conocimientos formalizados y aquellos derivados de su propia práctica, los consideran oportunidades para ampliar y acceder a nuevos espacios de relación, son *posesiones* que les permiten afianzar su lugar social y su apego territorial, asimismo, les dan legitimidad ante otros y otras: “el hecho de acceder a una formación académica hace que los hombres le reconozcan algo a uno que no le reconocían por el hecho de ser mujer; (...) me aceptan el espacio de hablar y debatir” (comunicación personal, P11NY).

Otro elemento favorecedor es el que guarda relación con algún grado de autonomía económica, producto de las actividades de trabajo o de poseer tierra para cultivar y acceder a sus propias herramientas o medios de trabajo.

Tener un cañal, tener el machete y manejarlo, tener su propio cultivo, tener su huerta: “porque uno lo que hace es para uno, porque uno lo que hace es de uno, entonces eso le ayuda mucho para su sustento y la vida como que afloja un poquito” (comunicación personal, P5ChNP).

Sin embargo, vale decir que además de los accesos individuales, las mujeres hacen referencia también a las capacidades que se potencian cuando participan del trabajo con otras mujeres, donde cobra sentido lo colectivo y lo común como elemento para construir entramados con otras: “Yo como de lo que otro sembró y que yo no participé en esa siembra, y yo siembro para que otro pueda comer (...) siempre hay que sembrar, hay que limpiar ese camino aunque no sea mío” (comunicación personal, P11ChNP2).

En estos procesos se producen modificaciones en la vida de las mujeres relacionadas con cambios en su vida familiar y afectiva, que pasan por interrogar las relaciones cotidianas con sus compañeros afectivos y otros miembros de sus familias; hacer rompimientos en lo habitual; transgredir ciertos ordenes familiares y sociales; confrontar sus miedos; gestionar acuerdos y cuando ello no es posible, generar rupturas afectivas definitivas.

Las decisiones que las mujeres van tomando tienen diferentes alcances, a nivel personal, familiar y comunitario. En el primer caso, resignifican el sufrimiento, dando un marco de comprensión política a sus trayectorias biográficas; la organización se torna en una red de apoyo para estas comprensiones; logran visualizar su propio plan de vida y gestionar acciones para su logro, donde se identifica prioridades y estrategias; su palabra se amplifica, no solo en los espacios domésticos, sino también en otros espacios públicos, siendo capaces de tomar decisiones:

Esta organización me ha ayudado a superar estos dolores, el dolor de la partida de los seres queridos, [...] la organización es una familia y me ha ayudado a fortalecer mi formación política, me ha ayudado a entender cosas que no entendía y sigo aprendiendo más. (Comunicación personal, P1NMY).

En la vida familiar logran independencia económica, afectiva y emocional; empiezan a modificar prácticas patriarcales en la crianza de sus hijos y transforman las relaciones cotidianas: interpelan a sus compañeros en la construcción de nuevas formas de lo masculino, los invitan a participar de actividades y espacios que han sido mayoritariamente femeninos; analizan sus relaciones de pareja y toman acciones para mejorarlas en función de mayor equidad y respeto; han roto prácticas de sumisión habituales, tales como: pedir permiso, asumir todas las tareas o callar; han empezado a intercambiar roles tradicionales rompiendo el esquema de lo público/privado en relación con lo masculino/femenino; participan de las decisiones familiares y su punto de vista empieza a ser valorado en sus círculos sociales; han aprendido a escuchar y debatir ideas.

En lo comunitario se comprometen solidariamente; diversifican sus actividades, paradójicamente asumiendo jornadas de trabajo adicional; salen de sus espacios cotidianos, conocen otras experiencias, lugares y personas; participan de grupos mixtos y alcanzan niveles de análisis de contexto que les permiten avizorar las nuevas amenazas sobre sus territorios, incluido su propio cuerpo.

Paradojas

A la par de los cambios que las mujeres experimentan y expresan, señalan, así mismo, una serie de limitaciones relacionadas con la pasividad, la apatía, el silencio y la sumisión, prácticas que circulan y se reproducen, como formas de hetero, co y autocensura. Es corriente que estas mujeres se nieguen a delegar el cuidado de sus hijos o su casa a otros, alimentado por el imaginario que considera el cuidado como una exclusividad de las mujeres. La participación masculina en estas actividades, en el mejor de los casos, se considera ‘colaboración’ y la sumisión es altamente valorada como una cualidad femenina; con lo cual la toma de decisiones en los espacios domésticos y públicos sigue siendo de preponderancia masculina; aunado a un contexto político clientelista y corrupto, donde el trabajo comunitario se ve absorbido por estas lógicas.

En el caso de Antioquia puede verse con fuerza la figura de la mujer campesina vinculada a las labores de cuidado, que muchas veces no se reconocen como trabajo por parte de sus compañeros varones. A su vez, ellas tienen un preponderante protagonismo en las labores cotidianas que mantienen vivo al movimiento campesino, más no en los escenarios de representación política institucional. Es necesario una mayor politización de los trabajos de cuidado, ya que son estos los que mantienen la trama de la vida cotidiana de las veredas, que constituyen el centro de los territorios campesinos colombianos y por ende una base fundamental para su defensa. Esta politización va vinculada a la construcción de soberanía campesina, desde los cuerpos de las mujeres hasta los territorios de las diferentes regiones donde trabajamos y puede pensarse también para el contexto nacional.

Las mujeres participantes expresan miedo a la censura y el rechazo, lo que limita su posibilidad de participación y expresión y solo en forma incipiente empieza a hacerse público el reconocimiento de sus derechos, ya que, si bien pueden identificarse los derechos humanos generales, aún es precario el reconocimiento de derechos diferenciales y más problemático aún, cuando vida femenina y vida campesina se asocian con atraso: “para ellos (sus vecinos y familiares) era humillante volver al campo” (comunicación personal, P11NY).

Conclusiones

Esta investigación permitió acercarse a una pluralidad de voces femeninas campesinas, para reconocer la manera cómo construyen sus territorios y su soberanía, a partir de lo expresado en sus agenciamientos, su toma de decisiones, sus logros, alcances y limitaciones. A partir del supuesto de que siendo todas ellas participantes de procesos organizativos que interrogan el orden de acumulación capitalista, sería esperable que se pudieran desplegar transformaciones en la contracara de la moneda, es decir, el orden patriarcal en las relaciones cotidianas.

El encuentro con las mujeres mostró una mayor relevancia en las transformaciones de la esfera personal y familiar, en contraposición con las transformaciones en la esfera pública y organizativa, con expresiones muy heterogéneas y disímiles entre grupos y regiones. Particularmente, puede resaltarse el mayor protagonismo de las mujeres de Chocó y Nariño en lo público, en contraposición a una menor visibilidad en Antioquia. De manera especulativa, puede intuirse que su correlato en la salud mental podría fluctuar en términos de mayor sobrecarga emocional y

soledad afectiva en las primeras y mayor sumisión en las últimas, con la consecuente carga de autocensura y miedo. Sin embargo, todas las mujeres, aunque en forma diferencial, experimentan y expresan resistencias diversas que se dirigen a generar rupturas y desbalances en los órdenes políticos establecidos en sus territorios vitales y de esta manera modificar el estatus de salud mental antes mencionado.

Se coincide con Segato (2016) en que las mujeres son portadoras de arraigo, de vida colectiva y de establecimiento de redes comunitarias, que el orden político patriarcal ha querido ‘ocupar’. Esta ocupación pasa por todos los territorios vitales construidos y habitados, incluidos el cuerpo y otros espacios vitales y afectivos.

Frente a esta ocupación latente de espacios de soberanía femeninos, las mujeres participantes muestran las formas estratégicas, mediante las cuales resisten dicha ocupación: intercambios con otras y otros; proyectos asociativos solidarios; reconocimiento y apropiación de sus territorios. Dichas estrategias, entre otras, dibujan y dan forma a una serie de entramados comunitarios, en tanto conjunto de prácticas de solidaridad y reciprocidad, para vivir y hacerle frente a las relaciones capitalistas de explotación (Gutiérrez, 2012), que constituyen fuentes salutogénicas, en la medida en que suponemos que la salud, más concretamente, la salud mental se produce en el ámbito de los vínculos y los lazos sociales, como respuesta a los sufrimientos que la vida social va instalando en forma diferencial para grupos, colectivos y territorios. Sin embargo, podría señalarse que solo interpelan o inciden débilmente en el orden patriarcal, que también está a la base de dichas relaciones capitalistas.

Entramados comunitarios y agenciamientos permiten acercarnos desde una mirada crítica a la identificación de resistencias y reinenciones de la vida cotidiana (Arias, 2014), cuya base es la labor agrícola y su valoración, en el sentido de labor que reproduce la vida y que se instala en la producción de lo común. Esto común, se hace posible porque en la experiencia de estas mujeres, se sabe con quien se cuenta, se reconocen aliadas y se construye un *nosotras* como respuesta concreta a los desafíos de la realidad espaciotemporal, tal como refiere Garcés (2013), es potente porque se da en una relación no de consumidoras o espectadoras, sino de interdependencia política para poder vivir juntas. La defensa de lo común permite reapropiar la palabra e incidir en las decisiones colectivas a través de dinámicas asociativas que, como las identificadas en esta investigación, buscan asegurar o permitir condiciones para la reproducción colectiva en medio de amenazas y fuertes adversidades (Gutiérrez, 2017).

Estas prácticas de lo común dan cuenta de la salud mental colectiva, en la medida que permiten conocer las subjetividades y su contexto de producción, pero, además, son prácticas que integran saberes gestados desde las propias mujeres, a partir de sus recursos, capacidades y dinámicas; entendiendo que en estas respuestas sociales se va gestando el sentido de lo colectivo, no como la sumatoria de individuos de lo poblacional, sino como producto de relacionamientos, intersubjetividades (Arias y Torres, 2017) y reconocimiento de singularidades negadas.

Para la Enfermería, los hallazgos de este estudio constituyen pistas potenciales para reinventar prácticas de cuidado de la salud mental colectiva, a partir de dispositivos propios y a la vez apropiados para y por las mismas mujeres, partiendo de las redes de soporte asociativo que hemos reseñado y las estrategias de producción de

lo común que vienen desplegando. De esta manera, se pone un lente crítico para el desarrollo del conocimiento de enfermería, que coherente con el patrón de conocimiento emancipatorio (Chinn y Kramer, 2011), no solo permite darse cuenta de las injusticias en el orden social, sino reflexionar críticamente por qué las injusticias no son reconocidas, mejorar las prácticas de cuidado, orientándolas al logro de procesos de transformación social, desde los territorios con los cuales las mujeres pertenecientes a organizaciones campesinas sienten y piensan sus experiencias cotidianas de vida.

Referencias

- Arias, B. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colectiva*, 10(2), 201 – 211.
- . (2015). Vida cotidiana y conflicto armado en Colombia: los aportes de la experiencia campesina para un cuidado creativo. *Aquichan*, 15(2), 239-252. doi: 10.5294/aqui.2015.15.2.8
- . (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista salud UIS*, 48(2), 232–239. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>
- Arias, B. y Torres, B. (2017). Veinte años construyendo la salud colectiva. La experiencia de la Maestría en salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. En C, Morales. (Ed.), *Cuadernos del Doctorado 18. Salud colectiva y salud pública ¿se está hablando de lo mismo?* (pp. 71-94). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Capra, Fritjof (1998). La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama.
- Cardona, J. (2015). *Historia natural de los objetos insignificantes* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia.
- Chinn, P., y Kramer, M. (2011). Emancipatory knowledge development. En *Integrated theory and knowledge development in nursing* (pp. 63–84). St Louis, MO: Mosby.
- Duby, G. y Perrot, M. (1993). *Femmes et histoire*. Paris: Plon.
- Farah, M. (2008) Cambios en las relaciones de género en los territorios rurales: aportes teóricos para su análisis y algunas hipótesis. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 5(61), 71–91.
- Garcés, M. (2013). *Un mundo común*. Barcelona: Balleterra.
- Gutiérrez, R. (2012). Pistas reflexivas para orientarnos en una turbulenta época de peligro. En: R. Gutiérrez (Ed.), *Palabras para tejernos, resistir y transformar en la época que estamos viviendo* (pp. 31-55). Oaxaca: Pez en el árbol.
- Gutiérrez, R. (2017). *Horizontes comunitario-populares*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Harvey, D. (2007). Notas hacia una teoría del desarrollo geográfico desigual. Recuperado de http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/mcheca/teoria_geografica/LECTURA_26bis.pdf
- Kabeer, N. (1994). *Reversed Realities. Gender Hierarchies in Development Thought*. London: Verso.
- Lamus, D. (2009). Mujeres negras/afrocolombianas en los procesos organizativos en Colombia: Un aporte al estado del debate. *Reflexión Política*, 11(21), 108-125.
- Meertens, D. y Stoller, R. (2001). Facing Destruction, Rebuilding Life: Gender and the Internally Displaced in Colombia. *Latin American Perspectives*, 28(1), 132-148. doi: 10.1177/0094582X0102800108
- Memoria Histórica. (2011). *Mujeres y Guerra. Víctimas resistentes en el Caribe Colombiano*. Bogotá, Colombia: Taurus/Pensamiento.
- Menjivar, C. (2008). Violence and women’s lives in Eastern Guatemala: a conceptual Framework. *Revista de investigación Latinoamericana*, 43(3), 109-136.
- Molano, A. (2017). *De río en río. Vistazo a los territorios negros*. Bogotá: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Palacios, L. y Uran, F. (2005). *Laboratorios de Paz en el Oriente Antioqueño. Contexto: desplazamiento forzado en Colombia*. Medellín: Universidad Nacional
- Secretaría de Tierras CNA. (2015). *Territorios Agroalimentarios. Producción, naturaleza, cultura y política campesina*. Bogotá: Coordinador Nacional Agrario CNA. Recuperado de <https://cnagrario.files.wordpress.com/2015/10/libro-territorios-agroalimentarios-1.pdf>
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficante de sueños.
- Urra, E. y Jana, A. (2010). El uso de un paradigma emancipador para la teoría posestructuralista en la investigación de enfermería. Sus implicaciones y desafíos. *Ciencia y Enfermería*, 16 (3), 15-25. doi: 10.4067/S0717-95532010000300003
- Zuluaga, G. y Arango, C. (2013). Mujeres campesinas: resistencia, organización y agroecología en medio del conflicto armado. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 10(72), 159-180.

Pasado por el cuerpo y la aguja: Reflexiones metodológicas para la investigación intercultural del cuidado

Beatriz Elena Arias López¹
Laura Antonia Coral Velásquez²
Mateo Valderrama Arboleda³
Elsa Pilar Parra Mojica⁴

Resumen

Partiendo del supuesto que la afectación del conflicto armado ha sido diferencial e inequitativa en la geografía y en los sujetos en Colombia, nos acercamos a desarrollar una investigación interdisciplinaria con mujeres de territorios periféricos, históricamente despojadas y marginalizadas, explorando estrategias innovadoras para la investigación de la salud mental. En este artículo se describirá la metodología implementada, a fin de proponer una investigación encarnada, como propuesta para un cuidado situado culturalmente, a partir de la combinación de elementos de la etnografía, el método biográfico narrativo, la investigación basada en las artes y la incorporación de otros lenguajes narrativos. Al desarrollar esta metodología se pudo implementar estrategias renovadoras para la investigación cualitativa, apelando a la sensibilidad, así como a prácticas ligadas al oficio textil, corriente entre las mujeres participantes. Se concluyó que cartografiar, experimentar, sentir, coser el territorio, bordar el cuerpo territorio facilitó reconocer con las participantes las marcas del sufrimiento y la resistencia sobre la vida cotidiana y que incorporar objetos y saberes cotidianos permite, no solo contar las historias de vida, sino también compartir hallazgos y difundirlos desde otras formas narrativas, que amplifican e incluyen a múltiples audiencias, que democratice los procesos académicos y genere conocimiento para un cuidado competente culturalmente.

Palabras clave: salud mental, violencia, investigación cualitativa, mujeres.

¹ Doctora en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Docente titular, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: Beatriz.arias@udea.edu.co

² Candidata a Magister en Prácticas Narrativas, Universidad CESDER, México. Coordinadora Proyecto El Machete, Gutavita, Colombia. Correo electrónico: antoniaeslaura@gmail.com

³ Candidato a Magister en Estudios Socioespaciales, Universidad de Antioquia. Antropólogo, Universidad de Antioquia. Coordinador Semillero de Investigación Cultura, Violencia, Territorio, INER, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: Mateo.valderrama@udea.edu.co

⁴ Correo electrónico: pipa64@gmail.com

Ponencia oral

Through body and needle: methodological thoughts for intercultural care research

Abstract

Starting from the assumption that the affectation of the armed conflict has been differential and inequitable in the geography and subjects in Colombia, we approach to develop an interdisciplinary research with women of peripheral territories, historically deprived and marginalized, exploring innovative strategies for the investigation of the mental health. In this article, the implemented methodology will be described, in order to propose an incarnated investigation, as a proposal for a culturally situated care, from the combination of elements of ethnography, the narrative biographical method, the research based on the arts and the incorporation of other narrative languages. In developing this methodology, it was possible to implement renovating strategies for qualitative research, appealing to sensitivity, as well as to practices linked to the textile trade, current among women participants. It was concluded that mapping, experimenting, feeling, sewing the territory, embroidering the body-territory facilitated recognition with the participants, the marks of suffering and resistance over everyday life, and that incorporating everyday objects and knowledge allows, not only to tell the stories of life, but also share findings and disseminate them from other narrative forms that amplify and include multiple audiences, which democratize academic processes and generate knowledge, for culturally competent care.

Key words: mental health, violence, qualitative research, women.

Introducción

En el momento actual de posacuerdo entre el Estado colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC, existe un consenso social en términos de reconocer que la afectación del conflicto armado ha sido diferencial e inequitativo en la geografía colombiana, se centra, especialmente, en territorios periféricos y en comunidades históricamente despojadas y marginalizadas, donde confluyen elementos de clase, género y etnia en la distribución de las inequidades sociales.

A pesar de los innumerables acercamientos de la academia y de los investigadores colombianos y extranjeros, se mantiene la necesidad de comprender la manera cómo la resistencia y el sufrimiento se incorporan en la vida cotidiana, en el mundo de las relaciones sociales y de las producciones materiales y simbólicas, en escenarios locales donde se teje el día a día de los sujetos, sus subjetividades y sus referentes espacio temporales.

En este contexto de complejas vulneraciones, los investigadores nos vemos interpelados a recrear los formatos convencionales, mediante los cuales pretendemos conocer los problemas, los fenómenos y las subjetividades. Desde la antropología particularmente, se sugieren debates sobre las practicas investigativas desde la flexibilidad, las relaciones de reciprocidad con los sujetos de estudio y las alternativas al sociocentrismo y al etnocentrismo

(Piñero y Diz, 2018), reconocer que la investigación no solo es una experiencia cognitiva sino también corporal y sensitiva, tanto para los investigadores, como para los participantes.

Concretamente, en este artículo se muestra la metodología implementada para caracterizar los territorios vitales de mujeres pertenecientes a organizaciones comprometidas con la soberanía campesina en tres regiones de Colombia. Se privilegiaron para ello estrategias cartográficas que apelaron a la sensibilidad, no solo visual, sino también táctil, olfativa y gustativa, además de la incorporación de un oficio popular corriente entre las participantes, relacionado con la costura, el tejido y el bordado, a fin de estimular la co-construcción de conocimiento en torno al propio cuerpo y otros territorios habitados.

Contexto de la investigación

Históricamente, los territorios habitados por comunidades campesinas, afro e indígenas se han caracterizado por contar con procesos de colonización intensa, técnicas de trabajo manual y una presencia diferenciada del Estado (González, 2003; 2009), en la que ha preponderado la incorporación económica de estos espacios (Serje, 2013), mediante el extractivismo y la economía de enclave, la coerción armada - presencia de ejército y paramilitares- o ideológica – grupos religiosos, ONG, proyectos sociales - y la falta de cumplimiento de sus derechos fundamentales, como el acceso al trabajo, tierra, vivienda, equipamiento y conectividad, salud, educación, entre otros. En estos territorios, el conflicto armado trastocó las relaciones productivas y de subsistencia, con su correlato en los desplazamientos masivos de población y la modificación en los patrones de relación entre los sujetos y de estos con sus espacios vitales. Una primera expresión de ello ha sido el menoscabo de la soberanía alimentaria, en tanto se imponen las lógicas extractivistas de recursos naturales renovables, de los cuales países como Colombia han sido objeto desde la llamada época de la ‘conquista española’ y que hoy se actualizan alrededor de las exploraciones/ explotaciones mineras, petroleras, de recursos maderables y de las fuentes de agua, entre otros, por los grandes capitales financieros trasnacionales. Esta soberanía alimentaria, puesta en entredicho en muchas comunidades, amplía su espectro en términos de soberanía integral, cuando más allá del espacio físico, se extiende al terreno de las relaciones intersubjetivas y micro sociales, además de las mismas corporalidades.

En esta interseccionalidad se sitúa nuestra indagación, desde la mirada de mujeres campesinas, negras e indígenas pertenecientes a procesos organizativos y de movilización social, para preguntarnos por las relaciones de género que dinamizan algunos procesos de reproducción social y construcción de vínculos sociales territoriales, en un contexto de pauperización, conflicto armado y una historia de reforma agraria incipiente, compleja y contradictoria, que van construyendo una tendencia a asociar la idea de lo tradicional rural-campesino con atraso, precariedad, pobreza y violencia, que desconoce y niega la enorme riqueza social, política y cultural del mundo campesino y sus sujetos (Salgado, 2010) y que pareciera representar la vida campesina, como un asunto de espacios físicos sin sujetos.

Por ello, se releva el lugar de los mismos en la relación con los territorios y más concretamente el de las mujeres, a fin de entender cómo las diferencias de género operan como elementos ordenadores importantes de la experiencia

subjetiva de intercambio y construcción del territorio: el sistema sexo-género estructura las relaciones sociales tanto en la guerra, como en el trabajo rural y en tal sentido reclama la necesidad de visibilizar las consecuencias, pero también, la capacidad de las mujeres de agenciar e incidir en ellas (Zuluaga y Arango, 2013). De esto dan cuenta estudios sobre las transformaciones de los territorios rurales latinoamericanos, con sus aportes sobre de la feminización de la agricultura, las transformaciones en los patrones reproductivos y la creciente incorporación de las mujeres campesinas en los programas estatales (Kabeer, 1994; Farah, 2008; 2009); a la vez que, los estudios sobre economía del cuidado señalan que la mayoría de labores que realizan las mujeres no son remuneradas y no son elegidas de manera libre y voluntaria, sino que se producen en función de una marcada división de roles, lo cual afianza la inequidad de género en el mundo rural (Peña y Uribe, 2013).

Dispositivos metodológicos

Acompañando los modos más estandarizados de producción de datos en la investigación cualitativa, quisimos en esta experiencia recrear algunas prácticas, que ya se habían incorporado en investigaciones previas (Arias, 2014), pero que en este proyecto en particular tomaron un lugar central, en una intención explícita de reinención y recreación metodológica.

A los relatos de vida, propios del método biográfico, se adicionaron ejercicios de cartografía como una estrategia para caracterizar, analizar y representar de forma participativa el territorio; sin seguir una receta rígida, recreada a la luz de las condiciones concretas del territorio y las dinámicas mismas del encuentro con las mujeres participantes (Montoya, García y Ospina, 2014). Metodológicamente aludimos a distintos ejercicios evocadores, algunos de orden colectivo y otros de orden individual, a fin de reconocer los procesos de construcción de lo común en el territorio, tales como:

- Conversación alrededor de palabras generadoras, relacionadas con problemáticas o elementos de diverso orden, relevantes a la experiencia de vida de las participantes en el territorio, como: distribución de los recursos, soberanía campesina, mujer, sexo/género, toma de decisiones, acuerdos, negociación, consensos, vínculos sociales, trabajo, cuidado, familia, comunidad, organización política, redes de apoyo. Con base en este debate se trazaron recorridos territoriales de los lugares más significativos en la vida de las mujeres, para identificar lugares, objetos, personajes, recursos - apropiación, uso, distribución, significación - eventos, conflictos e historias, entre otros elementos significativos, en su cotidianidad y trayectoria de vida.

- A partir de los recorridos del territorio local, se generaron conversaciones alrededor del componente biofísico, donde se identificó ríos, playas, bosques, montañas y otros elementos naturales que configuran el mismo; la recuperación de historias del lugar, procesos de poblamiento y memorias de apropiación del territorio; conocimientos propios relacionados con el uso y la distribución de los recursos y su relación con la soberanía alimentaria; relaciones de género; identificación de amenazas - megaproyectos, conflicto armado, despojo, comercios ilegales - identificación de predios y linderos, estructura de la propiedad, tenencia de la tierra, entre otros.

- Mediante la estrategia denominada: *Paisaje sensitivo del territorio*, se invitó a las participantes a oler, ver, escuchar y degustar el territorio a través de elementos y objetos provenientes de su cotidianidad, conducente a la experimentación y posterior composición de un paisaje sensitivo, que a la manera de collage recogiera los elementos sensibles a la corporalización del territorio, expresado en olores, imágenes, sonidos, sabores y texturas.

- A través de la elaboración participativa de un mapa parlante, se representaron elementos seleccionados y priorizados a partir del debate, los recorridos y la experimentación sensible del territorio, privilegiando la oralidad como una cualidad inherente a las narrativas de estas mujeres.

- Siguiendo en la línea de privilegiar la oralidad se construyó, a partir de los relatos, las conversaciones y los recorridos, un cuento sobre las mujeres y su territorio habitado, que operó a manera de devolución de los análisis preliminares, pero además, como estrategia motivadora para la construcción de la colcha contadora de historias. Con esta estrategia se intentó poner a resonar las categorías de análisis y complementarlas, partiendo de relatos literales y formas de contar propias, que permitiera poner en escena la estrategia que nombramos como *Contarnos el cuento y resonar con las historias*.

- Estas experimentaciones sensibles a través de la palabra, los olores, sabores, imágenes y sonidos, se llevaron a materialidades tejidas. Dos dispositivos emergieron; por una lado *la colcha contadora de historias*, construída con las mujeres del Chocó, consistente en una manta bordada, que recogió la cartografía sensitiva, pero que además, se constituyó en espacio territorial simbólico, construido a partir de sus propias trayectorias y la manera como se sitúan. Allí, las mujeres instalaron su propia historia en conexión con otras voces y otros territorios corporalizados; allí expresaron sus historias preferidas como inicio de una historia que seguirá contándose con otras y otros, a fin de resaltar los vínculos comunitarios y vecinales. Tradujimos simbólicamente cada una de las categorías en un objeto o imagen; materializamos cada objeto para que tomará un lugar en la manta, haciendo uso de retazos de tela que las mismas mujeres proporcionaron; ellas se ubicaron simbólicamente en el territorio a través de las muñecas autobiográficas, privilegiando el monte, las márgenes de los ríos con sus cultivos de caña y plátano, así como trapiche y panadería, emprendimientos colectivos auto gestionados, recreando un autorretrato colectivo. Por otro lado también se crearon las *mantas para cubrirnos*, realizadas con las mujeres de Antioquia, a partir de sus memorias, sueños, trabajos y contradicciones. En un ejercicio de creación tridimensional se interpeló a las participantes a tejer montañas, animales, casas, caminos, personas, plantas y todo lo que hace a su territorio colectivo de vida; en un ejercicio de narrativa tejida a varias manos, construyendo una pieza textil en proceso, toda vez que ella, como el territorio, obedecen a construcciones que permanentemente están rehaciéndose.



Figura 1. La colcha panguienseña. La colcha contadora de historias de las mujeres del Chocó.



Figura 2. Mi manto mi territorio de colores. Argelia, Antioquia. Una manta para cubrirnos.

- En una perspectiva más íntima y personal, la corporeidad emergió como un nuevo texto reclamante de otros acercamientos metodológicos, que la convencionalidad de los métodos biográfico-narrativos no lograban recoger en su profundidad (Silva, Barrientos y Espinoza, 2013). Así, se implementó la estrategia de muñecas autobiográficas con las mujeres de las tres regiones – Antioquia, Nariño y Chocó - para lograr un acercamiento al territorio corporal de cada una de las participantes, donde se hizo uso de saberes propios relacionados con la costura, el tejido y el bordado. Cada mujer incorporó en la muñeca de trapo la manera como la historia personal y la historia colectiva se transforma en huella corporal y memoria, utilizando recursos y objetos de su cotidianidad, tales como retazos de ropa y accesorios en desuso. Esta estrategia parte de considerar el cuerpo como un territorio tatuado por las distintas vivencias, desde lo familiar, vecinal, hasta lo organizativo; cuerpo territorio, donde se inscriben las historias de vida individuales, pero así mismo, las historias colectivas, la autonomía y la toma de decisiones. Las muñecas autobiográficas posibilitaron reconocer las trayectorias personales en su entramado con las trayectorias comunitarias y organizativas, identificar los cambios y huellas que dejan en el cuerpo como primer

territorio vital, además, de sus contradicciones y complejidades. Se logró identificar las formas diferenciales, como los contextos de vida moldean el cuerpo/territorio desde las particularidades culturales en cada región, pero también, cómo el sufrimiento, producto de relaciones de género cargadas de violencia e inequidad han tatuado dicho cuerpo, casi que sin diferenciación en los distintos lugares. Las mujeres participantes, todas pertenecientes a organizaciones campesinas de base y con participación en espacios regionales e incluso nacionales, manifestaron a través de estas narrativas tejidas la sobrecarga que trae para ellas el mantenimiento de lógicas patriarcales de relacionamiento. El intercambio con otras mujeres permitió reflexionar sobre estas situaciones, resignificándolas en tanto dejan de ser situaciones privadas y particulares, para ubicarlas en un entramado histórico, político y cultural que les da forma y las ubica en un relato colectivo, donde es posible cuestionar las cargas emocionales de la culpa. Las muñecas autobiográficas hacen que los cuerpos anónimos se tornen en cuerpos con historia y trayectoria, cuando son apropiados y relatados a través de la intervención de las mujeres. El cuerpo anónimo toma forma y voz a través de las manos de cada mujer y se convierte en expresión de su historia e identidad; expresión metafórica pero también aspiración ética de este proceso de investigación.



Figura 3. Del anonimato a la identidad.



Conclusiones

Como se ha venido señalando, en este proceso se pudo desarrollar dos propuestas metodológicas no convencionales o comunes, a saber, las cartografías o mapeos de territorios y corporalidades y su materialización en narrativas tejidas, bajo la premisa de la flexibilidad y la libre emergencia de sentidos y significados, producto del intercambio intersubjetivo y su encarnación en cuerpos y territorios vitales. Si bien, muchos investigadores acuden a este tipo de estrategias, quizás lo novedoso es la materialización en piezas textiles, superando la producción discursiva, para concretarse en una producción material, tangible, cargada de significación.

La suerte de alquimia metodológica desarrollada en esta investigación es una apuesta por superar los códigos estandarizados de la investigación más ortodoxa, amarrada a esquema cognitivistas- racionales, para acudir a la metáfora, el sueño, la experimentación, la emoción, la intuición, la corporalidad, como fuentes de conocimiento; tal como lo afirma Trigo (2011), quizás el atrapamiento en las narrativas orales y escritas priorizadas en los circuitos de la investigación académica ha deslegitimado otros lenguajes con los cuales podríamos potencialmente construir conocimientos y transformar la realidad. Las artes, en sus diversas manifestaciones, sin duda son expresión de la potencia de ese conocimiento encarnado, que se produce en la medida en que pasa por el cuerpo, se experimenta, se siente, reconociendo que todo proceso de investigación también comporta un compromiso afectivo consigo mismo y con otros.

Aprender a mirar desde nuestras subjetividades, explorar diversos lenguajes, desplegar los sentidos, aventurarse a construir otros caminos y rutas de indagación desde miradas interdisciplinarias (Trigo, 2011), fueron intenciones que acompañaron este encuentro con las mujeres de Nariño, Chocó y Antioquia. Decidimos involucrar nuevamente el hilo, la aguja, la tela, la lana y otras fibras textiles, como elementos que nos acercan desde saberes corrientes, para contar historias y construir piezas tejidas, que también cuentan a otros lo que muchas veces no se puede decir con palabras.

El interés de articular elementos creativos a la investigación tiene antecedentes en experiencias que previamente habíamos realizado con comunidades campesinas, donde se habían privilegiado objetos de uso cotidiano como un medio estratégico para compartir memorias y relatos (Arias y Coral, 2017), además de otras experiencias que articularon oficios, como el tejido, la costura y el bordado, entre sus alternativas movilizadoras (Arias, 2017). De estas experiencias aprendimos a reconocer la potencia de objetos y saberes cotidianos en la investigación cualitativa, no solo para contar las historias de vida, sino también para compartir hallazgos y difundirlos, de una manera más amplia y sensible a múltiples audiencias, democratizando así procesos académicos que aparecen algunas veces distantes y ajenos.

La colcha contadora de historias, la manta para cubrirnos y las muñecas autobiográficas se tornan en productos colectivos de coproducción de conocimientos sobre el territorio, en sus acepciones de espacio productivo, político, socio afectivo y de simbiosis naturaleza-cultura, atravesado por las historias preferidas de las mujeres, tejidas

puntada a puntada y entrelazadas con el ejercicio hermenéutico. Aunque las mujeres no niegan su papel en el espacio doméstico y familiar, como responsables de la limpieza diaria de la casa y la preparación de alimentos, donde gran parte de sus actividades se rige bajo una férrea lógica patriarcal; privilegian en esta narrativa tejida sus historias como trabajadoras del monte, de la huerta y de los ríos, responsables de su propio cultivo, que siembran, cuidan y cosechan, constituyéndose en un espacio de liberación, decisión y soberanía. La narrativa oral, volcada en narrativa tejida, borda su historia, su vida cotidiana, sus lugares preferidos, sus referentes vitales, sus lugares de memoria; que generan profundas reflexiones en torno al papel de la mujer en la defensa y construcción de territorios amenazados.

Acudir al tejido nos permitió, además, incidir en el terreno de lo colectivo para retejer los lazos rotos por los contextos de violencia y sufrimiento en que han permanecido estas mujeres, articulando los relatos individuales en relatos colectivos, que encontraron en el tejido una ruta para resignificarse, buscando transformaciones, no sólo individuales sino colectivas y sociales, donde la creación y reparación de lazos sociales y la búsqueda de sentidos compartidos en la experiencia común de vida, también constituyen horizontes de esta investigación. Su resultado son una serie de objetos pedagógicos inacabados, que pueden itinerar para recoger otras experiencias y otras manos que retejen otras historias, de la misma manera cómo se construye el territorio: en un proceso permanente y colectivo, constituyendo objetos simbólicos, para que las potenciales interlocutoras, tejedoras y narradoras, se sitúen en ellos, con sus sueños, posibilidades y resistencias. El proceso afianzó en el equipo investigador la búsqueda de otras formas de narrar y privilegiar las narraciones preferidas desde las resistencias de las mujeres, desplegando estrategias para potencializar las maneras propias, más allá de las convenciones académicas, con efecto sobre las participantes y sobre las investigadoras.

Referencias

- Arias, B. (2017). Entre-tejidos y Redes. Recursos estratégicos de cuidado de la vida y promoción de la salud mental en contextos de sufrimiento social. *Prospectiva*, 23, 51-72.
- Arias, B. y Coral, L. (2017). Investigar el cuidado comunitario de la vida a través de las artes plásticas. Una experiencia en contexto rural. *Universidad y Salud*, 19(1), 75-84. doi: 10.22267/rus.171901.71
- Arias, B. (2014). Las tramas de un estudio cualitativo en salud mental y violencia política. Lecciones aprendidas. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(1), 107-115.
- Farah, M. (2008). Cambios en las relaciones de género en los territorios rurales: aportes teóricos para su análisis y algunas hipótesis. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 5(61), 71-91.
- Farah, M. (2009). Social protection for poor rural people in Colombia: reinforcing traditional gender roles and identities. *Social Policy & Administration*, 43(4), 397-408. doi: 10.1111/j.1467-9515.2009.00670.x
- González, F. (2003). ¿Colapso parcial o presencia diferenciada del estado en Colombia?: una mirada desde la historia. *Colombia Internacional*, 58, 124-158.

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones



González, F. (2009). Espacio, conflicto y poder: las dimensiones territoriales de la violencia y la construcción del Estado en Colombia. *Sociedad y economía*, 17, 185-214.

Kabeer, N. (1994). *Reversed Realities. Gender Hierarchies in Development Thought*. London: Verso.

Montoya, V. García, A. y Ospina, C. (2014). Andar dibujando y dibujar andando: cartografía social y producción colectiva de conocimientos. *Nómadas*, 40, 190-205.

Peña, X. y Uribe, C. (2013). *Economía del cuidado: valoración y visibilización del trabajo no remunerado*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Piñeiro, E. y Diz, C. (2018). El trabajo de campo como abandono: una reflexión sobre la metodología de la observación participante. *Revista colombiana de Antropología*, 54(1), 59-88.

Salgado, C. (2010). Procesos de desvalorización del campesinado y antidemocracia en el campo colombiano. Recuperado de <http://www.uninomade.org/procesos-de-desvalorizacion-del-campesinado/>

Serje, M. (2013). El mito de la ausencia del Estado: la incorporación económica de las “zonas de frontera” en Colombia. *Cahiers des Amériques Latines*, 71(71), 95-117. doi: 10.4000/cal.2679

Silva, J., Barrientos, J. y Espinoza, R. (2013). Un modelo metodológico para el estudio del cuerpo en investigaciones biográficas: los mapas corporales. *Alpha (Osorno)*, 37, 163-182.

Trigo, E. (2011). Investigación Encarnada. *Revista Cocar Belém*, 5(10), 7-18.

Zuluaga, G. y Arango, C. (2013). Mujeres campesinas: resistencia, organización y agroecología en medio del conflicto armado. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 10(72), 159-180.

La teoría de las transiciones en el rol materno

María Fernanda Valle Dávila¹

Sara María Rosales-Rivadeneira²

Rocío Elizabeth Castillo Andrade³

Viviana Margarita Espinel Jara⁴

Sonia Dayanara Revelo Villarreal⁵

Resumen

El rol materno es un proceso interactivo y de desarrollo, en el cual la madre crea un vínculo con su hijo recién nacido y experimenta un período de transición determinado por una serie de factores internos y externos que repercuten en el manejo de este proceso. **Objetivo:** Identificar las condiciones personales desde el enfoque de la teoría de las transiciones durante la adopción del rol materno en mujeres púerperas del servicio de Ginecología del hospital “San Luis de Otavalo”, Ecuador. **Materiales:** estudio con enfoque cualicuantitativo, de tipo transversal y descriptivo. Se aplicó el cuestionario validado de ARM, Adopción del rol materno y una entrevista a profundidad, para abordar los significados y creencias del enfoque transicional. La muestra no probabilística estuvo conformada por 40 madres atendidas en el hospital San Luis de Otavalo. **Resultados:** Se identificaron las siguientes condiciones personales desde la teoría de las transiciones: factores socioeconómicos: 70 % adultas y 30 % adolescentes; etnia: 80 % indígena y 20 % mestiza; estado civil: 35 % solteras, 30 % casada, 30 % unión libre, 5 % viuda; número de partos: 60 % primíparas, 40 % multíparas; forma de parto: 90 % su parto se realizó de forma vertical y el 10 % de forma horizontal. Creencias y cultura: consideran la lactancia como una obligación, realizan cuidados del recién nacido como fajar al recién nacido, colocarles una cinta roja en la mano, etc. Dentro de los significados se encuentran las relaciones familiares y espiritualidad, pareja, rol fundamental de sus madres y la percepción en la atención del parto humanizado prestada por servicios de salud incluida la partera. **Conclusiones:** El papel del personal de enfermería durante el rol materno es fundamental para contribuir con el desarrollo satisfactorio de este proceso holístico transicional. Los factores socioeconómicos, significados y creencias culturales de las madres permiten comprender las experiencias de la transición como partes interrelacionadas de este complejo proceso.

Palabras clave: enfermería, mujeres, puerperio, transición.

¹ Doctoranda en Proyectos de Investigación en Salud, Universidad Iberoamericana México. Coordinadora de Investigación, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte. Correo electrónico: mafer_vd777@yahoo.com

² Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador.

³ Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador.

⁴ Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador.

⁵ Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador

Ponencia oral

The theory of transitions in the maternal role

Abstract

The maternal role is an interactive and developmental process, in which the mother creates a bond with her newborn child and experiences a period of transition determined by a series of internal and external factors that have an impact on the management of this process. **Objective:** To identify the personal conditions from the approach of the theory of transitions during the adoption of the maternal role in postpartum women of the Gynecology service of the "San Luis de Otavalo" hospital, Ecuador. **Materials:** study with a qualitative, cross-sectional and descriptive approach. The validated ARM questionnaire, Adoption of the maternal role and an in-depth interview were applied to address the meanings and beliefs of the transitional approach. The non-probabilistic sample consisted of 40 mothers attended at the hospital. **Results:** The following personal conditions were identified from the theory of transitions: socioeconomic factors: 70% adults and 30% adolescents; Ethnicity: 80% indigenous and 20% mestizo; marital status: 35% single, 30% married, 30% free union, 5% widowed; number of deliveries: 60% giving birth for the first time, 40% multiparous; form of delivery: 90% vertically and 10% horizontally. Beliefs and culture: they consider breastfeeding as an obligation; they care for the newborn as they 'strap' him the navel, put a red ribbon on his hand, etc. Within the meanings are family relationships and spirituality, the couple, the fundamental role of their mothers and the perception of the humanized delivery provided by the health services, including the midwife. **Conclusions:** The role of the nursing staff during the maternal role is fundamental to contribute to the satisfactory development of this transitional holistic process. The socioeconomic factors, meanings and cultural beliefs of mothers allow us to understand the experiences of transition as interrelated parts of this complex process.

Key words: nursing, women, post-partum period, transition.

Introducción

La adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo (Zerlin, 2013). La etapa del posparto es un momento de duración definida como un proceso transicional, es el tránsito entre dos periodos de tiempo estable, en esta travesía la persona se mueve de una fase, situación o estado de vida a otra. Las transiciones son procesos que ocurren en el tiempo y tienen un sentido de flujo y movimiento (Schumacher, Jones y Meleis, 1999). Durante la transición la persona experimenta profundos cambios en su mundo externo y en la manera como los percibe; esos cambios tienen repercusiones importantes en la vida y la salud de las mujeres, sus parejas y sus familias (Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia, 2007).

La adopción del rol materno se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, considerado el entorno inmediato; incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés, mesosistema que influye e interactúa con las personas en el microsistema, es

decir, pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño, y el macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas (Alvarado, Guarín y Cañón, 2011).

Las condiciones de las transiciones son circunstancias que influyen en como una persona se mueve hacia una transición saludable (Schumacher, Jones y Meleis, 1999). Estas condiciones incluyen factores personales, comunitarios sociales, que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables. En este sentido las percepciones humanas y los significados unidos a situaciones de salud y enfermedad están influidos y, a su vez, influyen en las condiciones donde se produce la transición (Raile y Tomey, 2010).

De acuerdo con la teoría de las transiciones, el proceso de tener un hijo(a) y los cambios en la vida de la mujer están determinados por una serie de factores internos y externos, que repercuten en el manejo de la transición; estos cambios y la manera de asumirlos, determinarán si se presenta una transición saludable o no (Canaval et al., 2007). Los factores, como la cultura del individuo, la familia o red de apoyo, la contribución por parte del cónyuge son importantes para hacer a una mujer capaz de adoptar su papel de madre. En cuanto a la relación padre-madre es importante dentro de la adopción del rol maternal, ya que, la pareja en el momento del embarazo, parto y desarrollo del niño, solidifica los lazos afectivos entre la triada madre-padre-hijo (Moreno, Mesa, Pérez y Vargas, 2015).

En cuanto al ámbito local, se evidencian investigaciones que se limitan a describir los espacios fisiológicos y biológicos que experimenta la mujer, poco se menciona sobre el aspecto emocional y transicional durante este período desde el enfoque de enfermería (Zerlin, 2013). Las políticas públicas del Ecuador han hecho hincapié en programas de capacitación en habilidades maternas, que promueven la salud física del niño en su primer año de vida. El profesional de enfermería es responsable del cuidado integral de la madre, fundamental para promover su salud y facilitar este proceso de transición a través de la detección de necesidades durante el puerperio a lo largo del desarrollo del rol materno. Por lo tanto, es primordial conocer en profundidad los aspectos relacionados con las condiciones en las que se desarrolla la transición, desde la perspectiva personal de las madres, abarcar sus significancias, actitudes y creencias culturales, estado socioeconómico, así como su conocimiento durante esta etapa única y trascendental en la vida de toda mujer.

Este estudio permite profundizar sobre el conocimiento del rol materno desde el enfoque de la teoría de las transiciones, con base en la comprensión del mismo, como una experiencia renovadora e integral del ser. La significancia de las madres es interpretada desde el contexto cultural de la transición, en este caso, mayoritariamente, de la etnia indígena y mestiza de la comunidad de Otavalo, Ecuador; donde se resalta una connotación existencial, tal como la búsqueda del significado espiritual, así como de sus creencias, conocimientos, costumbres y relaciones familiares.

Metodología

Estudio con enfoque cualicuantitativo, de tipo transversal y descriptivo. Se realizó un muestreo no probabilístico, conformado por 40 madres atendidas en el Servicio de Obstetricia del hospital San Luis de Otavalo, Ecuador.

Como técnica de recolección de datos se utilizó una encuesta, donde se aplicó la escala ARM- Adopción del Rol Materno, validada por juicio de expertos y prueba estadística de Alfa de Cronbach con una confiabilidad de 0,82, desarrollada por los autores Garrido y Marchán (2011) en Perú, con base en la teorista Ramona Mercer. El cuestionario consta de 56 ítems divididos en 10 dimensiones del rol materno, así: aceptación del recién nacido, contacto con la madre, estimulación temprana, expresiones maternas de afecto hacia el bebé, bienestar de preocupación y protección del bebé, interacción con la pareja, interacción con la familia de origen, con respecto a los cuidados del bebé, y conocimiento cultural relacionados al cuidado. Se aplicó una entrevista a profundidad para abordar los significados y creencias del enfoque transicional, resaltar los significados y ser entendidos desde el punto de vista del contexto cultural de la transición.

Para el análisis cualitativo se hizo una revisión textual de los datos transcritos de cada una de las entrevistas, de manera simultánea durante la fase de recolección de los mismos. Se conceptualizaron los datos con base en la teoría de mediano rango de las transiciones, descrita por Meléis a través la generalización analítica de los resultados.

Resultados

Tabla 1. Estado Sociodemográfico

Variables		Porcentaje
Edad	Adolescentes	30 %
	Adultos	70 %
Etnia	Indígena	80 %
	Mestiza	20 %
Estado Civil	Soltera	35 %
	Casada	30 %
	Unión Libre	30 %
	Viuda	5 %
Número de Hijos	Primípara	60 %
	Múltipara	40 %
Forma de Atención de Parto	Parto Vertical	90 %
	Parto Horizontal	10%

Fuente: Cuestionario

Tabla 2. Significancia para la madre: aceptación de su hijo

	Si	No
No doy de lactar para cuidar la estética	15 %	85 %
Dispuesta a cambiarle el pañal	95 %	5 %
Me cuesta aceptar a este bebé	10 %	90 %
Me siento capaz de salir adelante con mi bebé	95 %	5 %
Pienso que el "control del niño sano" es necesario	17,5 %	82,5 %
Dar de lactar es más una obligación que una actividad agradable	27,5 %	72,5 %
Siempre me doy tiempo para cuidar de mi bebé	97,5 %	2,5 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 3. Significancia: contacto con el rol de la madre

	Si	No
Me cuesta decir que soy madre	10 %	90 %
Cuando mi bebé responde a mis llamados, caricias u órdenes, yo lo abrazo o felicito	97,5 %	2,5 %
Me agrada masajear la espalda de mi bebé con mucha delicadeza	100 %	0 %
Creo que otro familiar cuida a mi bebé mejor que yo	7,5 %	92,5 %
Terceras personas se encargan de la crianza de mi bebé	22,5 %	77,5 %
Tengo la seguridad que seré una buena madre	87,5 %	12,5 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 4. Prácticas y conocimiento de las madres sobre estimulación del recién nacido

	Si	No
Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos	90 %	10 %
Cuando mi bebé llora, le hablo con voz muy baja y susurrando palabras tranquilizadoras	95 %	5 %
Prefiero ser yo quien se encargue del baño de mi bebé	82,5 %	17,5 %
Mientras doy de lactar a mi bebé me gusta acariciarlo	95 %	5 %

Trato que mi bebé acaricie mi rostro	90 %	10 %
Cuido que mi bebé utilice ropa adecuada a la estación para evitar que se enferme o tenga sarpullido	100 %	0 %
Práctico con mi bebé ejercicios que le puedan ayudar a su desarrollo	87,5 %	12,5 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 5. *Significancia maternal de afecto*

	Si	No
Cuando le hablo a mi bebé, lo hago con palabras cariñosas	100 %	0 %
Cuando juego con mi hijo me gusta que el aprenda algo nuevo	100 %	0 %
Cuando doy de lactar a mi bebé me gusta hablarle	100 %	0 %
Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentando conocerlo	100 %	0 %
Prefiero que alguien de mi familia se encargue de alimentar a mi bebé	15 %	85 %
Creo que dar de lactar une emocionalmente a madre/hijo	92,5 %	7,5 %

Fuente: Cuestionario

Tabla N° 6. *Significancia de la madre: preocupación y protección del recién nacido*

	Si	No
La salud de mi bebé para mí es muy importante	100 %	0 %
Hago vacunar a mi bebé en la fecha programada	92,5 %	7,5 %
Me alegra mucho que mi hijo haya nacido sano	100 %	0 %
Cada vez que mi bebé llora me preocupo por saber qué es lo que necesita	100 %	0 %
Me preocupo por que a su alrededor no existan objetos que puedan hacerle daño a mi bebé	100 %	0 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 7. *Significancia de la madre sobre interacción de su pareja en el cuidado de su hijo*

	Si	No
Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan al bebé	92,5 %	7,5 %

Mi pareja me hace recordar cuando nuestro bebé debe recibir sus vacunas y asistir al control del niño sano	65 %	35 %
Mi pareja y yo compartimos los cuidados del bebé	92,5 %	7,5 %
Mi pareja es capaz de hacerse cargo de nuestro bebé cuando yo no lo puedo hacer	77,5 %	22,5 %
Diariamente mi pareja busca saber cómo está el bebé y coordinamos acerca de cómo satisfacer sus necesidades	90 %	10 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 8. *Interacción con la familia*

	Si	No
Mi familia está contenta con el nacimiento de mi bebé	95 %	5 %
Sé que cuento con el apoyo de mi familia para el cuidado de mi bebé	87,5 %	12,5 %
La forma en que crio a mi bebé es muy parecida a cómo me criaron a mí	62,5 %	37,5 %
Mi familia me aconseja sobre la crianza de mi bebé	97,5 %	2,5 %
Las cosas que aprendí sobre el cuidado de mi bebé me las enseñaron las personas que me criaron	87,5 %	12,5 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 9. *Conocimiento relacionado a los cuidados*

	Si	No
Leo información referente a los cuidados y temas relacionados a mi bebé	70 %	30 %
Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la alimentación en biberón	10 %	90 %
Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació	10 %	90 %
Constantemente me informo por programas de televisión de cómo cuidar a mi bebé	45 %	55 %
El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé	80 %	20 %

Fuente: Cuestionario

Tabla 10. *Culturalidad de las madres*

Creencias: Alimentación del recién nacido con enfoque Intercultural	-
<ul style="list-style-type: none"> “A los 3 meses que tenía mi bebe se me empezó a secar la leche, la partera de mi parroquia me dijo que tome agua de Paraguay con panela y nuevamente tuve producción de leche” 	-

- “Yo en la jornada de estudio se me llenaban mucho los senos, mi madre me dijo que me ponga hojas de col a nivel de mis pechos y se me disminuyo la leche”
- “En la alimentación de mi bebe no tuve un buen pezón, mi madre me dijo que comience a friccionar mis pezones con manteca de cacao y masajearme”
- “Después de dar a luz se me seco la leche por desmandarme y realizar actividades diarias, mi abuelita me dijo que estaba pasada de frío y que me ponga periódico caliente en la espalda”
- “Por mis estudios tuve que dejar de amamantar a mi hijo y para que se me seque la leche la partera de mi comunidad dijo que bote chorros de leche de cada seno hacia el sol”

Creencias en el cuidado: Baño del recién nacido con enfoque Intercultural

- “El primer baño de mi recién nacido lo realice a la semana de nacido, la partera me dijo que le bañe con agua de rosas blancas para que mi bebe no sea nervioso y pueda dormir tranquilo”
- “Mi madre después de bañar a mi hijo le sacudía y le decía shungo veni veni para prevenir que se quede en el agua y se asuste al dormir”
- “La partera de mi comunidad me recomendó que bañe a mi hijo por las noches con agua de lechuga para que no esté fastidioso y duerma tranquilo”
- “Yo después de bañar a mi bebe siempre usaba dos tipos de agua natural y de manzanilla, mi abuelita me decía que es para todo malestar del bebe”

- “Mi suegra después de bañar a mi hijo decía que botemos el agua despacio, para que no se asuste”

Creencias en el cuidado del cordón umbilical con enfoque Intercultural

- “Yo a mi hijo le puse algodón y una moneda de sucre antigua para que se meta el ombligo y fajado con pupero”
- “La partera me dijo que le ponga una arveja envuelta en un algodón y fajado con el ombligero pero poco caliente”
- “Mi madre dijo que le coloque una bolita de imán envuelta en algodón y fajarle con un pañal de tela”
- “Mi suegra siempre le limpiaba con algodón y agua de manzanilla y después solo colocarle pupero.”
- “Yo le puse algodón hecho bolita en el ombligo y pupero ”

Vivencias y creencias interculturales en el cuidado del recién nacido

- “La partera me dijo que si quiero que mi hijo sea fuerte le faje con un pañal de tela y después la cobija.”

- “Mi madre siempre me hizo ponerle a mi hijo en la mano derecha o izquierda una manilla roja para prevenir el mal de ojo para mi bebe.”
- “Cuando mi hijo se ponía llorón y no podía dormir siempre le llevábamos donde la partera de la comunidad a curar el espanto con unas yerbas huevo y le escupían puntas y luego se le quitaba nomas.”
- “Mi madre cuando mi bebe tenia mal aire siempre le frotaba un huevo en todo el cuerpo y fumaba un cigarrillo lark y luego me hacía arroparle bien y no sacarle al frío.”
- “Cuando mi bebe estaba los ojos lagañosos y sin poder abrir siempre mi papa le sacudía un poco encima de los ojos hojas de ruda y luego limpiarle con bolitas de algodón con manzanilla y se le quitaba inmediatamente”

Fuente: Entrevista

Discusión

En la población de estudio (ver Tabla 1), los porcentajes que predominan en las diferentes características sociodemográficas, son: edad con un 70 % adultos, etnia con un 80 % indígenas, estado civil con un 35 % solteras y número de hijos con un 60 % primíparas. Cabe recalcar que el Hospital San Luis de Otavalo presta una atención humanizada de parto, por cuanto, se identifica que el 90 % de la población recibió atención de parto vertical y un 10 % únicamente por parto horizontal. Se evidencia dentro de este contexto de atención a la mujer durante la labor de parto, una percepción de seguridad, ánimo y alivio generada por el acompañamiento de su madre en la mayor parte de las ocasiones, así como de su pareja. La mayoría creen que el estar acompañada durante el parto provee de fuerzas al momento de pujar; puesto que su acompañante la motiva, la sostiene y ayuda para que pueda acomodarse de una mejor manera, permitiendo que él bebe nazca más rápido (Villa y Vinuesa, 2012). De acuerdo con la teoría de las transiciones, el proceso de tener un hijo(a), y los cambios en la vida de la mujer están determinados por una serie de factores internos y externos, que repercuten en el manejo de la transición; estos cambios y la manera de asumirlos determinarán si se presenta una transición saludable o no (Meleis, 2000).

En la primera dimensión del rol materno que corresponde a la *aceptación del bebé* (ver Tabla 2), los componentes, tales como: la observación de la madre sobre la alegría de su hijo y tiempo asignado para cuidarlo, obtuvieron mayoritariamente un promedio del 90 % de respuestas afirmativas; se describieron cuidados, como el cuidado del cambio pañal y la lactancia como unión emocional a madre/hijo, ésta se la consideró en dos sentidos: una obligación más y una actividad agradable; en este sentido el 15 % de las madres tiene una preocupación por la estética de su senos.

Así mismo, dentro de esta dimensión, el componente que llama la atención es que las madres expresan que dar de lactar es una obligación, más no una actividad agradable; este dato no concuerda con lo referido por García (s.f.), quien manifiesta que dar de lactar para la mayoría de las madres es una opción agradable, ya que, la madre debe ante todo disfrutar de la experiencia, alimentar a su bebé debe proporcionarle satisfacción y seguridad con su pequeño, que refuerza ese lazo de unión hasta que decida el momento adecuado para terminar la lactancia (García, s.f.).

Otro de los componentes que se resalta es que las madres manifestaron que no dan de lactar para cuidar la estética de sus senos; en este sentido, las madres han tomado una idealización sobre este acto natural, que muchas veces el problema sólo confiere a la madre, como grietas, mastitis, etc., sin embargo, las madres deben ser conscientes de que pueden presentarse estos problemas.

Los resultados obtenidos en la segunda dimensión del rol, *contacto con el rol de la madre* (ver Tabla 3), la mayoría de respuestas corresponden a un resultado afirmativo acerca de la madre sobre caricias a su hijo; las madres manifestaron agrado al masajear la espalda de su bebé con mucha delicadeza, todas refieren su orgullo de ser madres, existe una minoría (7,5 %) que considera que otro familiar puede cuidar mejor a su hijo, lo cual denota inseguridad en el componente del cuidado. Un 22,5 % manifestaron que terceras personas se encargaran de la crianza del bebe; el 87,5 % tiene la seguridad de que serán buenas madres, mientras que el 12 % no siente esa seguridad.

Garrido y Marchan (2011) en su artículo: *Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia*, tiene como resultado que las madres adolescentes que viven con la pareja y la familia de origen, presentan niveles más altos en todas las dimensiones de la Escala de Adopción del Rol Materno, en comparación con aquellas que viven sólo con la familia de origen, quienes presentan niveles más bajos de la escala de rol materno. En cuanto al contexto de nuestro estudio, minoritariamente, las madres creen que otro familiar cuida mejor a su bebe que ella; por lo tanto, se considera importante para ejercer el rol materno durante el periodo de transición la implementación de la familia y apoyo de la pareja para fortalecer su rol de madre.

En lo referente a los componentes de la dimensión *estimulación*, se puede observar que las madres en su totalidad (100 %) cuidan que el bebé utilice ropa adecuada acorde a la estación para evitar enfermedades; proporcionan juguetes a los bebés para que ellos los puedan manipular. El 90 % se sienten muy afirmadas cuando el bebé acaricia su rostro; cuando el bebé llora le hablan con voz baja, susurrando palabras tranquilizadoras y mientras dan de lactar al bebé les gusta acariciarlo en un 95 %. En un 82,5 % prefieren encargarse del baño del bebé.

El apoyo de los profesionales de enfermería hacia la madre en la toma de decisiones es fundamental para que ellas tengan seguridad al momento de desenvolver su autonomía, que se dará posteriormente dentro de su domicilio; como resultado de este apoyo, ellas se sienten capaces de tomar decisiones para cuidar a sus hijos. A través de la construcción del cuidado, la percepción de las mujeres y el diálogo con la enfermera del equipo son encaminadas hacia la salud del niño (Araque, Ariza y Valderrama, 2013).

El componente que más llama la atención dentro de esta dimensión (ver Tabla 4) es que ciertas madres prefieren que otras personas se encarguen del baño del bebé y no practican ejercicios que le puedan ayudar al desarrollo del bebé. En el estudio realizado por Meza (2014), se pudo evidenciar algo novedoso, que las madres peruanas no conocen y no aplican la estimulación al bebé, a diferencia de las madres ecuatorianas que intuitivamente, a pesar de no tener conocimientos científicos, por cultura si lo aplican (Meza, 2014).

En cuanto a los componentes de la dimensión *expresiones maternales de afecto hacia el bebé* (ver Tabla 5), se puede determinar que en su gran mayoría (100 % de respuestas afirmativas) las madres se sienten identificadas, además, es importante para ellas durante el proceso de transición: cuando le hablan a su bebé lo hacen con palabras cariñosas, juegan con su hijo, dan de lactar a su bebé y les gusta hablarle y mirarlo detenidamente; la mayoría manifiesta “estoy intentando conocerlo” (comunicación personal). Sin embargo, existe una variación en cuanto a si prefieren que alguien de la familia se encargue de alimentar al bebé, ya que, un 15 % respondieron afirmativamente, mientras que el 85 % respondieron negativamente. En las dimensiones del rol descritas se evidenció que, para las madres, la transición del rol materno fue de mucha alegría, esperanza y afecto, también, de mucha responsabilidad desde el enfoque de la práctica de la lactancia, puesto que la mayoría la asumió como una responsabilidad, mas no como una situación agradable.

Uno de los factores que se resalta en los resultados es la existencia de un porcentaje de madres que prefieren que los familiares se encarguen de la alimentación del niño. En otro estudio, se pudo determinar que las madres, generalmente las adolescentes, en un principio muestran frialdad con sus hijos, pero al pasar los días ellas van realizando poco a poco actividades que demuestran que realmente les importa sus hijos, como acariciarlos, hablar con ellos, preocuparse por el bienestar, darles la respectiva alimentación, etc. (Jiménez y Sosa, 2014).

En la dimensión *significancia de la madre: preocupación y protección del recién nacido* (ver Tabla 6), denota que el rol de adopción materno se cumple en este grupo estudiado, sin embargo, hay un grupo minoritario (7,5 %) que refiere no vacunar al niño en la fecha indicada por el personal de salud; cabe mencionar que, en el estudio realizado por Galindo, Arroyo y Díaz (2011), la cobertura en vacunación es del 95 %, si se compara con el presente estudio, aún hace falta para llegar a un porcentaje óptimo. En las causas mencionadas por las madres, se hace referencia a las reacciones generadas en los niños luego del proceso de vacunación, lo cual incide de forma directa en esta actitud.

Con respecto a la dimensión *la interacción que la pareja realiza hacia su hijo*, en el primer literal se obtuvo que el 92,5 % de parejas interactúan en el cuidado, y un 7,5 % no participan de este proceso; también, se evidenció que el 65 % de parejas se relaciona con la atención de su hijo en lo referente al tema de vacunación, un 35 % no interactúa. Sobre el tiempo destinado para cuidar al bebé el 92,5 % de parejas lo realizan y el 7,5 % no lo hace. En este sentido, la confianza ejercida por la madre en su pareja para el cuidado de su hijo es fundamental durante la etapa de transición, lo cual se ve reflejado en el 77,5 % que deja a cargo y confían en los cuidados que brinda su pareja al bebe y el 22,5 % no lo hace. Desde el enfoque cultural, se evidencia claramente que existe una condición que no logra ser totalmente equitativa para que la pareja interactúe de forma activa en este desarrollo transicional de la madre. Por tal motivo, el papel de las parejas es esencial para un desarrollo transicional saludable de la madre, que debe fundamentarse en expresiones de afecto y cuidado mutuo hacia su hijo y el conocimiento requerido desde las propiedades de la experiencia de la transición, ya que, son partes interrelacionadas de este proceso.

En cuanto a la dimensión *la interacción con la familia* (ver Tabla 8), se obtuvieron los siguientes resultados: el 95 % manifestó que la familia estuvo contenta con el nacimiento de su hijo y un 5 % no estaban de acuerdo. Un 87,5 %

cuenta con el apoyo de la familia con respecto a los cuidados del bebé y un 12,5 % no cuenta con este apoyo, el 62,5 % de madres contestaron que la forma en la que cuidan a su hijo es muy similar a como las criaron a ellas y un 37,5 % han decidido tener sus propios criterios. Para el 97,5 % es fundamental el consejo de su familia para cómo criar a su hijo, el 87,5 % aprendieron de las personas que las criaron, en este caso sus madres.

Dentro de este proceso es fundamental para la madre recibir el apoyo total por parte de familiares, especialmente del acompañamiento materno. Existen estudios realizados en otros países donde el apoyo emocional generado por los cuidados que reciben por parte de su pareja o madre está estrechamente relacionado con la experiencia de este rol (Gervilla, 2008).

En la décima dimensión (ver Tabla 9), existe un 70 % de las puérperas que leen información referente a los cuidados y temas relacionados al bebé y el 30% no lo ejecutan. Dentro de la influencia de los medios comunicacionales, el 10 % piensa que la lactancia debería ser sustituida por alimentación en biberón, mientras que el 90 % piensan que no es bueno sustituir la alimentación por biberón. El 45 % se informan por programas de televisión sobre el cuidado de su hijo. El 80 % de madres refirió que el personal de salud ha enseñado cuidados que se deben tener con su hijo, mientras que, el otro 20 % manifestó no haber recibido ninguna educación por parte del personal de salud.

En Ecuador la mortalidad de niñas y niños menores de 5 años, en el 2010 disminuyó en un 56% desde 1990. Sin embargo, todavía más de 4.300 niños y niñas mueren cada año por causas prevenibles como son las infecciones respiratorias, la diarrea y la desnutrición, esta última con incidencia mayor en las zonas rurales de la Sierra. (Peñañiel, 2016, p. 9).

En esta dimensión, la mayoría de las madres cuentan con conocimientos lógicos y acertados sobre la forma de alimentación de un recién nacido, conocen del cuidado de la alimentación y el tiempo de alimentación; siendo estos conocimientos de valor cultural, acompañados del aprendizaje y la vivencia con su madre, aunque estos conceptos no están totalmente claros en todos los casos, por la diversidad de práctica cultural, en la que se toma en cuenta la unicidad del núcleo familiar y el número de hijos por cada núcleo. Culturalmente, la mayor parte de las madres están dispuestas a alimentar a su hijo con la práctica de la leche materna, por cuanto consideran que este alimento es el más acertado para el crecimiento y para evitar enfermedades futuras, las creencias únicamente se enfocan en conocimientos empíricos, mas no son identificados dichos beneficios de la lactancia materna en la salud de una manera técnica. Así mismo, en el mundo indígena, desde la perspectiva de la cosmovisión, las madres definen y valorizan el apego con el niño a través de la lactancia materna, indicando que éste despierta en ellas sentimientos de amor, felicidad y de realización como mujer, todo ello se ve reflejado en la principal motivación como madres, ver crecer a sus hijos sanos y confortables.

En lo que refiere a la exclusividad de la alimentación a través de la lactancia, las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente, más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar, por lo cual las madres comienzan el destete cuando inician lo laboral o empieza la alimentación complementaria (Vallejo, Castro y Cerezo, 2016).

De esta manera, el propósito del profesional de enfermería es el logro de una transición saludable, ayudar a mantener y aumentar el bienestar de las personas y movilizar la energía para desarrollar las capacidades funcionales e incrementar habilidades y conocimientos; la transición saludable envuelve la integración humana de cuerpo, mente, espíritu y ambiente (Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia, 2007).

Conclusiones

Dentro los factores socioeconómicos de las condiciones personales de las madres en su rol materno desde la teoría de las transiciones, se identificaron un 70 % de madres adultas y un 30 % madres adolescentes; de etnia 80 % indígena y 20 % mestiza; estado civil: 35 % solteras, 30 % casadas, 30 % unión libre, 5 % viudas, 60 % primíparas, 40 % multíparas, 90 % su parto se realizó de forma vertical y el 10 % forma horizontal. Independientemente, de los factores socioeconómicos descritos, se afirma la concepción de un acontecimiento trascendental, que gracias a la atención de salud del parto humanizado se conoce el significado transformador para la madre.

El papel del personal de enfermería durante el rol materno es fundamental para contribuir con el desarrollo satisfactorio de este proceso holístico transicional, debe enfocarse en la promoción de la salud, identificando las necesidades que se presentan a lo largo del rol. En este sentido, cabe recalcar la importancia del conocimiento a profundidad de los aspectos relacionados con la vivencia de la transición por el profesional de enfermería.

Las condiciones personales son factores importantes que permiten un proceso de transición saludable, siendo las relaciones con la familia y pareja las más significativas. Las creencias desde la cosmovisión indígena influyen en los cuidados, consideran la importancia de asistir a todos los controles prenatales, de la estimulación y lactancia del bebé, así como la promoción de cuidados proporcionados por la partera cumple un papel relevante en la población indígena.

Los factores socioeconómicos, significados y creencias culturales de las madres permiten comprender las experiencias de la transición como partes interrelacionadas de este complejo proceso, se observó que las mujeres tuvieron la capacidad de asumir el rol materno con nuevas responsabilidades sin perder la esencia de su cultura y creencias.

Referencias

- Alvarado, L., Guarín, L. y Cañón, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: Reporte de caso en la unidad materno infantil. *Cuidarte, revista de investigación*, 10(1), 195-201.
- Araque, S., Ariza, N. y Valderrama, M. (2013). Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: Madres usuarias del programa Madre Canguro de Tunja, Colombia. *Revista cuidarte*, 4(1), 497-474.
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichan*, 7(1), 8-24.

Galindo, B., Arroyo, L. y Díaz, D. (2011). Seguridad de vacunas y su repercusión en la población. *Revista cubana de salud pública*, 37(1), 149-158.

García, L. (s.f.). Dar de mamar: ¿obligación u opción? *Natursan Revista de salud y bienestar*. Recuperado de <https://www.natursan.net/dar-de-mamar-obligacion-u-opcion/>

Garrido, M. y Marchán, M. (2011). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. *Revista de Psicología Trujillo*, 13(1), 11-28.

Gervilla, Á. (2008). *Familia y Educación familiar. Conceptos clave, situación actual y valores*. Madrid, España: Narcea, S.A.

Jiménez, E. y Sosa, A. (2014). *Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros Chiclayo, 2012* (tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/460/1/TL_JimenezMarquezElizabeth_SosaSilvaAlejandra.pdf

Meleis, A. (octubre de 2000). La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. En *Memorias de las ponencias centrales y paneles del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Acofaen, Bogotá, Colombia.

Meza, M. (2014). *Nivel de conocimiento y prácticas sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños menores de un año de edad, que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo C.S Villa San Luis, San Juan de Miraflores, 2013* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3592/Meza_fm.pdf;jsessionid=CBD651D1E47E314F1A19C45A09E71E80?sequence=1

Moreno, C., Mesa, N., Pérez, Z. y Vargas, D. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1.041-1.053. doi: 10.15649/cuidarte.v6i2.162

Papalobo. (25 de junio de 2014). El lado oscuro de la lactancia [Blog]. Recuperado de <https://www.bebesymas.com/lactancia/el-lado-oscuro-de-la-lactancia>

Peñañiel, E. (2016). *Costumbres y tradiciones sobre lactancia materna en las mujeres indígenas y mestizas atendidas en el Centro de Salud de San Pablo* (tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador.

Schumacher, K., Jones, P. y Meleis, A. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson y T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1-26). New York: Springer.

Tomey, A. y Raile, M. (2010). *Modelos y teorías de enfermería* (6^{ta}. ed.). México: Elsevier Mosby.

Vallejo, M., Castro, L. y Cerezo, M. (2016). Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa-Colombia. *Universidad y Salud*, 18(1), 113-125.

Villa, V. y Vinueza, G. (2012). *Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Zerlin, A. (2013). *Adopción del rol materno y características de las madres de lactantes hospitalizados en un hospital pediátrico público. Valencia-Edo. Carabobo* (tesis de maestría). Universidad de Carabobo, Valencia.

Preparación para el cuidado en el hogar de niños prematuros: Experiencias de los padres

Sandra Patricia Osorio Galeano¹

Sandra Catalina Ochoa Marín²

Sonia Semenic³

Resumen

Objetivo: Describir las experiencias de los padres de niños prematuros frente al alta de la unidad neonatal. **Metodología:** Estudio cualitativo. Se realizó diez entrevistas semiestructuradas a padres de niños prematuros de la unidad neonatal. La información se analizó con los referentes de la teoría fundamentada y se realizó codificación abierta y axial. **Resultados:** En el análisis de la información surgieron las siguientes categorías: sentimientos experimentados al momento del alta y experiencia del alta como un proceso. En esta última categoría se identificó de forma clara barreras y facilitadores. Se destaca en los resultados que los padres experimentan sentimientos ambivalentes, pues la alegría se mezcla con el temor de cuidar a un hijo prematuro en el hogar. **Conclusiones:** Para los padres, el alta de los niños prematuros de la unidad neonatal es un proceso complejo, en el que experimentan sentimientos encontrados. La enfermería debe desarrollar estrategias para involucrar tempranamente a los padres en el cuidado de sus hijos durante la hospitalización.

Palabras clave: alta de paciente, cuidado intensivo neonatal, enfermería neonatal, padres, prematuro.

Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents

Abstract

Objective: The study sought to describe the experiences of parents of premature children regarding discharge from the neonatal unit. **Methodology:** This was a qualitative study, in which ten semi-structured interviews were conducted with parents of premature infants upon discharge from the neonatal unit. Data were analyzed following principles of grounded theory; open and axial coding was performed. **Results:** The following categories emerged from the analysis of the information: feelings experienced upon discharge, and experience of the discharge as

¹ Maestría en Epidemiología, Universidad CES, Medellín. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: sandra.osorio@udea.edu.co

² Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: catalina.ochoa@udea.edu.co

³ Mc Guill University, Montreal Canadá. Correo electrónico: sonia.semenic@mcguill.ca

a process; the latter category clearly identified barriers and facilitators. The results highlight that the parents experience ambivalent feelings; joy is mixed with the fear of caring for a premature child at home. **Conclusion:** For parents, discharge of premature children from the neonatal unit is a complex process during which conflicting feelings are experienced. Nursing must develop strategies to involve parents early in the care of their children during the hospital stay.

Key words: patient discharge, neonatal intensive care, neonatal nursing, parents, premature.

Introducción

El cuidado de los niños prematuros y sus familias es un tema de gran interés para la disciplina de enfermería; según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas en 2012, los nacimientos prematuros representan el 11,1 % de todos los nacidos vivos en el mundo y se observan grandes diferencias entre los países según su nivel de desarrollo, siendo para Colombia de un 8,8 % (*World Health Organization, 2012*). Ser prematuro trae consigo un alto riesgo de mortalidad y morbilidad temprana y tardía (Rellan, García y Aragón, 2008), que exige un cuidado especializado dentro de una unidad neonatal. La continuidad del cuidado en el hogar, una vez el niño es dado de alta, se convierte en una gran preocupación para el equipo de salud, ya que, dicho cuidado es decisivo para el bienestar y adecuado desarrollo de los niños prematuros.

Se ha identificado que después del alta ocurren una serie de eventos en el hogar que pueden influir negativamente en su bienestar (Batra et al., 2009; Calderón, Moore, Pittaluga, y Potin, 2011; Pinquier, Adde-Michela, Ploin, Leveque y Marret, 2009; Reyna, Pickler y Thompson, 2006). Por ello, el alta de la unidad neonatal es un proceso de gran importancia que implica, entre otros aspectos, la valoración de las habilidades de los padres para el cuidado de los niños prematuros. Al respecto, se ha encontrado que la inexperiencia y las pocas habilidades para el cuidado de un prematuro en el hogar se relaciona con un mayor número de reingresos (Schmidt, Bessa, Rodrigues y Arenas, 2012) y con dificultades nutricionales, uno de los problemas más comunes después del alta (Castillo y Ocampo, 2013). Por lo tanto, este momento se constituye en un evento crítico para los padres que requiere de un acompañamiento cercano, por ende, la participación del profesional de enfermería es de gran relevancia (Raines, 2013; Sáenz et al., 2009). Se deben valorar las habilidades de cuidado de los padres y, a su vez, orientarlos en el momento del alta para que fortalezcan su confianza y seguridad para el cuidado de su hijo una vez lleguen a casa (Raffray, Semenich, Osorio y Ochoa, 2014).

Se ha logrado establecer, desde las experiencias del equipo de salud, que existen barreras y facilitadores que han permitido comprender mejor las necesidades de los padres de niños prematuros al alta (Raffray et al., 2014), sin embargo, es necesario conocer las experiencias de los padres para una mejor comprensión de sus necesidades y de las posibilidades de acompañamiento en el proceso. Se espera contribuir con la generación de estrategias para fortalecer el proceso de preparación de los padres de niños prematuros para reducir el estrés y generar en ellos mayor seguridad y confianza al egreso de la unidad neonatal. Mediante el conocimiento de la experiencia de los padres al alta, también se espera incidir de forma positiva en la calidad del cuidado en el hogar de los niños prematuros.

Desarrollo

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cualitativo. La recolección de la información se hizo en un periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2014, en una Unidad Neonatal de III nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. Para la obtención de datos se utilizó entrevistas semiestructuradas, asimismo, se entrevistó a los padres en el momento cercano al alta. Una vez eran informados acerca de la posibilidad del alta o cuando ésta estuvo confirmada, se dio a conocer el estudio y sus propósitos; posteriormente, previa decisión voluntaria y firma del consentimiento informado se concertó con los padres el momento de la entrevista. En el caso de aquellos, cuyos hijos fueron dados de alta el día de la entrevista, se garantizaron y priorizaron las gestiones administrativas correspondientes; cabe señalar que solo se realizó la entrevista cuando los padres estaban tranquilos, tenían el tiempo suficiente y la disposición necesaria; además, se buscó un espacio cómodo y tranquilo dentro de la unidad, donde podían estar cerca de sus hijos y del personal de salud, de esta forma, podrían acudir rápidamente en caso de ser requeridos.

Por medio de la entrevista se indagó acerca de la experiencia vivida frente al alta de la unidad neonatal, para lo cual, las investigadoras grabaron las entrevistas, las auxiliares de investigación (con experiencia) las transcribieron textualmente, luego, las investigadoras las revisaron y finalmente se analizaron desde los referentes de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). El número de entrevistas se determinó por la saturación de los datos (Glaser, Strauss y Strutzel, 1968), es decir, cuando en el análisis de las entrevistas no surgieron nuevos datos o relaciones entre las categorías. En total se realizaron diez entrevistas, con una duración aproximada de una hora; se hizo una sola entrevista a cada madre o padre. Las investigadoras, quienes son enfermeras con distinta trayectoria en investigación cualitativa y experiencia en cuidado neonatal realizaron las entrevistas, donde aplicaron a cabalidad los criterios éticos requeridos para el estudio correspondiente a la investigación en salud.

Por lo anterior, se contó con la aprobación de los comités institucionales de ética, de igual manera, a los participantes se les solicitó el consentimiento informado por escrito y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato. También, se les explicó que podían retirarse del estudio y suspender la entrevista si así lo deseaban y que esto no traería ningún perjuicio para ellos, ni para su hijo. Asimismo, se realizó una fase exploratoria que permitió afinar la guía de entrevista, el acercamiento al lugar del estudio y el rapport con el personal de la unidad, para lograr una mayor colaboración de éste y un mejor conocimiento de las dinámicas y normas de la unidad neonatal.

El análisis de los datos se hizo teniendo como referente la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), se realizó codificación abierta y axial hasta llegar a las categorías: sentimientos experimentados al alta y la experiencia del alta como un proceso. El rigor metodológico de la investigación se basó en los criterios de confirmabilidad, credibilidad y auditabilidad, también, se realizaron conversaciones con expertos en el tema, en otros contextos similares. Asimismo, se realizó una devolución de los resultados en la unidad neonatal para validarlos; la triangulación de los datos se realizó de manera permanente entre los investigadores y fue enriquecida por sus diversas experiencias y trayectorias, de hecho, todos han trabajado en distintos contextos e instituciones, con diferentes tiempos de experiencia en el área y provienen de diferentes escuelas de investigación.

Los participantes del estudio fueron padres (madre o padre), que tenían un hijo prematuro hospitalizado en la Unidad Neonatal y que estuvieron cerca al momento del alta; se excluyeron a los padres y madres con formación en áreas de salud. El total de participantes fue nueve madres y un padre, a pesar de tener un solo padre como participante, su experiencia en relación con los aspectos explorados es consecuente con la experiencia de las madres, por lo tanto, se incluyó en el análisis.

La madre de menor edad tenía 18 años al momento de la entrevista y la de mayor edad, 31 años; seis de los participantes tenían estudios de secundaria incompleta, dos tenían niveles técnicos y una adelantaba estudios universitarios. En cuanto a la ocupación predominó la de ama de casa; el padre participante, quien no terminó sus estudios de secundaria, se ocupaba en labores del campo y/o construcción, es decir, no contaba con un trabajo formal. Tres madres eran empleadas (Regente de farmacia, secretaria ejecutiva, operaria de máquina plana) y una de ellas era estudiante. Solo una de las participantes no se ubicó dentro de ninguna religión, por su parte, una era cristiana y los participantes restantes profesaban la religión católica.

También, se encontró que cuatro de las participantes eran primerizas y una tuvo un parto gemelar; para tres participantes era su segundo parto, la última tenía tres hijos más y contaba con la experiencia de un hijo prematuro. Dos madres no contaban con el apoyo del padre de sus hijos y las restantes sí contaban con dicho apoyo. En todos los casos los participantes contaban con al menos un apoyo familiar. En general, los participantes en el estudio tenían un nivel socioeconómico bajo. Los días de estancia de los neonatos fueron variables, el menor tiempo de estancia fue de tres días y el mayor tiempo fue de cuatro meses. Este aspecto está directamente relacionado con el peso al nacer, siendo el menor de 790 gramos y el mayor de 2.440 gramos.

Resultados

Del análisis de la información obtenida de cada una de las entrevistas, se identificaron códigos sustantivos, los cuales se agruparon con el fin de formar las categorías, entre las que surgieron: sentimientos experimentados al momento del alta y experiencia del alta como un proceso, en esta última categoría se identificaron de forma clara barreras y facilitadores.

Sentimientos experimentados al momento del alta

Al indagar a los padres por su experiencia al alta, se pudo identificar que los sentimientos surgieron de forma inicial, como un aspecto que condiciona la experiencia. Los sentimientos expresados por los padres participantes son ambivalentes, pero en general, denotan sentimientos de alegría acompañados de sentimientos de temor frente al cuidado y fragilidad de sus hijos, y estos sentimientos se incrementan cuando llega el momento de cuidar a su hijo prematuro en el hogar. Los padres expresaban sentirse ‘contentos’, en general, ese fue el sentimiento que precedía la expresión ante otras emociones. El sentirse ‘contentos’ estaba relacionado con el alivio de que la etapa crítica de salud de su hijo había sido superada, irse a su hogar era para ellos, la evidencia de que su hijo estaba bien, lo cual se refleja en expresiones, como: “Será mucha alegría, porque le entregan los niños aliviados a uno...” (Comunicación personal, P4); “Porque me le dieron de alta, o sea que quiere decir que está bien...” (Comunicación personal, P1).

No obstante, los padres, además de sentirse contentos, experimentaron otros sentimientos, como preocupación y susto, atribuidos a la fragilidad de los bebés por su condición de prematuros: “Asustada...Mucha responsabilidad, que se me caiga, son como de vidrio, ¡ay no! ¡Qué horror! Son como muy frágiles” (comunicación personal, P2). El ‘susto’, entendido en este contexto como una expresión asociada al miedo, tiene su origen en la claridad que tienen los padres al alta, ya que, ser prematuro los hace más vulnerables, por tal motivo, el susto que los padres participantes dicen sentir al alta tiene que ver con la posibilidad de que su hijo se enferme, dado que la condición de prematuros aumenta esta probabilidad con respecto a otros niños nacidos a término: “Asustada... porque es prematurito, porque de pronto se me enferme” (comunicación personal, P1). Esta posibilidad también los asusta, porque puede implicar el regreso al hospital y a una nueva hospitalización, situación no deseable para ninguno de ellos.

Ante la posibilidad de que su hijo enferme, se suma la preocupación de no reconocer tempranamente los signos y síntomas que sugieran enfermedad; en contraste con el ambiente de la unidad neonatal, donde los niños son cuidados por el personal de salud y cuentan con un seguimiento clínico, el hogar enfrenta a los padres al temor de no reconocer la enfermedad en su hijo, puesto que no poseen los instrumentos que les permita monitorizarlos y tampoco cuentan con el apoyo del personal de salud. Un aspecto que ayuda a los padres a minimizar el ‘susto’ es la experiencia en el cuidado de otros hijos. Una de las madres, quien tiene cuatro hijos y una experiencia previa de cuidado de un hijo prematuro, expresa tranquilidad al momento del alta: “No, yo ya estoy acostumbrada ya a lidiar con mis hijos, entonces no me preocupa nada...” (Comunicación personal, P4). Este hecho, toma forma en el presente estudio, por cuanto, los padres expresaron que a pesar de no sentirse totalmente confiados para el cuidado en el hogar, una vez allí, recibirán el apoyo de personas que si tienen experiencia en el cuidado de niños pequeños, lo cual, se convierte en un elemento que les ayuda a minimizar sus miedos: “la esposa de mi tío, ella también tiene niños, entonces ya eso me va ayudar mucho” (comunicación personal, P1).

La confianza en la capacidad de brindar cuidados básicos, como el baño, la alimentación y el cambio de pañal, depende en gran medida de la experiencia adquirida a través de la práctica. Realizar previamente estos cuidados brinda mayor seguridad a la hora del alta, por lo tanto, este punto tiene que ver con la participación que el personal de enfermería les da a los padres durante la hospitalización y la vinculación que tienen con el cuidado del niño antes de regresar a su hogar. Por otra parte, como respuesta al alta, los padres sienten ‘alivio’ al tener una posibilidad de seguimiento. En este sentido, expresaron que habían sido informados acerca de que su hijo estaría en el “Plan Canguro”, programa en el que se realiza un seguimiento estrecho y continuo a los niños prematuros. Las familias acuden a la consulta dentro del plan y en este espacio, además de valorar al niño, se orienta a las familias de acuerdo con las necesidades encontradas. Los padres, aunque no conocen este programa al momento del alta, ven en él una posibilidad de acompañamiento, donde podrán resolver inquietudes, validar su cuidado y podrán también contar con la valoración por parte de especialistas sobre el estado de salud de su hijo. Desde la experiencia de los padres de niños prematuros, saber cuándo les dan de alta acerca del acceso a programas de seguimiento les da confianza y seguridad, además, mitiga el miedo que es uno de los principales sentimientos experimentados en este proceso por los padres.

La experiencia del alta como un proceso

El alta para los padres participantes es un momento especial, en el que se conjugan emociones y sentimientos, sin embargo, los padres lo reconocen como un proceso, dado que expresan que se han venido preparando para este momento. Dentro del proceso de preparación identifican la necesidad de aprender una serie de elementos para el cuidado de su hijo prematuro en el hogar. A su vez, durante el proceso, los padres reconocieron que el personal les enseñó aspectos relacionados con el cuidado, entre los que se destacan los cuidados básicos, como la lactancia materna, el cambio de pañal y el baño, lo cual se refleja en expresiones, como: “A mí me han enseñado a alimentarlo, a que lo bañe, a que lo cambie, y así como se debe de mantener el niño” (comunicación personal, P3). En cuanto a la forma, es decir, a cómo les enseñaron, las madres y el padre hicieron referencia a qu, primero les demostraban cómo hacerlo y luego ponerlo en práctica bajo la supervisión del personal de enfermería: “Si, ellas lo ponen a uno bañarlo, a cambiarlo” (comunicación personal, P4), “vi bañar dos bebés y ya de ahí bañé el mío, la enfermera me puso cuidado” (comunicación personal, P7).

Se ratifica en esta categoría la vinculación de los padres con el cuidado directo supervisado dentro de la unidad, como estrategia de preparación para el cuidado en el hogar. La experiencia del cuidado directo fue señalada por los padres como elemento de ayuda para tener una mayor confianza y disminuir el miedo al momento del alta. Con respecto a quienes les enseñaron a cuidar a sus hijos en el hogar durante la hospitalización, las auxiliares de enfermería representaron para los padres participantes la primera línea de preparación, sin embargo, los participantes unifican a las enfermeras sin distinguir niveles de formación o funciones. Quienes distinguen el nivel profesional de enfermería atribuyen a este grupo de profesionales una labor primordialmente informativa: “ellas también le informaban a uno, incluso cuando uno llegaba en la mañana, le daban a uno el reporte como había pasado, o le hicieron estos exámenes pa’ tal cosa” (comunicación personal, P6). El personal médico tiene un papel más informativo frente a los eventos más críticos e indagan acerca del adecuado entrenamiento antes del alta:

Ayer el médico que estuvo aquí que habló conmigo, me dijo que si yo sabía pues de los cuidados de ella... Yo le dije que yo ya he tenido niñitos de bajo peso, me dijo, entonces no hay problema yo le voy a dar salida a la niña mañana si usted ya tiene sabiduría de eso. (Comunicación personal, P4).

Por lo mencionado, se puede establecer que los padres identificaron en el proceso de preparación para el cuidado de sus hijos en el hogar, la participación de un equipo de salud, describieron unas funciones que se interrelacionaban y complementaban. Asimismo, describieron unas barreras y facilitadores en el proceso de preparación para el cuidado de sus hijos en el hogar.

Barreras

Se describen como barreras en el proceso de preparación para el alta: las dificultades socioeconómicas, el vivir en zonas alejadas, quedarse en casas de familiares, fuera de sus entornos habituales, dejar otros hijos al cuidado de familiares o personas conocidas, genera altas cargas emocionales para las madres y dispersa su atención en el proceso, lo cual se evidencia en testimonios, como: “yo lloraba prácticamente día y noche pensando en mis

hijos allá. Tanto no era por mi niña, sino por los otros que tenía allá” (comunicación personal, P4). Las dificultades económicas de los padres no favorecen el acompañamiento continuo de sus hijos y, por ende, las oportunidades de enseñanza para el cuidado en el hogar se ven limitadas:

Entonces entre uno y otro le van colaborando a uno pa’l pasaje o pa’ comer también, porque a veces uno todo el día aquí aguantando hambre y tener, aunque sea una gaseosita o algo, gracias a Dios en mi familia me han apoyado. (Comunicación personal, P1).

En este punto el apoyo económico de personas cercanas se constituye como un factor que favorece la preparación para el alta. De igual manera, los padres expresaron mayor facilidad para la participación materna, ya que los padres por razones laborales tienen un limitado acompañamiento y poca participación en el proceso, cabe anotar, que en la mayoría de los casos son ellos los proveedores económicos de la familia: “mi esposo si venía pues como los fines de semana, pues los sábados cuando salía temprano y los domingos si era sagrado el venir a cangurearla” (comunicación personal, P6). El padre que participó en el estudio pudo estar presente durante todo el proceso de hospitalización y al alta porque no tenía empleo al momento de la hospitalización de su hijo y contaba con apoyo económico de la familia.

Todos los participantes, también identificaron como barrera del proceso de preparación para el alta, la restricción en la participación del proceso de otros miembros significativos de la familia, quienes brindarían apoyo para el cuidado en el hogar:

Por ejemplo, en mi caso, mi mamá va a seguir cuidando a mí bebé, que ella hubiera tenido esa concientización de los cuidados que debe tener la bebé. A mí sí me hubiera gustado esa parte, ya después toca es a uno como hablarle a ella de esa educación que le dieron a uno. (Comunicación personal, P6).

Otras dificultades expresadas por algunas de las madres estuvieron asociadas a factores personales y actitudinales, que les limitaba la interacción y la realización de preguntas: “¡Soy tímida, yo no he preguntado! Sí, yo no he preguntado también porque, yo me imagino que si pregunto, pues obvio me van a dar respuesta, a veces uno es como algo tímido” (comunicación personal, P1). Este hallazgo pone de manifiesto que las características actitudinales, personales y culturales interfieren en el proceso y deben ser tenidas en cuenta al alta, con el fin de acercarse a la realidad y comprensión de las orientaciones dadas para el cuidado en el hogar. De la misma forma, la empatía y un ambiente de confianza son fundamentales para que los padres expresen abiertamente sus temores.

Facilitadores

Las madres y el padre expresaron como un facilitador del proceso de preparación para el alta la buena comunicación con el personal, reflejado en: “a mí me pareció muy bien, muy formalitas y todo, muy formalitas pa’ tratar, no son como malaclases. Muy pacientes, lo atienden a uno y todo” (comunicación personal, P3). Otro de los facilitadores fue el material educativo entregado, principalmente el que tuvo que ver con los signos de alarma e información escrita sobre el cuidado de sus hijos en el hogar: “pues me dieron un librito donde decía los tonos de alarma y por los que uno no se debería preocupar, entonces claro, uno al leer eso entiende más del niño” (comunicación personal, P4). En cuanto a los grupos de apoyo, describieron que en los espacios de interacción con otros padres pudieron darle contexto a su propia situación, además les permitió hablar de sus vidas lo cual era positivo para

ellos: “nosotras hablábamos mucho, era más que todo de las familias, de las familias de las cosas de ellas, de las cosas mías, o así. Pues yo me las llevaba muy bien con esas mamás. Súper bueno” (comunicación personal, P8). Otro aspecto identificado como facilitador en este proceso fue el recurso del contacto telefónico una vez salieran de la unidad, lo cual les ofrecía a las madres y al padre la posibilidad de aclarar sus dudas si lo requerían, esto les dio tranquilidad al momento de irse de la unidad, pues se convertía en una forma de apoyo, para que ellos se enfrentaran al cuidado de sus hijos en sus hogares:

Me dijo: si alguna cosa ahí mismo nos llama, me dieron el teléfono pa’ que si alguna cosa las llamara pa’ ellas explicarme, entonces ya como que me sentí más segura, como que yo las podía llamar para que me explicaran sobre el bebé (Comunicación personal, P1).

En la Tabla 1 se presenta un resumen de las categorías sobre la experiencia vivida por los padres participantes en el estudio.

Tabla 1. Experiencias de los padres de niños prematuros al alta de la Unidad Neonatal

Categoría	Descripción
Sentimientos experimentados al alta	Alegría. Asociada a la superación de la fase crítica. Su hijo está bien y por ello puede ir a casa.
	Susto. Por la vulnerabilidad derivada de la condición de ser prematuro, por tener que regresar con su hijo al hospital, que se ponga mal y no saber cómo actuar. Dos elementos ayudan a los padres a disminuir el susto: La experiencia propia o de personas cercanas a su familia en el cuidado de niños y el seguimiento después del alta, que les da la garantía de tener el apoyo de profesionales de la salud en el proceso del cuidado en el hogar.
La experiencia del alta como un proceso	Barreras
	Vivir en zonas alejadas al lugar de la hospitalización
	No tener apoyo familiar en la ciudad
	Dejar otros hijos al cuidado de familiares
	Altos costos para el desplazamiento
	Restricción para que participen otros miembros de la familia en el proceso de preparación (abuelas, tías)
	Aspectos socioculturales e individuales
Facilitadores	
Buena comunicación con el personal	
Entrega de material educativo	
Interacción con otros padres	
La comunicación telefónica con el personal de la unidad	
La práctica acompañada antes del alta	

Discusión

En el alta de los niños prematuros se conjugan una serie de emociones y sentimientos. La primera categoría que emergió en el estudio tuvo que ver precisamente con los sentimientos al momento del alta. Los participantes expresaron sentimientos de alegría, dado que es un momento esperado, puesto que irán al hogar con su hijo; sin embargo, el miedo por la vulnerabilidad asociada al ser prematuro representa un elemento común en ellos. Este hallazgo es consistente con otros estudios (Albuquerque et al., 2013; Souza et al., 2010; Strauss y Corbin, 2002) en los que también se reporta que, para los padres un niño prematuro tiene mayor riesgo de enfermar y requiere, por lo tanto, un cuidado especial, lo cual genera temor al momento del alta. Los padres establecieron la diferencia entre cuidar un bebé a término y cuidar un bebé prematuro y expresaron que esta condición los hace frágiles y dependientes de un cuidado especial y diferente, hallazgo que también es descrito en otros estudios con poblaciones y propósitos similares (Castiblanco y Muñoz, 2011).

La claridad y la comprensión de una mayor vulnerabilidad asociada al ser prematuro es orientador para el personal de enfermería, para el equipo de salud encargado del cuidado y la preparación de los padres para el alta, puesto que permite potencializar esa comprensión por parte de estos hacia un cuidado efectivo. De acuerdo con los participantes, otros aspectos que deben ser considerados en el alta tienen que ver con los factores actitudinales y culturales específicos de los padres, que pueden limitar la comunicación y la comprensión de las orientaciones para el cuidado en el hogar de sus hijos. Es necesario valorar su personalidad y sus necesidades particulares (Obeidat, Bond y Callister, 2009; Raffray et al., 2014). En cuanto a la figura paterna, los participantes expresaron una escasa permanencia durante la hospitalización del recién nacido prematuro por razones laborales, dado que el padre tiene el rol de proveedor económico y sostén de la familia. Estos resultados son consistentes con estudios previos en los que se atribuye a los padres la función tradicional del sostén familiar, lo cual limita su participación en el proceso de preparación para el alta y da lugar a que los profesionales de salud centren dicho proceso en las madres (Kadivar y Mozafarinia, 2013; Obeidat et al., 2009). Adicionalmente, refuerza el papel de la madre como cuidadora principal que predomina en nuestra cultura.

Un punto de gran interés en el presente estudio tuvo que ver con el papel de la experiencia y la práctica. El llevar a cabo los cuidados de su hijo antes del alta, aumenta según los padres, el nivel de suficiencia o competencia para el cuidado en hogar. Los padres asumen que en la medida en que cuiden a sus hijos directamente en la unidad neonatal y cuenten con mayor contacto con él, tendrán mayor confianza para cuidarlo en el hogar. El valor de la práctica o la experiencia en el cuidado efectivo en el hogar de niños prematuros ha sido descrito en estudios similares (Ocampo y Castillo, 2014; Miles, Holditch, Burchinal y Brunssen, 2011). En cuanto al alta, los padres desde su experiencia la describen como un proceso que se caracteriza por la enseñanza de parte del equipo de salud, de una serie de elementos necesarios para el cuidado de sus niños en el hogar. Según ellos, este aspecto permite establecer que el alta es un proceso y no un momento único aislado de la experiencia de hospitalización. En este sentido, los participantes identificaron que existen algunas barreras y unos facilitadores del proceso.

Entre las barreras se consideraron las siguientes: en primer lugar, vivir en zonas alejadas del lugar de la hospitalización; segundo, quedarse en casa de familiares durante el proceso de hospitalización; tercero, dejar los

hijos al cuidado de familiares para dirigirse al hospital para cuidar al prematuro; cuarto, los altos costos para el desplazamiento; quinto, la restricción de la participación de otros miembros de la familia en la preparación del niño prematuro (madres, hermanas, tías); y finalmente, el aspecto socio-cultural y las características actitudinales individuales.

Por otra parte, se destacaron como facilitadores el acompañamiento familiar y la opción de comunicarse telefónicamente con el personal de la unidad en caso de dudas y contar con un servicio de seguimiento como el plan canguro. Se acuerdo con su visión, esto les da la confianza, ya que, tendrán apoyo una vez estén fuera la unidad neonatal. Este tipo de acompañamiento es un elemento de gran importancia al alta para los padres de niños prematuros (Smith, Hwang, Dukhovny, Young y Pursley, 2013). Los hallazgos refuerzan la importancia de establecer programas institucionales de seguimiento, que faciliten la transición al hogar. Al respecto, se encontró en la literatura que este tipo de programas influye positivamente sobre el número de reingresos y sobre la satisfacción de los padres (Mills, Sims y Jacob, 2006). De igual forma, es importante hacer esfuerzos para involucrar a la familia y a otros cuidadores potenciales en el hogar, como abuelas y tías en el proceso de preparación para el alta (Pinquier et al., 2009; Rizatto y Tsunehiro, 2006). De esta forma se favorece un cuidado de mejor calidad en el hogar por parte de otros cuidadores diferentes a sus padres.

Los resultados obtenidos permiten proporcionar elementos para el fortalecimiento del proceso de preparación para cuidado en el hogar de niños prematuros, lo cual incide en la experiencia de los padres, en sus emociones y sentimientos, así como la confianza y seguridad para cuidar a sus hijos.

Conclusión

Los participantes experimentan en el alta de la unidad neonatal un momento, donde se conjugan sentimientos de alegría y de temor, asociados a la condición de prematuro de sus hijos. Desde la experiencia de los padres, la participación en el cuidado de sus hijos mientras están en la unidad, les permite sentirse mejor preparados para el cuidado en el hogar, por lo cual es de gran importancia favorecer su participación en el cuidado desde el inicio del proceso de hospitalización y las condiciones de salud del prematuro lo permitan. Por último, entender el alta como un proceso, el cual tiene barreras y facilitadores que el personal de enfermería y el equipo de salud deben valorar y reconocer en el marco de los diversos contextos sociales y culturales de los cuales provienen los padres y las familias.

Referencias

- Albuquerque, M., Furtado, P., Ribeiro, S., Da Costa, E., Camelo, E. y Bruno, C. (2013). Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(2), 277–283.
- Batra, J., Eriksen, E., Zangwill, K., Lee, M., Marcy, S., Ward, J. y Vaccine, S. (2009). Evaluation of vaccine coverage for low birth weight infants during the first year of life in a large managed care population. *Pediatrics*, 123(3), 951–958. doi: 10.1542/peds.2008-0231

- Calderón, G., Moore, R., Pittaluga, E. y Potin, M. (2011). Adherencia a las inmunizaciones en niños nacidos con menos de 1.500 gr de peso o antes de 32 semanas de gestación, en dos centros chilenos. *Revista Chilena de Infectología: órgano oficial de la Sociedad Chilena de infectología*, 28(2), 166–173. doi: 10.4067/S0716-10182011000200010
- Castiblanco, N. y Muñoz, L. (2011). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Avances en Enfermería*, 29(1), 120-129.
- Castillo, E. y Ocampo, M. (2013). Retrieving the offspring and caring for it during the first night at home. *Investigación y educación enfermería*, 31(1), 354-363.
- Glaser, B., Strauss, A. y Strutzel, E. (1968). The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. *Nursing Research*, 17(4), 364.
- Kadivar, M. y Mozafarinia, S. (2013). Supporting fathers in a NICU: effects of the HUG Your Baby program on fathers' understanding of preterm infant behavior. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 113-119. doi: 10.1891/1058-1243.22.2.113
- Miles, M., Holditch, D., Burchinal, M. y Brunssen, S. (2011). Maternal role attainment with medically fragile infants: Part 1. measurement and correlates during the first year of life. *Research in Nursing & Health*, 34(1), 20-34. doi: 10.1002/nur.20419
- Mills, M., Sims, D. y Jacob, J. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 118(2), S124–S133. doi: 10.1542/peds.2006-09131
- Obeidat, H., Bond, E. A. y Callister, L. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199
- Ocampo, M. y Castillo, E. (2014). Caring for a premature child at home: from fear and doubt to trust. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(4), 828–835.
- Pinquier, D., Adde-Michela, C., Ploin, D., Leveque, C. y Marret, S. (2009). Couverture vaccinale des grands prématurés á 6 mois et á 2 ans: etude pilote. *Archives de pédiatrie*, 16(12), 1.533-1.532. doi: 10.1016/j.arcped.2009.09.009
- Raffray, M., Semenic, S., Osorio, S. y Ochoa, S. (2014). Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(3), 379–392. doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a03
- Raines, D. (2013). Mothers' stressor as the day of discharge from the NICU approaches. *Advances in Neonatal Care*, 13(3), 181-187. doi: 10.1097/ANC.0b013e318285fa2a

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

- Rellán, S., García, C. y Aragón, M. (2008). El recién nacido prematuro. *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- Reyna, B., Pickler, R. y Thompson, A. (2006). A descriptive study of mothers' experiences feeding their preterm infants after discharge. *Advances in Neonatal Care*, 6(6), 333-340. doi: 10.1016/j.adnc.2006.08.007
- Rizatto, D. y Tsunehiro, M. (2006). Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 93-101.
- Sáenz, P., Cerdá, M., Díaz, J., Yi, P., Gorba, M., Boronat, N. y Vento, M. (2009). Psychological stress of parents of preterm infants enrolled in an early discharge programme from the neonatal intensive care unit: a prospective randomised trial. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 94(2), F98-F104. doi: 10.1136/adc.2007.135921
- Schmidt, K. T., Bessa, J. B., Rodrigues, B. C., Arenas, M. M., Corrêa, D. A. M., & Higarashi, I. H. (2012). Premature newborns and hospital discharge: an integrative review on nursing performance. *Northeast Network Nursing Journal*, 12(4).
- Smith, V., Hwang, S., Dukhovny, D., Young, S. y Pursley, D. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology*, 33(6), 415-421. doi: 10.1038/jp.2013.23
- Souza, N., Pinheiro, A., Clara, C., Cruz, B., Carvalho, J. y Silva, L. (2010). Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 356-367.
- Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- World Health Organization. (2012). *Born to son: the global action report preterm birth*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=0D51822BDF5897BD43CA-85DBCCE7F165?sequence=1



Caracterización de los síntomas en mujeres con síndrome coronario agudo, fundamentado en el modelo conceptual del manejo del síntoma

Brayant Andrade Méndez¹
Daniel Santiago Obregón Sánchez
Elisa Andrea Alarcón Bonilla
María Paula Castro Fierro
Laura Marcela Olaya Cardozo
Aiza Yulied Mosquera Mosquera
Paula Manuela Alvarado

Resumen

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de morbilidad a nivel mundial con repercusiones en la salud pública. Dentro de esta clasificación se encuentra el Síndrome Coronario Agudo (SCA), el cual muestra una diversidad de síntomas; en el caso de las mujeres, se presenta de una forma típica o atípica, generando complejidad en su detección y manejo. **Objetivo:** Caracterizar los factores de riesgo y la experiencia de los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, fundamentado en el modelo conceptual del Manejo del síntoma en las mujeres atendidas en el Hospital Universitario de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre de 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal, incluyendo 81 mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas por SCA en el Hospital Universitario de Neiva durante los meses de agosto a diciembre del 2017, con el aval del comité de ética institucional. Previo diligenciamiento del consentimiento informado y verificación de los criterios de inclusión, se indagó sobre los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y aplicación del instrumento sobre la Experiencia del Síntoma en la Mujer con SCA. **Resultados:** El 80 % de las participantes eran mayores de 60 años, en su mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo, con grado de escolaridad primaria y residencia en el área urbana. El principal factor de riesgo es la HTA con un 75 %, más del 50 % refieren sedentarismo y sobrepeso. La experiencia del síntoma de angina de pecho en mujeres fue en el 56 % como síntoma típico y en el 44 % como atípico. El 54 % definieron el origen del síntoma como un problema cardíaco y más de la mitad de mujeres considero las manifestaciones como insignificantes. Se encontró que el 37 % de las pacientes demoraron más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias, una vez iniciados los síntomas, cuatro de cada diez de ellas tomaron remedios caseros y el 45 % esperaron que pasara la sintomatología sin atención profesional. **Conclusiones:** Este estudio

¹ Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Docente, Programa de Enfermería, Universidad Surcolombiana. Correo electrónico: brayant.andrade@usco.edu.co

Ponencia oral

promueve la comprensión del fenómeno de respuesta de las mujeres ante los síntomas que sugieren un SCA, siendo éste un importante factor que influye en el comportamiento en la búsqueda de atención, tratamiento y probabilidad de complicaciones por asistencia tardía a la IPS, conllevando la planeación de intervenciones específicas en esta temática.

Palabras clave: enfermedad coronaria, enfermería, salud de la mujer, síntoma.

Characterization of symptoms in women with acute coronary syndrome, based on the conceptual model of symptom management

Cardiovascular disease is the leading cause of morbidity and mortality worldwide with repercussions on public health. Within this classification is the acute coronary syndrome (ACS) which shows a diversity of symptoms, in the case of women it is presented in a typical or atypical way, generating complexity in its detection and management.

The objective was to characterize the risk factors and the experience of the symptoms of ACS, based on the conceptual model of Symptom Management in women treated at the University Hospital of the city of Neiva, during the second semester of 2017.

Descriptive cross-sectional study, including 81 women who were diagnosed and treated by ACS in the University Hospital of Neiva during the months of August to December 2017, with the endorsement of the institutional ethics committee. Prior completion of the informed consent and verification of the inclusion criteria, we inquired about the risk factors for cardiovascular disease and application of the instrument on the Experience of the Symptom in Women with ACS.

80% of the participants were over 60 years old, most of them from low to middle socioeconomic strata, with a primary level of education and residence in the urban area. The main risk factor is arterial hypertension with 75%, more than 50% refer sedentary lifestyle and overweight. The experience of the symptom of angina pectoris in women was 56% as a typical symptom and 44% as atypical. 54% defined the origin of the symptom as a heart problem and more than half of the women considered the manifestations as insignificant. It was found that 37% of the patients delayed more than six hours to decide to go to the emergency service once the symptoms started, four out of ten of them took home remedies and 45% waited for the symptomatology to pass without professional attention.

This study promotes the understanding of the phenomenon of response of women to the symptoms that suggest an ACS, being this an important factor that influences the behavior in the search for care, treatment and probability of complications due to late assistance to the hospitals, leading to the planning of specific interventions in this subject.

Key words: coronary disease, Nursing, Women's health, Symptom.

Introducción

A continuación, se presentan los resultados más representativos del estudio realizado en el Hospital Universitario de la ciudad de Neiva, en el segundo semestre del 2017, en el cual se identificaron los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular de las mujeres que presentaron Síndrome Coronario Agudo (SCA) y la experiencia del síntoma, basados en el modelo conceptual de Enfermería de Manejo del Síntoma. Esta investigación fue beneficiaria de los apoyos a semilleros de investigación, a través de convocatoria interna de la Universidad Surcolombiana.

Desarrollo

La enfermedad cardiovascular pertenece al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles que afecta seriamente la salud de las personas y pone en alerta los sistemas de salud a nivel mundial, lo cual se evidencia en los reportes epidemiológicos como la primera causa de mortalidad, al ocasionar 17,5 millones de muertes al año, además, más de tres cuartas partes de las defunciones por esta causa se producen en los países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, 2017). De esta forma, la autoridad sanitaria de las Naciones Unidas reconoce que la enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública mundial y que requiere con urgencia mecanismos para reducir esta carga evitable en los países desarrollados y envía de desarrollo.

En América latina las ECV afectan aproximadamente al 27,7 % de la población adulta y el costo por estas supera los 30 mil millones de dólares. Colombia, se encuentra dentro de los países latinos con mayor gasto total de su salud, con el 7 % y el costo de 2.4 mil millones de dólares a causa de este fenómeno (World Heart Federation, World Congress of Cardiology & Cardiovascular Health, 2016), pero no solo es un gran costo económico para el país, pues, trae consigo, como consecuencias la pérdida de productividad, porque provoca un ausentismo laboral y que la economía recaiga en un cuidador que se ve involucrado, sumado a la pérdida de años de vida saludable que está en el 16 % y a la mortalidad como principal causa con el 30 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La enfermedad coronaria está representada por el Síndrome Coronario Agudo (SCA) y es la principal causa de defunción en Colombia con el 16 %, seguido de la enfermedad cerebrovascular con 6,8 % (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2016). Esta patología se presenta como consecuencia al cierre total o parcial de la luz de una arteria coronaria que irrigan al corazón, la ruptura de una placa ateromatosa que conlleva a la formación de un trombo intracoronario, que, según la cantidad y duración de la oclusión produce angina inestable, infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita (DANE, 2016).

Actualmente, se reconoce que estas enfermedades son productos de los hábitos que adopta una persona durante toda la vida, con gran influencia comportamental. Los estudios Interheart y Carmela, realizados en Latinoamérica, coinciden e identifican como factores de riesgo modificables para SCA: el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, la inactividad física, los hábitos alimenticios inadecuados, el consumo de alcohol, apolipoproteínas

en plasma y factores psicosociales (Yusuf et al., 2004; Hernández et al., 2010). Aunque, hombres y mujeres tienen estos factores de riesgo en común, algunos de estos comprometen más a las mujeres; principalmente, las patologías como la dislipidemia, la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión. La DM aumenta las posibilidades de presentar SCA para las mujeres de 3 a 7 veces, la dislipidemia es predictor de SCA en mujeres mayores de 65 años y en el caso de la hipertensión de ser controlada se podría reducir en un 36 % el desarrollo de SCA (Murga, Pedreira, Mazón y García, 2006). A su vez, la Asociación Americana del Corazón (AHA) menciona como factores de riesgo no modificables para SCA: el sexo, edad, raza, menopausia, características morfológicas, alteraciones endocrinas y antecedentes patológicos (Mehta et al., 2016).

Dentro de los factores de riesgo no modificables, las mujeres presentan variaciones anatómicas en relación al hombre, como el tamaño del corazón, pues las mujeres tienen un menor tamaño del corazón con respecto a su superficie corporal y por consiguiente tendrá que realizar mayor esfuerzo en las contracciones para tratar de compensar el volumen sistólico bajo, además, las arterias son de menor calibre y de naturaleza tortuosa, lo cual provoca mayor probabilidad de formación de placas ateromatosas que predisponen a un SCA (Campos y Sala, 2005).

La respuesta hormonal juega un papel importante en la presentación de esta patología en el caso del sexo femenino, ya que, el estrógeno a nivel vascular se traduce en una respuesta positiva con el óxido nítrico, que mantiene una vasodilatación y una inhibición del proceso aterosclerótico vascular (Murphy, 2011), su disminución a causa de la menopausia trae consigo cambios hemodinámicos y en el perfil lipídico (Mehta et al., 2016), pues, al descender los niveles de estrógenos disminuyen las HDL, lo cual provoca un aumento progresivo del colesterol LDL, quien es precursor de la formación de placas ateroscleróticas (Murga et al., 2006).

Como respuesta al SCA surgen diversos síntomas, clasificados en típicos o atípicos debido a la frecuencia con que se presentan en ambos sexos. Los síntomas típicos de SCA en ambos sexos se relacionan con disconfort, dolor torácico irradiado hacia miembros superiores o brazo izquierdo y diaforesis (López, 2012); mientras que, la literatura ha demostrado que los síntomas atípicos de SCA los reportan las mujeres asociados con más frecuencia a disnea, palpitations, fatiga, cansancio, dolor de mandíbula y cuello, tos, y a trastornos digestivos como pérdida del apetito, náuseas y vomito (Chen, Woods y Puntillo, 2005), es decir, estos síntomas encontrados como atípicos para SCA en las mujeres los pueden relacionar con incomodidad u otras patologías, ya que son síntomas inespecíficos o incomprensibles de relacionar con una alteración cardíaca.

Es equivocado considerar el SCA como una patología sin importancia para la mujer, sin embargo, esto suele pasar debido a la poca influencia de estudios que identifiquen la verdadera situación que viven las mujeres con enfermedades cardíacas y a la baja frecuencia durante su etapa fértil (Murga et al., 2006), pues existe un predominio en la estigmatización de que esta enfermedad se destaca en el sexo masculino y debido a esto la mujer ha sido desprotegida frente al manejo de esta patología. Lo anterior tiene consecuencias para la identificación oportuna de los síntomas, la clasificación apropiada y la gestión de pruebas diagnósticas.

Adicionalmente, las mujeres tardan mucho más tiempo en acudir al Servicio de Urgencias, una vez que se establecen los síntomas de la enfermedad, por lo general, cuando se habla de síntomas típicos por ser los de mayor conocimiento. Este hecho quizás pueda ser atribuible a un problema cultural o social. Según la evidencia empírica, las mujeres suelen dar más prioridad a la situación familiar que a sus propias necesidades para no causar problemas o molestias (López et al., 2012). Esta situación es confirmada por la investigación realizada en el estudio de análisis de las causas de la demora pre hospitalaria en el IAM en las mujeres, en donde inicialmente, al presentar los síntomas el 40 % de las mujeres afirmaba no percibir como grave ni creer sufrir problemas del corazón y el 60 % percibía la gravedad y la creencia de que se trataba de un problema cardíaco; categorizaban las causas de la demora en solicitud de atención, porque se debía a: evitar causar problemas o molestias a la familia, acabar de realizar las tareas domésticas y la confusión o dificultades en el diagnóstico por parte del profesional en salud que le atendió (Peiró, Sierra, Zamorano, Muñoz y Zamorano, 2007). En nuestro contexto las mujeres prefieren ocultar su sintomatología o la gravedad de esta, por el rol de cuidadora de la familia.

El Síndrome Coronario Agudo es un problema que hasta el momento no se ha ejercido mayor control, sumado a las diferencias importantes respecto al sexo en la presentación clínica de este síndrome; como lo señaló la OPS y la OMS, abordar la salud desde una perspectiva de género significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas existen distinciones de género socialmente construidas entre hombres y mujeres, que afectan diferencialmente la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Pero además, se necesita el conocimiento por igual de los profesionales, las instituciones de salud y las propias mujeres, sobre las particularidades del SCA, con objeto de lograr la participación activa y eficaz de todas las partes directamente implicadas.

Modelo conceptual del manejo de los síntomas

Fue desarrollado originalmente en 1994 por el Centro para el Manejo del Síntoma de la Facultad de Enfermería de la Universidad de California, en San Francisco (USA), posteriormente, se realizó una modificación en el 2001 en la cual se publicó un contexto filosófico (Céspedes, 2012). Es una teoría deductiva de rango medio que describe el manejo de síntomas como un proceso multidimensional que ocurre en los dominios de la ciencia de enfermería (Céspedes, 2012).

Este modelo propone que los síntomas deben ser vistos como experiencias subjetivas, que reflejan un cambio en la función biopsicosocial, sensación o cognición de una persona. Incluye 3 dimensiones: la experiencia de los síntomas, manejo de los síntomas y respuesta ante los síntomas.

Existen relaciones bidireccionales entre los componentes de la dimensión de experiencia de síntomas, por ejemplo, tanto la evaluación como la respuesta pueden modificar la percepción. Si una persona cree que el síntoma es desagradable, la percepción de intensidad puede ser aumentada; estos procesos se conciben como interactivos y pueden ocurrir simultáneamente.

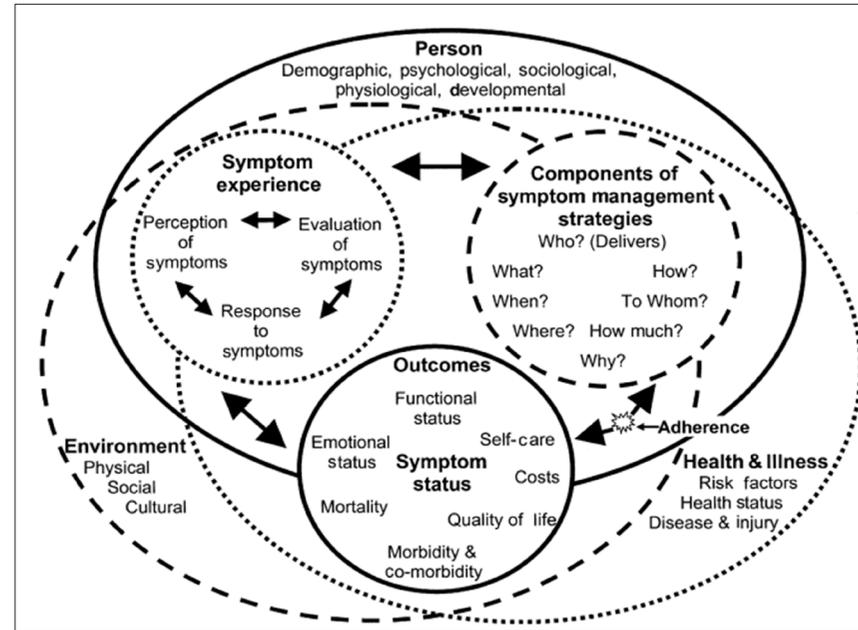


Figura 1. Esquema del modelo conceptual del manejo de los síntomas.

Dimensión experiencia del síntoma

Percepción de los síntomas (Evalúa Síntomas típicos y atípicos).

La percepción de los síntomas se refiere a si un individuo nota un cambio de la manera que se siente o se comporta generalmente; es una interpretación consciente y cognitiva de la información o sensaciones, dadas por un contexto o situación particular, ésta incluye: conciencia somática, descriptores de los síntomas, intensidad y umbral de los síntomas, localización y comorbilidades.

Evaluación de los síntomas (Evalúa origen de los síntomas y seriedad de los síntomas).

La evaluación de los síntomas pretende dar significado a los mismos; hace un juicio acerca de los síntomas, como: intensidad, localización, naturaleza, frecuencia, severidad, causa, y la posibilidad de recibir tratamiento. De igual forma, determina la amenaza que poseen estos **síntomas, si son o no peligrosos** y si pueden ser incapacitantes.

Respuesta a los síntomas (Evalúa acciones de respuesta y tiempos de demora).

Esta dimensión evalúa las respuestas comportamentales: expresiones objetivas de los síntomas e incluyen comunicación verbal o social. Respuestas psicológicas: reflejadas en cambios cognitivos o afectivos, y las respuestas fisiológicas: manifestaciones físicas de los síntomas (Céspedes, 2012).

Materiales y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal realizado a 81 mujeres diagnosticadas previamente con Síndrome Coronario Agudo (SCA), que fueron atendidas en el Hospital Universitario de la Ciudad de Neiva –Huila (Colombia) durante cinco meses, desde agosto a diciembre del año 2017. Después del aval del comité de ética institucional, se procedió a revisar las historias clínicas de las pacientes objeto de estudio, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico de SCA confirmado por cambios electrocardiográficos, biomarcadores, angiografía coronaria, mujeres que presentan SCA por primera vez, hemodinámicamente estables y que deseen participar en el estudio. A su vez se excluyeron mujeres con alteraciones cognitivas y mentales, que no permitan la comunicación y/o diligenciamiento del instrumento de recolección de la información.

Posterior a la firma del consentimiento informado por parte de las pacientes y un acompañante, se procedió a la revisión de la historia clínica en los servicios de hospitalización de Medicina interna, para extraer datos propios del diagnóstico y antecedentes patológicos. Seguidamente, se aplicó el instrumento de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, el cual fue validado por tres expertos en investigación y cuidado cardiovascular. Por último, se aplicó el instrumento que evalúa la experiencia de los síntomas, diseñado bajo el modelo conceptual del manejo de los síntomas; el cual incluye tres dimensiones: experiencia de los síntomas, manejo de los síntomas y respuesta ante los síntomas. El instrumento diseñado en Colombia por la Doctora Céspedes consta de 37 ítems, con opción de respuesta dicotómica, presenta validez de contenido, validez de escala, validez discriminante y de constructo, presenta un Coeficiente de Alpha de Crombach de 0,76, demostrando un alto grado de homogeneidad. Es de aclarar que, la autora del instrumento brindo la autorización para el uso del instrumento en mención.

Resultados

En esta investigación participaron 81 mujeres con diagnóstico de SCA que aceptaron participar del estudio y cumplieron los criterios de inclusión. El 85 % de las participantes eran mayores de 60 años, ocho de cada 10 mujeres participantes viven en el área urbana. El 89 % de las pacientes pertenecen al estrato 1 y 2, la escolaridad más representativa fue primaria incompleta y secundaria incompleta. El 54 % perteneciente al régimen subsidiado del sistema de salud y una tercera parte convivía con su pareja.

Con relación a la ocupación, el 85 % manifiestan ser amas de casa y desempeñarse en las labores propias del hogar. Así mismo, los factores de riesgo más representativos en su orden de ocurrencia, se halló la hipertensión arterial (HTA) con un 75,31 %, mientras, la diabetes mellitus se reporta en un 32,1 %. Al igual, el sedentarismo y el sobrepeso se destacan en un 55,5 % y 39,5 % respectivamente.

Con relación a la percepción de los síntomas, el 83 % de las mujeres manifestaron que los síntomas iniciaron en la casa, 59 % se encontraban descansando y el 27 % realizando labores del hogar. Adicionalmente, las mujeres hacen

referencia a la actividad que estaban haciendo en el momento en que iniciaron los síntomas resultando un 31 % de estas mujeres acostadas, el 27 % se encontraban haciendo labores del hogar como barrer, cocinar, doblar ropa, limpiar polvo, planchar ropa, trapear, lavar ropa y 18 % solo estaban sentadas. A su vez, el tiempo en que decidieron para ir a consulta médica una vez iniciados los síntomas fue: menos de 1 hora con 54 %, entre 1 a 6 horas con un 19 % y un 27 % decidió ir a consulta médica luego de más de 6 horas desde que iniciaron los síntomas.

Seguidamente, se determinó la experiencia del síntoma a través de la administración del instrumento diseñado por Céspedes. En la primera dimensión de percepción se indago sobre las manifestaciones que presento la paciente, encontrando que: El 85 % de las pacientes entrevistadas manifestaron dolor o molestia en cualquier parte del pecho durante al SCA, siendo este uno de los síntomas más característicos del evento. Así mismo en su orden, las mujeres hacen referencia a percibir síntomas atípicos, como angustia (70 %), palpitaciones (65 %), miedo inusual (62 %), deseos de vomitar (59 %), dolor de cabeza (51 %), indigestión (46 %).

En la dimensión II del instrumento que hace referencia a la Evaluación u origen de los síntomas, se realizó la pregunta ¿Usted creyó que la causa de lo que estaba sintiendo era...? donde se identificó que el 54 % de las mujeres encuestadas relacionaron el origen de los síntomas presentados como un problema de tipo cardiaco, 27 % de las mujeres asociaron los síntomas a preocupaciones personales, 22 % de las mujeres lo relacionaron con problemas respiratorios. Sólo el 11 % de las paciente encuestada asociaron los síntomas presentados a un problema de estómago, posiblemente relacionados a los síntomas atípicos como nauseas, vomito, dolor en la boca del estómago, pérdida del apetito e indigestión.

Posteriormente, se indago sobre la seriedad de los síntomas con el interrogante ¿usted considero que lo que estaba sintiendo era..?, ante este interrogante, el 38 % lo reportó como un evento insignificante, 26 % amenazante, 25 % sensación de muerte y un 11 % lo asocio a un evento dañino.

Finalmente, la III dimensión evaluó las acciones de respuesta de la paciente ante la presencia de los síntomas, las mujeres manifestaron en un 44 % esperar hasta que el evento pasara, 26 % tomaron remedios caseros, 20 % de ellas lo ignoraron y solo 1 % llamaron a una ambulancia.

Discusión

Las mujeres presentan una condición particular en la presentación de la enfermedad coronaria, tal como lo evidencian los reportes investigativos, los cuales hacen mención al mecanismo del síndrome coronario en la mujer como resultado de la erosión de la placa ateromatosa y por esto la mujeres tienden a padecer angina inestable. La sintomatología de la enfermedad coronaria en la mujer aparece pos menopausia, o sea, 10 años después que en los hombres, lo cual coincide con los resultados de la presente investigación. Así mismo, se demuestra que las mujeres con SCA presentan factores de riesgo para enfermedad cardiovascular que condicionan de cierta forma

a la presentación de eventos agudos y que están relacionados con los hallados por Kunstmann y Gainza (2015), relacionados con: Hipertensión arterial, diabetes Mellitus, Tabaquismo, dislipidemia, obesidad y menopausia.

Por su parte, en el 2011 se realizó un estudio denominado: *Evaluando la influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencia*. Dentro de los resultados se destaca la diabetes mellitus como el factor de riesgo más frecuente en las mujeres. Con relación al inicio de los síntomas y llegada al hospital (240,3 min en hombres vs 503,3 min en mujeres; $p < 0,05$), inicio de los síntomas y realización de un electrocardiograma (240,6 min en hombres vs 516,4 min en mujeres; $p < 0,01$) y llegada al hospital y realización de un ECG (6,4 min en hombres 13 min en mujeres; $p < 0,01$); concluyen que existe retrasos en la atención de mujeres que acuden al Servicio de urgencias con IAM y debe mejorar la atención prestada a estos pacientes (Carbajosa et al., 2011).

Con relación a la percepción, evaluación y respuesta a la presencia del síntoma de angina de pecho y basados en el modelo conceptual de Dodd, Amanza, Romero, Espitia y Álvarez (2014) realizaron un estudio en la ciudad de Cartagena (Colombia) en 100 mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas SCA, en el cual, describieron que el 51 % relacionan los síntomas como típico y en el 49 % como atípico. Ante la presencia del dolor, tomaron remedios caseros el 41 %, lo ignoraron el 36 % y respiraron profundamente un 35 %. Al decidir solicitar atención fueron a un centro de urgencias el 76 %. Nueve de cada diez, informaron que el día que presentaron la angina de pecho demoraron menos de una hora en llegar al consultorio y tardaron menos de una hora en ser atendidos, desde el establecimiento del síntoma (Almanza et al., 2014).

Conclusiones

Las mujeres con síndrome coronario agudo presentan diversidad de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, algunos modificables y no modificables, como la edad y menopausia, que claramente inciden directamente con la probabilidad de la oclusión de las arterias coronarias.

El rol de cuidadora en el hogar y contar con apoyo familiar está relacionado con los tiempos en que deciden las mujeres buscar atención profesional; el cual si es tardío, está directamente relacionado con complicaciones al recibir una atención tardía.

Los resultados demuestran la presencia de síntomas atípicos en un porcentaje considerable de las mujeres que presentaron SCA, los cuales culturalmente no se asocian a enfermedad coronaria y esto condiciona de cierta forma la evaluación y seriedad de los síntomas; asumiendo algunas prácticas tradicionales como esperar a que el evento resuelva por sí mismo o tomar remedios caseros.

Referencias

Almanza, N., Romero, E., Espitia, M. y Álvarez, E. (2014). Percepción, evaluación y respuesta al síntoma angina de pecho, por mujeres que presentaron síndrome coronario agudo. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 5(2), 272–280.

Campos, C. y Sala, J. (2005). Diferencias relacionadas con el Sexo. En C. Serra., J. Sala. Y E. Bolestrini (Eds.). *Enfermedad coronaria en la mujer* (15-26). Recuperado de <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/libro01/cap02.pdf>

Carbajosa, J., Soriano, P., Diéguez, S., Carratalá, J., Díaz, J., Martínez, E.,...Maldonado, A. (2011). Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. *Revista de la Sociedad Española de medicina de urgencias y emergencias*, 23(2), 87–92.

Céspedes, V. (2015). Atypical nature of coronary artery disease in women : a proposal for measurement and classification. *Avances de enfermería*, 33(1), 10–18. doi: 10.15446/av.enferm.v33n1.47855

Chen, W., Woods, S. y Puntillo, K. (2005). Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: A review of the research. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 34(4), 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.12.004>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016). Colombia – Estadísticas Vitales – EEVV- 2016. Recuperado de <http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/519/study-description>

Hernández, R., Silva, H., Velasco, M., Pellegrini, F., Macchia, A., Escobedo, J.,...Wilson, E. (2010). Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *Journal of Hypertension*, 28(1), 24–34. doi: 10.1097/HJH.0b013e328332c353

Kunstmann, S. y Gainza, D. (2015). Enfermedad Cardiovascular en la Mujer: Fisiopatología, presentación clínica, factores de riesgo, terapia hormonal y pruebas diagnósticas. *Revista Médica Clínica las Condes*, 26(2), 127–132. doi:10.1016/j.rmclc.2015.04.001

López, T., Prieto, E. y De Dios, R. (2012). Mujeres y hombres frente al síndrome coronario agudo. *Enfermería En Cardiología*, 57(3), 33–39. Recuperado de https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/57_03.pdf

Mehta, L., Beckie, T., DeVon, H., Grines, C., Krumholz, H., Johnson, M.,...Wenger, N. (2016). Acute Myocardial Infarction in Women : A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 133(9), 916–947. doi: 10.1161/CIR.0000000000000351

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Análisis de situación de salud Colombia 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>

Murga, N., Pedreira, M., Mazón, P., García, Á. (2006). Temas de actualidad en cardiología clínica y extrahospitalaria. Un nuevo proyecto: enfermedad cardiovascular en la mujer. *Revista Española de Cardiología*, 59(1), 99–104. doi: 10.1157/13084453

Murphy, E. (2011). Estrogen signaling and cardiovascular disease. *Circulation Research*, 109(6). doi: 10.1161/CIRCRESAHA.110.236687

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2017). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2018). Género y salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>

Peiró, A., Sierra, C., Zamorano, M., Muñoz, A. y Zamorano, A. (2007). Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres. *Enfermería En Cardiología*, 42–43(3-1), 29–33.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2007). *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

World Heart Federation, World Congress of Cardiology & Cardiovascular Health. (2016). El costo de las enfermedades cardiacas en América Latina supera los \$30 mil millones de dólares. Recuperado de <https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/spanish-press-release.pdf>

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F.,...Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937–952. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Percepción de los enfermeros(as) frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria

Erika Julieth Chilito Sánchez¹

Maryi Juliana Hurtado Gómez²

Luisa Fernanda Jiménez Jaramillo³

Stefany Marín Díaz⁴

Shelly Zamorano Salgado⁵

Resumen

Objetivo: Conocer las percepciones de los enfermeros(as) frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria. Estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico. Los participantes fueron incluidos mediante un muestreo intencional. Se utilizó la entrevista a profundidad y el diario de campo como instrumentos para la recolección de la información. Para el análisis de la información se utilizó la triangulación de datos (entrevistador, participante, teoría). **Resultados:** En cuanto a la percepción del cuidado se encontró que los profesionales de enfermería manifestaron recibir actos solidarios, pero nunca sintieron la presencia del cuidado de enfermería como tal, hecho que se acompaña de una insatisfacción de sus necesidades y que llevó a que la experiencia de cada uno fuera traumática y desagradable. **Conclusiones:** Se evidenció una total ausencia del enfermero(a), quien se mostró totalmente ajeno a las acciones competentes al cuidado holístico de cada una de las personas durante el proceso de hospitalización, originando en los participantes una experiencia traumática y negativa que marca un punto importante desde la experiencia individual de ellos, impulsándolos a mejorar día a día su práctica profesional e inculcar en otros profesionales esa vocación y amor por su profesión.

Palabras claves: cuidado de enfermería, enfermeras (os), estancia hospitalaria, percepciones.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Erika.j.chilito@gmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío.

³ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Luisa.jimenez21@hotmail.com

⁴ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: smarind@uqvirtual.edu.co

⁵ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Shellyzs1997@gmail.com

Ponencia oral

Perception of the nurses against the nursing care received during their hospital stay

Abstract

This study aims to know the perceptions of nurses in relation to the nursing care received during their hospital stay. Qualitative study with a phenomenological approach. Participants were included by intentional sampling with a total of four nursing professionals. The in-depth interview and the field diary were used as instruments for the collection of information. Data triangulation was used for the analysis of the information (interviewer, participant, theory). **Results:** Regarding the perception of care, it was found that nursing professionals did not receive care from their colleagues, since despite the fact that they received solidarity acts, they never felt the presence of nursing care as such, accompanies a dissatisfaction of their needs and that led to the experience of each was traumatic with unpleasant feelings and generate a desire for motivation to change these negative aspects. **Conclusions:** A total absence of the nursing professional was evident, who was totally alien to all the competent actions to the integral and holistic care and to the satisfaction of the needs that should receive each of the people during a process of hospitalization originating in the participants a traumatic and negative experience that marks an important point from the individual experience of them, impelling them to improve day by day their professional practice and instill in other professionals that vocation and love for their career.

Key words: Nursing care, nurses, hospital stay, perceptions.

Introducción

El cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano. En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida. (Juárez y García, 2009, p. 113).

Por esta razón surgió la necesidad de conocer cuáles son las percepciones del personal de enfermería frente a la calidad del cuidado que están recibiendo de sus colegas; lo cual permitirá disminuir aquellas condiciones que afectan y obstaculizan el desarrollo de dicha labor y fomentar aquellas que garantizan una mejoría en el cuidado.

Por consiguiente, se realizó una exhaustiva revisión de diversos artículos relacionados con el cuidado, entre ellos: *Percepción de los cuidados de enfermería al otro lado de la puerta: la experiencia de una enfermera con cáncer* (González, 2016), *La percepción del cuidado en profesionales de enfermería* (Hernández, Zequeira y Miranda, 2010), *Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos* (Barbosa y Azevedo, 2006) y *La percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados* (Torres, 2010); estudios en los cuales se encontró que el cuidado humanizado de enfermería parte de detalles sencillos y pequeños, que no son costosos ni imposibles, sin embargo, encontrar personas que entiendan al paciente desde la profesión de enfermería es cada vez más difícil. De igual manera, se evidenció que el concepto de cuidado no se encuentra plenamente incorporado, lo cual puede implicar falta de consistencia en las acciones de enfermería; además, se encontró que el valor atribuido por los enfermeros al cuidado se destaca en el involucramiento emocional y en el compromiso para con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades/inquietudes, por último, se observó que los pacientes de una clínica en Bucaramanga tienen en general, una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido, con puntuación de 66,1 para la dimensión de experiencia con el cuidado y 72,4 para la dimensión de satisfacción.

El cuidado de enfermería ha sido ampliamente explorado en investigaciones, teniendo en cuenta que la mayoría de estas han sido de tipo cuantitativo y se enfocan en describir el cuidado desde la percepción que tiene el paciente en general; no obstante, esta investigación se centró en conocer la percepción de profesionales de enfermería que han recibido cuidado y que pueden de esta manera evaluar la calidad con la que se está brindando, con el fin de generar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad del cuidado, no solo teniendo en cuenta los conocimientos científicos sino también el componente humano del personal, que contribuya a la atención integral de los sujetos de cuidado. Por tal motivo surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del personal de enfermería frente al cuidado recibido?

Para dar respuesta a esta pregunta de investigación nos planteamos como objetivo general conocer las percepciones de las enfermeras y los enfermeros frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria y como objetivos específicos: comprender las experiencias y necesidades de las enfermeras y los enfermeros frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria e interpretar las sensaciones y motivaciones de las enfermeras y los enfermeros frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria.

Marco teórico

Dentro del marco teórico de la investigación se encuentran los conceptos claves que fueron utilizados como base y guía para contextualizar el planteamiento y el desarrollo de dicho trabajo, entre éstos tenemos:

- **Percepción:** El planteamiento ecologista de Gibson defiende la teoría de que la percepción es un proceso simple; en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Dicho planteamiento parte del supuesto de que en las leyes naturales subyacentes en cada organismo están las claves intelectuales de la percepción como mecanismo de supervivencia, por tanto, el organismo solo percibe aquello que puede aprender y le es necesario para sobrevivir. (...). Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. (...). Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones. (Soto, 2006, pp. 5-6).
- **Cuidado:** El cuidado es algo más que un acto y una actitud, entre otras. Martin Heidegger (1889-1976), en su famosa obra *El ser y el tiempo*: “En cuanto a totalidad estructural original, el cuidado es existencialmente a priori de toda –posición- y –conducta- fáctica del –ser ahí-, es decir, se halla siempre ya en ella” (Rossini, 2001, p. 2). Esto significa que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano. El cuidado forma parte de la naturaleza y de la constitución del ser humano, el cuidado como modo de ser revela de forma concreta como es el ser humano, es decir, designa un fenómeno que posibilita la existencia humana, en cuanto humana.
- **Cuidado de Enfermería:** Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y responsabilidad. Buscando que el cuidado que se brinda sea como fuese para sí mismo y buscando el mejor cuidado posible. Un cuidado confortable, agradable actuando con habilidad y competencia protegiendo y preservando la dignidad humana de los demás; el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros. (Desarrollo del conocimiento de enfermería, 2014).
- **Personal de Enfermería:** Swanson afirma que la enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros, fundamentada por el conocimiento propio y de otras disciplinas relacionadas, la enfermería tiene el fin de promover el bienestar, viendo a los seres humanos en sus problemas reales y potenciales para intervenir y servir ayuda, con el fin de brindar un cuidado excelente de forma holística (Desarrollo del conocimiento, 2014).

Metodología

Diseño

Este proyecto es un estudio de investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, el cual aborda:

Las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimiento científico; el estudio de la vida cotidiana como el escenario básico de construcción, constitución y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano y, por último, ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas. (Sandoval, 1996, p. 15).

Lo anterior, refiere o narra características y propiedades de un objeto, sujeto o situación específica, sin emplear juicios de valor y en procura de altos niveles de objetividad; en cuanto a el enfoque de la investigación fenomenológica se trata de observar lo que “la gente experimenta en relación con algún fenómeno o de otro tipo y cómo se interpretan esas experiencias. Se trata de comprender las percepciones de la gente, perspectivas e interpretaciones de una situación particular” (Freites, 2014, párr. 3).

Universo

Se incluyó al personal de enfermería que ha sido beneficiario de la atención hospitalaria, en la ciudad de Armenia/Quindío.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería que haya estado en un servicio de hospitalización en calidad de paciente.
- Personal de enfermería que tenga como mínimo un año de experiencia.
- Personal de enfermería que haya recibido la atención hospitalaria posterior a la obtención del título de profesional.

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería que haya recibido la atención hospitalaria antes de la obtención del título de profesional.
- Personal de enfermería que haya estado en un servicio de hospitalización en calidad de trabajador.
- Personal de enfermería cuya experiencia sea inferior a un año.

Muestra.

Los participantes se involucraron mediante la estrategia intencional; el muestreo intencional se refiere a una decisión hecha con anticipación al comienzo del estudio, según la cual, el investigador determina configurar una muestra inicial de informantes que posean un conocimiento general amplio sobre el tópico a indagar o informantes que hayan vivido la experiencia sobre la cual se quiere ahondar.

Técnica de recolección de la información

La recolección de la información se hizo a través de una entrevista a profundidad, entendida como “encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que los informantes tienen respecto de sus vidas, experiencias,

situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogan, 1987, p. 101). Esta se llevó a cabo en un lugar donde la persona se sintiera cómoda, la entrevista fue una grabación de voz con previo consentimiento, llevada a cabo por medio de un guion de entrevista. Los datos obtenidos acerca de las emociones y las vivencias se registraron en el diario de campo.

Diario de campo.

Según Bonilla y Rodríguez “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo”. (...); tanto la práctica como la teoría se retroalimentan y hacen que los diarios adquieran cada vez mayor profundidad en el discurso porque, en la investigación existe una relación recíproca entre práctica y teoría. (Martínez, 2007, p. 77).

Procesamiento de la información

Triangulación de los datos. Esta triangulación consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los métodos. Para la presente investigación fue pertinente este tipo de procesamiento de la información, ya que de esta manera se pudo evidenciar las percepciones y experiencias del personal de enfermería. Para realizar este análisis de la información, primero se extrajeron las declaraciones significativas de cada significado de cuidado que dio el personal (categorización inductiva), para después agrupar y analizar los significados y, por último, se integraron los resultados para esclarecer la percepción como tal. La utilización de esta herramienta confiere al estudio que se llevó a cabo mayor rigor y profundidad, además, permitió dar grados variables de consistencia a los hallazgos, a la vez, reducir sesgos y aumentar la comprensión de los resultados obtenidos (Okuda y Gómez, 2005).

Categorización Emergente. Se lleva a cabo la elaboración y distinción de tópicos denominada categorización deductiva, para ello se distinguirán entre categorías y subcategorías que detallan el tópico en micro aspectos. Estas categorías y subcategorías pueden ser aprioristas, es decir, construidas antes del proceso de recopilación de la información o emergentes, que surgen del levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación. Los tópicos surgen a partir de los objetivos.

Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación. Primero se encuentra el concepto dado por el investigador, seguido de la triangulación de la información obtenida por las entrevistas y, por último, la discusión, teniendo en cuenta el autor correspondiente. En este orden de ideas, se presenta de la siguiente manera: cuidado de enfermería, experiencia, necesidad, sensación y motivación.

El cuidado de enfermería es mucho más que realizar procedimientos y administrar medicamentos, que buscan mejorar la condición clínica del paciente; el cuidado, va mucho más allá, es buscar el bienestar de la persona en

todos los aspectos, no solo a nivel físico o buscar mejorar una condición patológica, sino también tener en cuenta el aspecto espiritual y emocional, preocupándose por como progresa su estado de salud física y también interesarse por cómo se siente, cuáles son sus temores, sus angustias, sus necesidades emocionales, brindar esa voz de aliento en un momento difícil, aplicar las medidas de confort necesarias para garantizar la comodidad de la persona, realizar las diferentes acciones de cuidado basados en el conocimiento científico y en las diferentes bases teóricas de la enfermería, es decir, que todas las actividades que se realicen estén sustentadas desde una base científica, pero buscando que estas sean aplicadas con humanidad, con respeto hacia el otro, haciéndolo de la manera en que nos gustaría ser cuidados y siempre buscando y procurando el bienestar integral de nuestros sujetos de cuidado.

Después de realizar la revisión de las diferentes entrevistas, se encontró que los participantes manifestaron que no recibieron cuidados por parte del profesional de enfermería (E1, E2, E3, E4) y que sintieron una total ausencia de estos durante su estancia hospitalaria (E1), el cuidado recibido fue brindado por familiares, amigos y colegas conocidos ajenos a la institución, además, los auxiliares de enfermería estuvieron mucho más empoderados del cuidado, mientras que por parte del profesional de enfermería percibieron actos muy solidarios, reconocen que se sintió la presencia de sus colegas, quienes fueron cercanos desde la solidaridad, pero no desde el cuidado de enfermería (E1, E3). De igual manera, mencionan las falencias y falta de integralidad que se presentan en cuanto al que hacer y al actuar desde las bases teóricas y científicas para argumentar las intervenciones realizadas, ya que, en muchas ocasiones se evidencio la falta de conocimientos en la técnica aséptica al realizar procedimientos, el desconocimiento de las teorías de enfermería y su falta de aplicación en el actuar profesional, la falta de respeto por la privacidad de la persona (E1, E2, E3, E4). Por otro lado, mencionan que muchos profesionales de enfermería no son educados, no saludan a los pacientes, no les brindan información adecuada acerca de su estado de salud, lo cual influye en el desarrollo de una relación persona-persona o enfermero-paciente (E1, E2), también, se resalta la evidente falta de vocación en algunos profesionales de enfermería, lo que los lleva a ser enfermeros porque toca y escritorio y a generar carencias en el cuidado de enfermería en los diferentes procesos de gestión, encaminados a procurar el mantenimiento del bienestar de las personas (E2). Así mismo, los participantes afirmaron que el cuidado recibido cambiaba si el paciente era conocido o no del personal de salud, en otras palabras, al haber conocimiento de su profesión, la atención mejoraba (E1, E2, E3, E4). Finalmente, mencionaron que, desde su visión de cuidado como enfermeros, su actuar ante una situación similar, hubiese sido diferente y que ellos cuidarían desde las bases teóricas y científicas de la profesión de enfermería (E3).

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con la definición de cuidado de Kristen Swanson, el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros, los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, se puede decir que, los profesionales de enfermería entrevistados no recibieron cuidado por parte de sus colegas, ya que, a pesar de manifestar recibir actos solidarios, nunca sintieron la presencia de un cuidado de enfermería y por el contrario sintieron una total ausencia de este, además de ello el cuidado fue brindado por parte del personal auxiliar de enfermería, la familia y amigos, cuando éste es una responsabilidad total del profesional de enfermería, la cual no debe ser delegada

a otras personas. Así mismo, se puede decir que los participantes no percibieron esa presencia del profesional de enfermería, no se evidenció un compromiso y una responsabilidad por parte de estos, tampoco se buscó la manera de brindar confort, no se llevaron a cabo acciones que buscaran el bienestar integral de la persona y, por el contrario, se delegó esta función a otros. De igual manera, como lo menciona Swanson, no se actuó con habilidad y competencia, pues en diversas ocasiones se evidenció la falta de conocimientos científicos y bases teóricas en los profesionales de enfermería, lo cual es un aspecto fundamental para garantizar que el cuidado brindado sea de calidad. Por otro lado, se encontró que no se tiene respeto por la dignidad de la persona, por su intimidad, por su necesidad de estar informada sobre su estado de salud, no hay interés por el bienestar del otro, lo que los profesionales de enfermería se dedican a ser enfermeros porque toca y escritorio y no se preocupan por desarrollar una relación persona-persona, ni por generar procesos de gestión encaminados a mantener el bienestar del otro. Todo ello evidencia una falta de vocación hacia la profesión, lo cual en muchas ocasiones lleva a cometer actos que van en contra de la integridad de las personas, generando grandes carencias en el cuidado de enfermería que se brinda. También, se evidencia que el cuidado es distinto cuando la persona receptora de cuidado refiere ser profesional del área de la salud o es conocido del personal que labora en el momento, en contraste con las personas que no tienen ningún vínculo con esta área (E1, E3, E4).

La experiencia es todo conocimiento y todo aquello que aprendemos de situaciones previamente vividas, es aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que nos suceda en la vida y que pueda dejarnos una marca, por su importancia o por su trascendencia, en la cual en muchas ocasiones planteamos o tomamos decisiones basándonos en nuestra experiencia personal o en la experiencia de terceros, la experiencia puede estar condicionada por los sentimientos, pensamientos, el ambiente o contexto en el que encontremos al momento de vivir una situación que nos genere una experiencia. Durante las entrevistas encontramos que la experiencia fue manifestada como desagradable y angustiada, debido a la mala atención que recibieron (E1, E2), además, de la percepción por la falta de respeto frente al secreto profesional que debemos manejar con las personas (E2); de igual manera, expresan que no fueron receptores de cuidado por el profesional de enfermería, sino que sintieron solidaridad de parte de estos (E1, E3).

Según Dewey, las experiencias no tienen valor por sí mismas, ni son un agregado de sensaciones o ideas simples, sino que adquieren valor (diferencial) para las personas debido a que se conforman por un actuar de los individuos. (...). Dewey sostenía una visión dinámica de la experiencia ya que constituía un asunto referido al intercambio de un ser vivo con su medio ambiente físico y social y no solamente un asunto de conocimiento. (Ruiz, 2013, pp. 106-109).

Por eso se encontró que para los participantes las experiencias vividas durante la estancia hospitalaria tienen un valor individual importante, ya que constituye no solo un aprendizaje individual, sino que además es una situación que desencadena sentimientos y sensaciones que están muy marcadas por el contexto o entorno físico y social en el se desenvuelven los participantes, recordando que ellos son profesionales de la salud que brindan cuidado.

Para el Dewey las experiencias están conformadas a partir de dos principios, la continuidad: por la que se vinculan las experiencias anteriores con las presentes y futuras, y la interacción: que da cuenta de la relación del pasado del individuo con el medio actual y que acontece entre entidades definidas y estables (Ruiz, 2013).

En lo hallado en las entrevistas se evidencia la continuidad y la interacción, en la forma en que los participantes comparan la experiencia de cuidado en su pasado con lo que ocurrió durante la estancia hospitalaria y con lo que esperarían si volviera a ocurrir dicha situación.

Teniendo en cuenta que **necesidad** es la falta de algo importante en la vida de los seres humanos, es aquella cosa indispensable para el desarrollo de la vida diaria, por lo tanto, cuando alguien se encuentra en una instancia hospitalaria es porque necesita de la ayuda del personal de salud, porque esta carente de algunas cosas que le impiden continuar su vida normalmente, por tal motivo, el profesional, específicamente de enfermería, debe de brindar el acompañamiento y satisfacer dichas necesidades, lo cual, no se ve reflejado en las experiencias de nuestros participantes, ya que estos refieren que sus necesidades no fueron satisfechas por el personal de enfermería y que estos no mostraban interés y preocupación por satisfacerlas, pues en muchas ocasiones, se limitaban a cumplir órdenes médicas y no a actuar con autonomía desde el quehacer enfermero (E1, E3). Se dedicaban a satisfacer aquellas necesidades básicas como el dolor, pero no identificaban aquellas necesidades a nivel emocional, como la ansiedad presente durante el momento de la hospitalización, la necesidad de estar con la familia, ya que estos afirman que la familia es vital, es muy importante para enfrentar un proceso de enfermedad u hospitalización (E1, E2, E3, E4) y que también todos los pacientes merecen respeto en todos los aspectos de su ser (E2).

La necesidad es el reconocimiento de la carencia de algo. La necesidad existe sin que haya un bien destinado a satisfacerla. Es importante (...) conocer las necesidades de los individuos, y orientar hacia ellas [las intervenciones], pues las personas tienden a percibir con mayor facilidad aquello que necesitan o desean. (Cornejo, 2017, p. 33).

Sin embargo, no se cumple estas expectativas en lo manifestado por los entrevistados, ya que según éstos, en ningún momento de su hospitalización el personal de enfermería dio respuesta a sus necesidades o se vio el esfuerzo de realizarlas.

Cuando hablamos de sensación nos referimos a todas esas impresiones que generan las personas frente a estímulos externos que, en definitiva, dependiendo del estímulo, la intensidad y la significancia que conlleva para esa persona será la calidad de la respuesta emitida. Dicha relación permite que una vez llegue el estímulo, la respuesta o sensación se dé de manera inmediata, cosa que sucede de igual manera cuando se evocan experiencias o vivencias que generan en la persona determinadas sensaciones que puede ser agradables o desagradables.

En cuanto a las sensaciones encontradas mediante las entrevistas, los participantes manifestaron que fue muy dolorosa su experiencia, tanto por el proceso de hospitalización en sí, como por el trato recibido por el personal de enfermería, evidenciándose por manifestaciones, como el llanto, la incertidumbre, etc. (E1, E3, E4). Además, sintieron que el personal de enfermería no establecía una relación de cuidado paciente-enfermero, lo cual demuestra una falta de empatía, de respeto e inclusión de la red de apoyo en el cuidado de la persona (E2). No obstante, los participantes manifestaron que lo más agradable de su hospitalización fue el momento en que su evolución se dio de manera satisfactoria y lograron culminar dicho proceso (E1, E3, E4).

Según Guardiola (2003):

Las sensaciones son las respuestas directa e inmediata a una estimulación de los órganos sensoriales. Las sensaciones no sólo se reciben a través de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto), que funcionan de forma automática y natural, sino que también dependen de la cantidad del estímulo y de su naturaleza diferencial. (pp. 2-3).

Teniendo en cuenta lo anterior y lo demostrado en las entrevistas, se evidencia que en los participantes predominaron sensaciones de tipo negativo, como dolor, llanto, incertidumbre, etc., ya que, recibían estímulos, como indiferencia, falta de empatía, de respeto, de inclusión de la red de apoyo, entre otras. También, cabe anotar la relación sensorial, como “aquella que se establece entre los órganos sensoriales y las respuestas que un individuo da ante los estímulos recibidos. Esta relación es fundamental para dar inicio y el desarrollo pleno del proceso del aprendizaje” (Almeida, Landeo, Quispe y Flores, 2008, s.p.). Considerando lo anterior, entendemos que el proceso de respuesta de los participantes respondía de manera correcta a dichos estímulos, ya que, estos al ser percibidos por ellos como desagradables, su respuesta en consecuencia era también negativa; sin embargo, también, se encontró que los participantes manifestaron que una de las sensaciones más satisfactorias para ellos fue cuando culminó el proceso de hospitalización, porque el estímulo era percibido como la finalización de dicho desagrado.

Dentro de los aspectos relacionados con la motivación, se debe comprender ésta como aquellas características que hacen que un individuo sea impulsado a la realización de actividades, ya sean de carácter personal, como la superación en cuanto a lo profesional, lo familiar, entre otros aspectos, también se deben tener en cuenta todo aquello que implique un deseo (viajes, salidas del país o simplemente objetos materiales) y que aparte de ello genera satisfacción por el cumplimiento de estos. La motivación implica múltiples aspectos, se puede considerar una relación fuerte con ésta, los estímulos que son recibidos del exterior o los que surgen de manera personal, los cuales impulsan de una manera diferente, pero igual de motivacionales.

Al hablar de motivación, se encuentra en las entrevistas realizadas todos los aspectos ya mencionados, donde se evidencia en los participantes esos deseos innegables por mejorar constantemente el proceso de atención de enfermería, para que el profesional tenga una alta calidad humana y una atención integral, un ejemplo de esto son las características mencionadas como, el aprender a amar a los pacientes, a respetarlos, a valorar más lo que tiene, a llegar a tratar a ese paciente como si fuera un familiar (E2); además, el aprender a demostrar a todos, incluyendo pacientes y estudiantes, la pasión y amor que se siente por el desarrollo de la profesión (E1) y de esta manera brindar un excelente cuidado (E2). Por otra parte, se considera fundamental en el quehacer enfermero ser un intermediario para que se involucre a la familia en el proceso de enfermedad, resaltando la importancia de vincular a la familia en el proceso de hospitalización de los pacientes en cuidado crítico, porque este tiene una cercanía con la muerte, lo cual cambia el esquema (E3). También, ser mucho más humano con el paciente, entendiendo la necesidad que tiene cada persona de que le sea explicado todo, y la parte de entablar una relación persona-persona (E3). Asimismo, se busca incluir siempre al enfermero en formación, para que sientan esa misma pasión y emoción en el aula o durante la práctica, para que siempre realicen las cosas con amor; la forma en que se demuestra y realiza cambios para

mejorar su profesión, con el fin de lograr que la enfermería se posea en lo que realmente es, una ciencia (E1), además, considerar que los estudiantes o enfermeros en formación serán los que el día de mañana lleven a cabo su proceso de atención, con quien en algún momento fue su docente, y que éste sienta seguridad evidente por el conocimiento y la observación de su quehacer (E4).

En cuanto a la motivación se puede decir que:

Se compone por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo. La motivación también es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. (Motivación, s.f.).

Además, según el tipo de motivación, ésta puede ser:

Motivación **intrínseca** es aquella que trae, pone, ejecuta, activa el individuo por sí mismo cuando le desea, para aquello que le apetece. Es, por tanto, una motivación que lleva consigo, no depende del exterior y la pone en marcha cuando lo considera oportuno. La motivación **extrínseca**, por su lugar de proveniencia, externo, es aquella provocada desde fuera del individuo, por otras personas o por el ambiente, es decir, depende del exterior, de que se cumplan una serie de condiciones ambientales o haya alguien dispuesto y capacitado para generar esa motivación. (Soriano, 2001, p. 7).

Se considera entonces que, en la mayoría de los participantes la motivación extrínseca es la que más predomina, ya que el hecho de que otros ejerzan un cuidado de forma ‘incorrecta’ los impulsa para que ese proceso de cuidado sea mucho mejor, a su vez, motiva a cada uno de los enfermeros en formación que adopten todas aquellas medidas necesarias para llevar a cabo un cuidado de enfermería de calidad, contribuyendo siempre al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y teniendo en cuenta que son el futuro de la profesión. Por otra parte, difiere en cierta medida, el hecho de que, si ya se está llevando a cabo un proceso de cuidado con calidad y con calidez, por más procesos difíciles que se tengan no van a influenciar en nada en el hacer del enfermero, ya que, el hecho de realizar bien su labor es un factor determinante para que lo siga realizando así.

Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer las percepciones de las enfermeras y los enfermeros frente al cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria; encontrando que durante el proceso de hospitalización de los participantes, no recibieron cuidado de enfermería de calidad, ya que durante este tiempo, siempre se evidenció una total ausencia del profesional de enfermería, quien se mostró totalmente ajeno a todas las acciones competentes al cuidado integral y holístico que debe recibir cada una de las personas durante un proceso de hospitalización; asimismo, se evidenció falta de conocimiento desde el actuar científico de la enfermería, hubo falta de empatía por parte del profesional, lo cual no permitió el desarrollo de una relación persona-persona, se evidenció carencias en los procesos administrativos y de gestión, entre otros aspectos. Lo anterior, afectó de manera importante el bienestar físico y emocional de los participantes, quienes tienen una percepción negativa del cuidado de enfermería recibido durante su estancia hospitalaria.

En cuanto a las experiencias y las necesidades de las enfermeras y los enfermeros se comprende que fue una situación molesta e incómoda para ellos y que sin duda alguna marca una parte importante para la experiencia individual de cada

uno, teniendo en cuenta que desde su práctica profesional el cuidado es el pilar fundamental de su trabajo y que en el momento de ser receptor de cuidado este no es brindado de la misma manera, además de la inconformidad de los participantes con respecto a la inequidad que se presenta al momento de recibir cuidado, pues, la calidad cambia si el paciente es colega o compañero de trabajo de la persona que está brindando dicha atención; hecho que se acompaña de la insatisfacción de sus necesidades en todo el proceso de hospitalización, considerando tanto el desinterés del profesional, como la poca calidad de las intervenciones realizadas en los participantes. Todo esto generó en ellos experiencias negativas que al momento de ser recordadas evocan la insatisfacción frente el cuidado de enfermería que recibieron.

En cuanto a las sensaciones y motivaciones de las enfermeras y los enfermeros se interpreta que estas fueron desagradables en su mayoría, ya que, durante su estancia hospitalaria recibieron por parte del profesional de enfermería a cargo de su cuidado estímulos negativos como indiferencia, falta de empatía, irrespeto, falta de vinculación de la red de apoyo, etc., lo cual llevo a que sus sensaciones predominantes fuesen el dolor físico y emocional, llanto e incertidumbre. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que el proceso de hospitalización fue difícil, dado que no se recibió el cuidado de enfermería suficiente para garantizar que las sensaciones experimentadas fuesen agradables para el paciente, lo cual se evidenció durante todo el proceso de hospitalización y al momento de su culminación cuando los participantes manifestaban que su sensación más agradable era cuando terminaba dicho proceso. Debido a esta situación desagradable durante el proceso de hospitalización generó que los participantes obtuvieran la motivación para mejorar constantemente en el proceso de atención de enfermería, con una alta calidad humana y una atención integral, tratando a cada paciente con amor, respeto y empatía, no olvidando que la familia es pilar fundamental en todo proceso de enfermedad y por tanto un motivo para incluirla en dicho proceso, además, una de las motivaciones más grandes que tuvieron fue la docencia, donde buscan inculcar el amor, la pasión y la vocación en los estudiantes de enfermería. Por tal razón se puede decir que el proceso de hospitalización generó en cada participante una motivación, que conlleva a la mejoría continua de la profesión de enfermería.

Referencias

- Almeida, H., Landeo, S., Quispe, L. y Flores, A. (2008). Las sensaciones [Monografías]. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos59/organos-sentidos/organos-sentidos2.shtml>
- Barbosa, L. y Azevedo, S. (2006). Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Index de Enfermería*, 15(54), 20-24.
- Cornejo, W. (2017). *Análisis de la intervención social para la mejora de las prácticas en el uso del agua potable y alcantarillado de la población beneficiaria del proyecto de rehabilitación de redes de agua potable y alcantarillado lote 3 de Sedapal, Comas, Lima* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Desarrollo del conocimiento de enfermería. (2014). Teoría de los cuidados [Blog]. Recuperado de <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-de-los-cuidados.html>
- Freites, M. (1 de julio de 2014). La fenomenología [Blog]. Recuperado de <http://estudiodelafenomenologia.blogspot.com.co/2014/07/fenomenologia-proviene-de-las.html>

- González, A. (2016). Percepción de los cuidados de enfermería al otro lado de la puerta: la experiencia de una enfermera con cáncer. En M. Rosero. (Comp.), *Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud* (pp. 49-51). San Juan de Pasto: Editorial Unimar.
- Guardiola, P. (2003). La percepción. Recuperado de <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
- Hernández, L., Zequeira, D. y Miranda, A. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 30-41.
- Juárez, P. y García, M. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109-111.
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Perfiles libertadores*, 73-80. Recuperado de <https://escuelanormalsuperiorsanroque.files.wordpress.com/2015/01/9-la-observacin-y-el-diario-de-campo-en-la-definicin-de-un-tema-de-investigacin.pdf>
- Motivación. (s.f.). Motivación. Recuperado de <http://cursos.aiu.edu/Diplomados/Liderazgo%20Efectivo/Psicologia%20Organizacional/PDF/Tema%203.pdf>
- Okuda, M. y Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 118-124.
- Rossini, L. (2001). Ser y tiempo y la filosofía práctica: la paradoja de un “antiindividualismo singularizador”. *Araucaria*, 3(6). Recuperado de file:///C:/Users/UMARIANA/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_28200602.pdf
- Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de educación*, 11(15), 103-124. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2013.011.015.005>
- Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá, Colombia: ICFES.
- Soriano, M. (2001). La motivación, pilar básico de todo tipo de esfuerzo. Recuperado de <file:///C:/Users/UMARIANA/Downloads/Dialnet-LaMotivacionPilarBasicoDeTodoTipoDeEsfuerzo-209932.pdf>
- Soto, C. (2006). “Percepción de la calidad de la atención de los usuarios portadores de úlceras varicosas asistentes al policlínico de curación del consultorio de Puerto Varas durante el mes de octubre del 2005” (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Torres, C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en Enfermería*, 28(2), 98-110.

Calidad del cuidado de enfermería percibida por familiares de pacientes pediátricos

Tatiana Isabel Vásquez Figueroa¹

Yu Ling Reascos Paredes²

Darwin Enrique Jaramillo Villarruel³

Jessica Margoth Robalino Andrango⁴

Laura Isabel Mafla Herrería

La calidad de atención de enfermería es el conjunto de acciones que posibilitan la restauración de la salud del paciente. La calidad tiene un valor importante; por ello, el personal de enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura humanística y que comprenda una atención acorde con el avance de la ciencia a fin de brindar cuidados que satisfagan las necesidades del paciente. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por familiares de pacientes pediátricos internos en el Hospital General de segundo nivel de atención. La investigación fue cuantitativa de tipo descriptiva, de diseño no experimental y transversal. La población de estudio fueron los familiares que estuvieron al cuidado de los niños hospitalizados entre julio y diciembre del 2016, para un total de 524 pacientes; realizando el cálculo respectivo, la muestra fue de 147 familiares. Para la recopilación de información se utilizó como instrumentos una encuesta de 23 preguntas cerradas modificadas del cuestionario *Care Q Survey* y una guía de observación con 19 ítems. Los resultados indicaron que el 44 % está satisfecho, el 24 % muy satisfecho, y el 25 % y 7 % manifestaron estar poco satisfechos e insatisfechos respectivamente con la atención del personal de enfermería. En conclusión, la calidad del cuidado de enfermería, brindada a los niños del servicio de pediatría del Hospital General, proyecta un grado de satisfacción aceptable por parte de los familiares, donde la calidad no solo se basa en el mejoramiento de los servicios, sino en la adecuación de estos a las necesidades del paciente para su total recuperación.

Palabras clave: cuidado del niño, calidad de vida, enfermera, percepción, satisfacción.

Quality of care of nursing perceived by family of pediatric patients

Abstract

The quality of nursing care is the set of actions that enable the restoration of the patient's health, which is why it has an important value; therefore, the nursing staff, as a member of the health team, must develop a humanistic culture

¹ Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local. Docente, Programa de Enfermería, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador. Correo electrónico: tivasquez@utn.edu.ec

² Doctora en Medicina y Cirugía. Docente, Programa de Enfermería, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador.

³ Doctor en Ciencias de la Educación. Docente, Programa de Enfermería, Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador.

⁴ Licenciada en Enfermería. Enfermera, Ministerio de Salud Pública, Ibarra-Ecuador.

Ponencia oral

that includes care in accordance with the progress of science, in order to provide care that meets the needs of the patient. The objective of this study was to determine the quality of nursing care, perceived by relatives of pediatric patients in the General Hospital of the second level of care. The investigation was quantitative of descriptive type, of non-experimental and transversal design. The study population was family members who were cared for children hospitalized between July and December 2016, for a total of 524 patients. Performing the respective calculation, the sample was 147 relatives. For the collection of information, a survey of 23 modified closed questions of the Care Q Survey questionnaire and an observation guide with 19 items were used as instruments. The results indicated that 44% are satisfied, 24% are very satisfied, and 25% and 7% said they are dissatisfied and dissatisfied respectively with the attention of the nursing staff. In conclusion, the quality of nursing care provided to children in the pediatric service of the General Hospital projects an acceptable degree of satisfaction on the part of the family members, where quality is not only based on the improvement of services, but also on the adequacy of these to the needs of the patient, for their total recovery.

Key words: child care, quality of life, nurse, perception, satisfaction.

Introducción

Avedis Donabedian en 1961 publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, posteriormente, los conceptos de calidad continúan desarrollándose y en 1980 define la Calidad de la atención, como: “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Herráiz, 2011, p. 707).

La OMS desde los años setenta ha manifestado mucho interés por fomentar y desarrollar la calidad y eficacia en la atención de los servicios de salud, ya en los años ochenta comienza a utilizar el proceso de mejoramiento continuo en salud para garantizar una administración total de calidad en las prestaciones de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe (Chandia, 2006).

En 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando y en el año 2000 se acreditaron las instituciones más complejas; en los últimos años en nuestro país, se ha ido implementado esta estrategia de Acreditación, siendo ésta una forma de evaluación, que tiene como fin conocer si el establecimiento de salud cumple con los estándares de calidad requeridos para lograr satisfacer las necesidades del usuario e ir mejorando continuamente (Chandia Vidal, 2006).

En un estudio realizado en Bucaramanga se da a conocer la valoración que dieron los pacientes sobre la calidad del cuidado recibido por parte de las enfermeras, los resultados en general fueron: excelente con un 58,7 %; muy bueno con 29,3 %; bueno con 10,7 % y regular con 1,3 % (Segura, Miranda y Guillén, 2014).

Lo anterior indica que aún sigue existiendo factores que no permiten llegar al 100 % de excelencia en calidad; la calidad del cuidado de enfermería es uno de los pilares fundamentales en la recuperación del estado de salud del paciente y más si se trata de un niño, ya que no solo se trata de suprimir la enfermedad, sino también de brindar un medio de hospitalización adecuado, un ambiente infantil confortable, en cuanto al medio que los rodea y también en la atención de la enfermería brindada. Además, se pudo apreciar que el personal de enfermería tiene un enfoque

biologista y académico en el cuidado directo al paciente, razón por la cual les puede conllevar a realizar cuidados de forma rutinaria, sin tomar las necesidades biopsicosociales y emocionales del paciente.

En un estudio realizado en México, “se encontró que la calidad de atención de Enfermería percibida por los pacientes en general es buena en un 87 % pero que no se logra llegar al 100% debido a problemas en déficit de suministros, insumos y equipos” Mendoza, Brito y Gonzáles (como se citó en Borré, 2013, p. 7). La falta de disponibilidad y organización del personal de enfermería, el déficit de equipos e insumos que existen, no siempre abastecen a la alta demanda de pacientes, lo cual es importante para brindar cuidados de enfermería de calidad.

Según el estudio realizado por Cadena y Rosero (2016), denominado: *Calidad de atención según la percepción de los usuarios del centro de salud San Gabriel*, indica que aún existe insatisfacción con la atención recibida por parte de los usuarios, debido a diversos factores, ya sea por falta de personal, alta demanda de pacientes, escasos de insumos y equipamiento, falta de información, etc., por lo cual, la atención brindada, en ocasiones, no responde a las necesidades de salud de los usuarios que asisten a este establecimiento de salud. Por su parte:

El Sistema Nacional de Salud, ha involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios. La calidad de atención de salud es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. (Cadena y Rosero, 2016, p. 3).

La relación entre el personal de enfermería, el niño hospitalizado y los familiares es un aspecto fundamental en la recuperación del paciente, porque aquí interviene el cuidado humanizado, el cual se basa en la reciprocidad, donde el personal de enfermería es el encargado de ayudar al niño a aumentar su armonía en su mente, cuerpo y alma. Desde este punto de vista, el cuidado que brinda el personal de enfermería no solo requiere que sea científico, académico y clínico, sino también que sea un agente humanitario y moral, de tal manera que, influya positivamente en la evolución de la enfermedad y el estado de salud del niño mejore pronto, evitando el estrés en el niño y en los familiares (Poblete y Valenzuela, 2007).

Objetivo

Determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por familiares de pacientes pediátricos internos en un hospital de segundo nivel.

Materiales y Métodos

El estudio es de carácter descriptivo con la recolección de datos de las distintas variables, fue no experimental, de cohorte transversal, y observacional, ya que no se manipularon las variables, se observaron tal y como son, en un período de 6 meses, de junio a diciembre de 2016, fue dirigido a familiares que estuvieron al cuidado de los niños del servicio de pediatría, siendo el universo 524 pacientes hospitalizados durante este período y una muestra de 147 familiares, el cálculo realizado tuvo un nivel de confianza de 95 %, se excluyeron de este estudio a los familiares que no aceptaron firmar el consentimiento informado, que solo estuvieron de visita o que tuvieran alguna enfermedad que les impida responder la encuesta.

De acuerdo a los objetivos planteados, esta investigación es de tipo cuantitativo, ya que se realizó un estudio concreto y delimitado con instrumentos, que permitió recolectar datos y realizar el análisis de los resultados a través de métodos estadísticos, los cuales se representaron de forma numérica.

Se utilizó el soporte bibliográfico, con uso de la biblioteca virtual de la Universidad Técnica del Norte, mediante la consulta de artículos, documentos y evidencias estadísticas, que se encuentran relacionados con la calidad del cuidado de enfermería, en base de datos, como: Scielo, ProQuest, EBSCO, Elibro; además, del repositorio de libros de la biblioteca.

Según los objetivos planteados para la recopilación de datos se utilizó la encuesta y la guía de observación. La encuesta consta de 23 preguntas cerradas, para lo cual, se utilizó como apoyo el cuestionario Care-Q de Larson y Ferketich (1981), con su respectiva modificación, el cual se denominó Cuestionario de Satisfacción del Cuidado (CUCACE), éste contiene 50 ítems en cuanto a la atención de enfermería desde la percepción del paciente, que fue destinado a los familiares de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de pediatría.

La guía se basa en 20 puntos de observación, que permitió identificar los factores que pueden influir en la calidad de los cuidados de enfermería del niño hospitalizado. Una vez aplicada la encuesta y la guía de observación, los datos recolectados fueron ingresados y procesados a través de Microsoft Excel y Epi Info.

Resultados y discusión

1. Competencia profesional

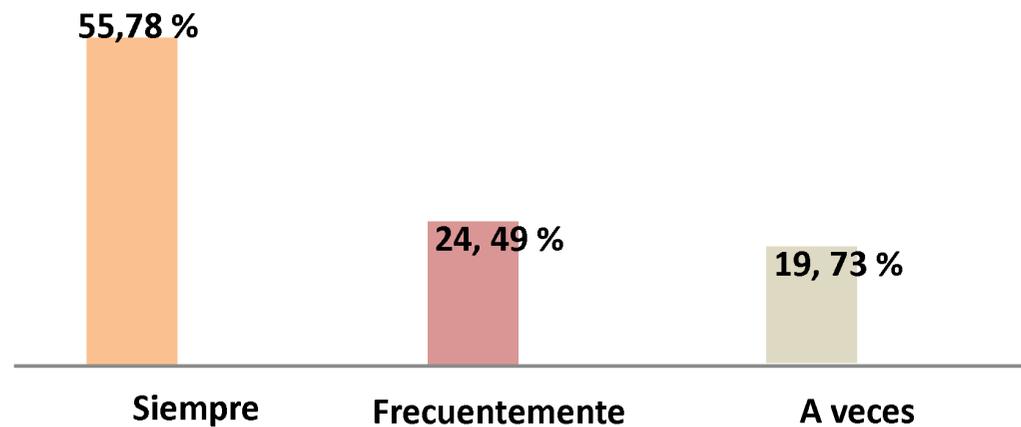


Figura 1. ¿El profesional de enfermería demuestra seguridad al momento de realizar sus actividades?

En esta categoría se observa que, el 56 % de la población menciona que el profesional de enfermería siempre demuestra seguridad al momento de realizar sus actividades, el 24 % indica que frecuentemente, mientras que un porcentaje significativo del 20 % afirma que el profesional de enfermería únicamente a veces demuestra seguridad. McEwen y Wills (como se citó en Gallardo, 2011) afirman que la teoría de conocimientos adquiridos será aplicada en la práctica de enfermería mediante la realización de actividades con fundamentos científicos. Teniendo en cuenta que, la seguridad es fundamental en la atención, ya que, si el personal de enfermería no está seguro de lo que realiza, se pone en riesgo la vida del paciente, sin embargo, muchas veces la falta de conocimiento, práctica y experiencia hace que se sientan inseguros, cabe anotar, que esto se va cultivando a lo largo de la vida profesional.

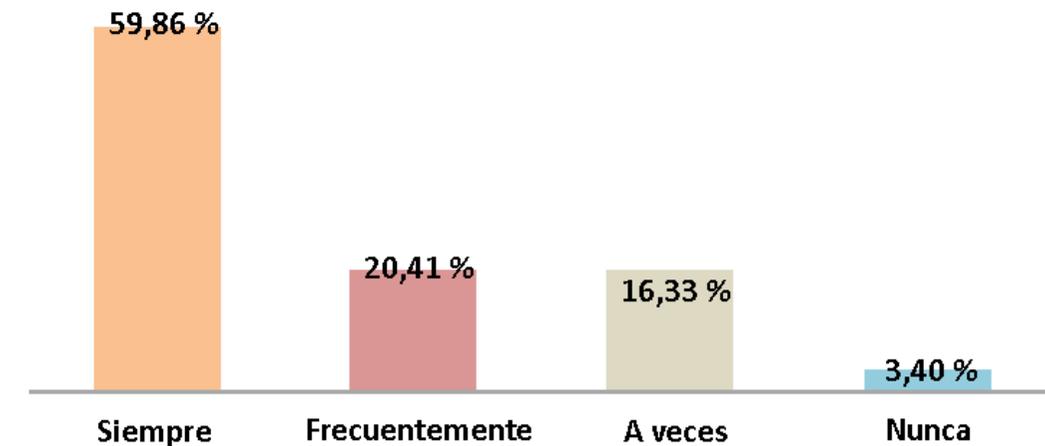


Figura 2. ¿El personal de enfermería está pendiente de las necesidades del niño para prevenir posibles alteraciones de la salud?

El 60 % de los familiares consideran que el personal de enfermería está siempre pendiente de las necesidades del niño, seguido de un 21 % que considera frecuentemente, mientras que el 16 % dice que solamente a veces y un porcentaje mínimo del 3 % aseguran que nunca estuvieron pendientes. Torrealba menciona que la enfermería es una disciplina que se encarga del cuidado de las personas en desequilibrio de salud, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación del individuo enfermo, por tal razón, se debe dar una atención ética, humana y con valores a las personas en el proceso salud-enfermedad, pacientes, familiares y a la sociedad (Santana et al., 2007). El estar pendiente de las necesidades que tenga el niño ayudará a que se recupere de la patología de ingreso y que no adquiera otra patología originada por falta de preocupación e interés por parte del profesional de enfermería, lo cual alargaría su estancia hospitalaria y aumentaría el estrés en el niño y sus familiares.

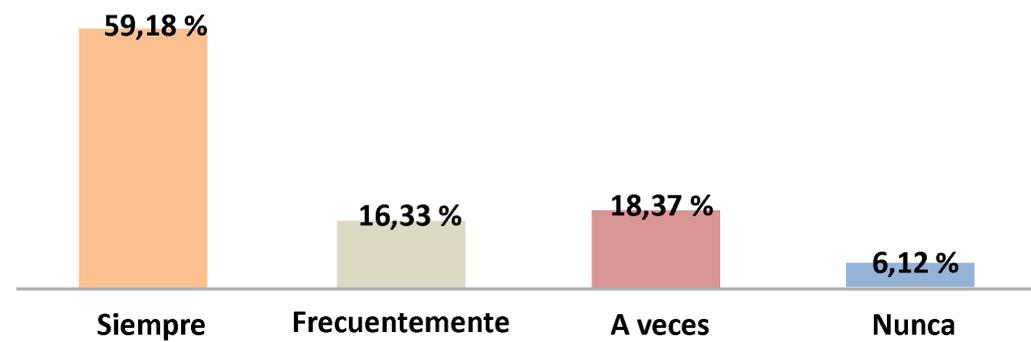


Figura 3. ¿El personal de enfermería al momento de realizar un procedimiento respeta la privacidad del niño?

De los familiares de los niños hospitalizados, el 59 % indican que el personal de enfermería siempre respetó la privacidad del niño al momento de realizar cualquier procedimiento, el 19 % solo a veces, seguido de un 16 % frecuentemente y un 6 % consideró que nunca respetaron la privacidad del niño. Desde este punto, Pfeiffer (como se citó en Rodríguez, 2009) manifiesta: “uno mismo decide, que pasará con su cuerpo que es suyo, con sus propiedades que son suyas, con la información de su vida que es suya, con su vida que es solo suya” (p. 19). La privacidad del paciente se basa en el derecho a la confidencialidad, ligado estrictamente a la intimidad y es obligación del profesional guardar el ‘secreto profesional’; por lo tanto, el paciente tiene el poder de decidir en qué momento y a qué personas debe ser revelada la información, así como también, es deber cuidar que el pudor del paciente no se vea afectado, ni se haga público sin su autorización.

2. Eficiencia

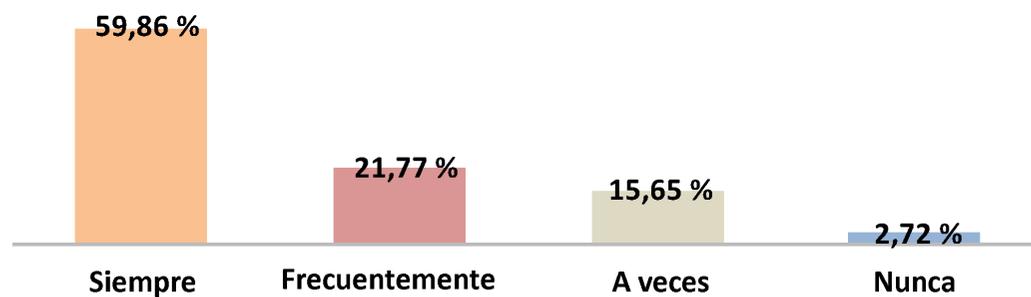


Figura 4. ¿Cuándo usted ha necesitado ayuda en el manejo del niño, el profesional de enfermería ha estado dispuesto para ayudarlo?

El 60 % de los familiares respondieron que siempre obtuvo ayuda en el manejo del niño por parte del profesional de enfermería cuando lo necesitaron, el 22 % frecuentemente, el 15 % solo a veces les ayudaban, y un 3 % manifestó que nunca recibieron ayuda cuando lo necesitaron. Para Pellegrino, cuidar es compadecerse de alguien, brindarle ayuda, ayudarlo a ser autónomo, invitarle a compartir su responsabilidad y su angustia, transformarlo en el verdadero centro de la vida sanitaria, en definitiva, velar por el bienestar del paciente, pues la relación ayuda en sí, no es una intervención de enfermería, sino que es la esencia de la misma, por la cual se inicia el resto de cuidados (Muñoz, Morales, Bermejo y Galán, 2014). Por esta razón, es necesario conocer nuestra esencia para llevarla a la práctica y lograr un bienestar bio-psico-social-espiritual, pues la ayuda no se planifica, es propia de todo ser el sentir la satisfacción de haber ayudado a los familiares en el cuidado de sus niños.

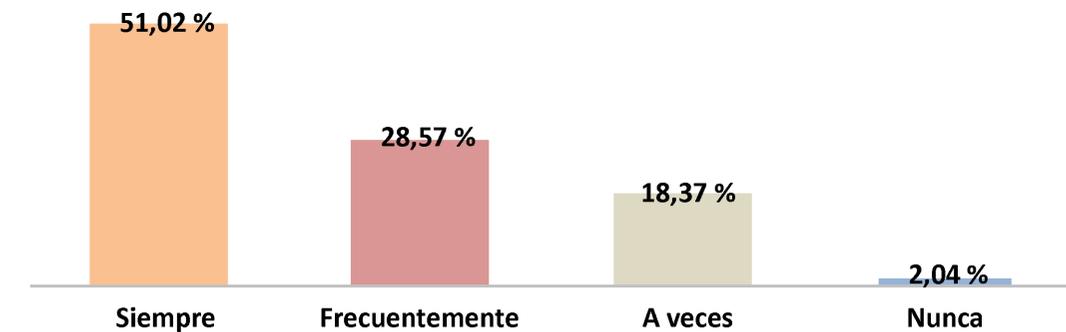


Figura 5. ¿El profesional de enfermería visita la habitación para ver el estado de salud del niño?

En la Figura 5, se puede apreciar que el 51 % de la población afirmó que el personal de enfermería siempre visitaba la habitación para ver el estado de salud del niño, un 29 % indicó que lo realizaban con frecuencia, seguido de un 18 % que manifestó que solamente a veces y con un bajo porcentaje que representa el 2 % que nunca visitó la habitación. Sobre esto, Moreno e Interrial (2012) manifiestan que:

El personal de salud está encargado de garantizar el bienestar del paciente durante su hospitalización. El profesional de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que responda antes sus demandas de atención (p. 186).

En el turno, el profesional de enfermería debe estar pendiente del niño, si necesita ayuda el familiar o cuando se presente alguna dificultad; en otros casos, donde no estén al cuidado del niño o no les presten la debida atención, por el estrés del entorno hospitalario, el profesional de enfermería debe estar alerta para prevenir posibles complicaciones en el niño.

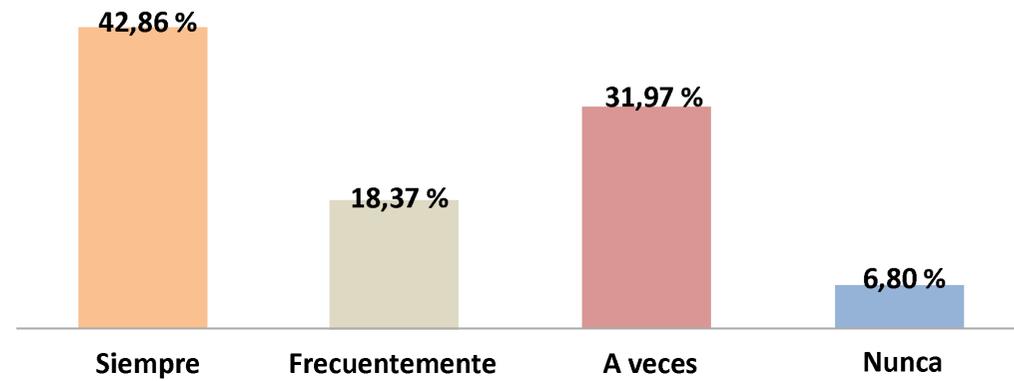


Figura 6. ¿El profesional de enfermería responde rápidamente a su llamado cuando necesita ayuda?

En la Figura 6 se puede apreciar que el 43 % de los familiares manifestó que el personal de enfermería siempre respondió rápidamente a su llamado cuando necesito ayuda, el 32 % dijo que solo a veces respondían a su llamado, pero no enseguida porque estaban ocupadas en otras actividades; seguido de un 18 % que lo hacían frecuentemente y un 7 % que nunca respondió al llamado. Keiko Kawane menciona que:

Las enfermeras necesitan cada vez más conocimiento profesional. De ahí que el deseo de estudiar y la capacidad de entender lo que se estudia sean imprescindibles. Además, las enfermeras han de tomar decisiones rápidas y actuar sin demora cuando la situación lo exige (Watch Tower Bible, 2019).

El profesional de enfermería hace todo lo posible por acudir inmediatamente al llamado del paciente, porque sabe que el familiar no lo hace por molestar, sino porque en realidad tiene algún problema, de esta manera, el actuar de enfermería ayudará a no poner en riesgo la vida del paciente.

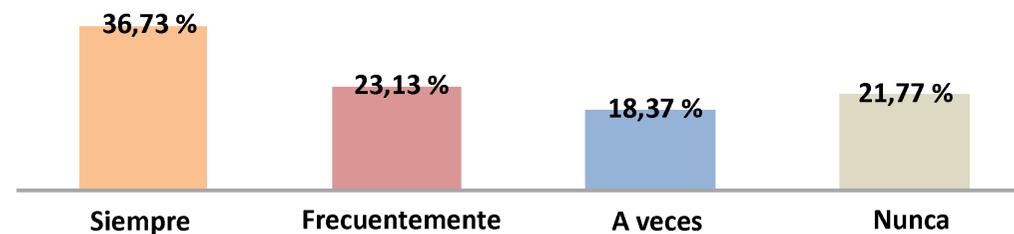


Figura 7. ¿Cuándo el niño tuvo algún problema de salud como; dolor, fiebre, vómitos, el profesional de enfermería lo resolvió pronto?

Al respecto, los familiares dicen que el 37 % del personal de enfermería siempre dio solución inmediata al problema de salud que tuvo su niño, ya sea fiebre, dolor, etc., mientras que el 24 % lo realizó frecuentemente, seguido de un 22 % que aseguro que nunca, ya que, no tuvieron problemas de este tipo, y el 18 % no dieron solución inmediata, porque expresaban que debían esperar la autorización del doctor. El profesional de enfermería debe estar capacitado y altamente preparado con conocimientos científicos y humanísticos para brindar una atención digna y de calidad, tener como prioridad la recuperación de la salud del paciente, por esta razón, se debe dar intervenciones que den solución al problema de salud de forma eficiente y oportuna.

3. Eficacia

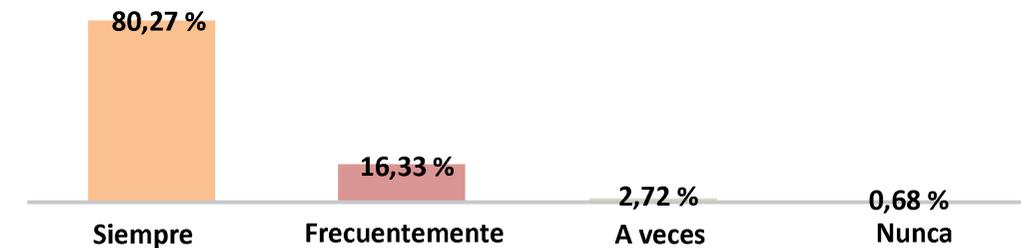


Figura 8. ¿El profesional de enfermería administra la medicación y realiza los procedimientos (curaciones, nebulizaciones, aplicación de compresas, etc.) a tiempo?

Se observó que el 80 % de los familiares indicó que el profesional de enfermería siempre realizaba los procedimientos a tiempo, puesto que se tiene un horario estricto en cuanto a la medicación, un 16 % indicó que frecuentemente, ya que en el turno de la noche no lo realizaban oportunamente, seguido de un 3 % que solo a veces y en un bajo porcentaje, con 1 % que nunca lo realizó oportunamente, ya que el personal estuvo ocupado.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, 2015, párr. 1).

Teniendo en cuenta lo anterior, la administración de medicamentos y realización de distintos procedimientos es fundamental para la recuperación de una enfermedad, por lo cual, se debe realizar de forma oportuna y sin equivocaciones para que no haya una recaída en el estado de salud de paciente.

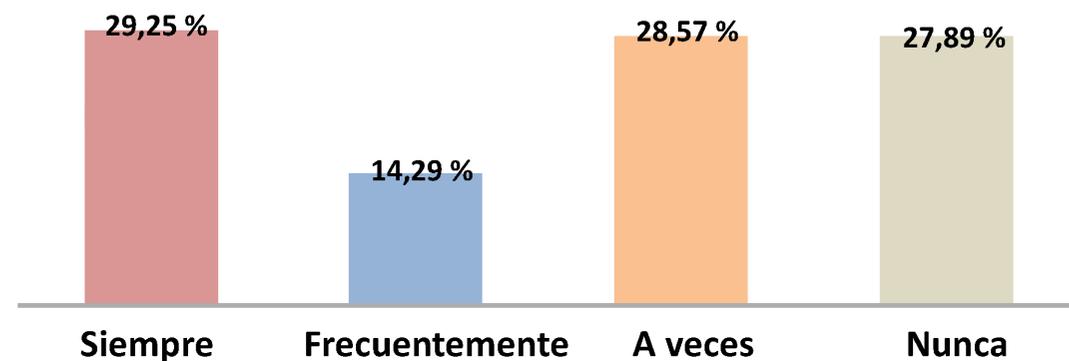


Figura 9. ¿El profesional de enfermería se preocupa de mantener la integridad del niño, en todo momento?

En la Figura 9, se evidencia que un 41 % de la población indicó que el profesional de enfermería en todo momento se preocupó por mantener la integridad del niño, un 34 % se preocupó con frecuencia de la integridad, seguido de un 23 % que solo a veces y con un 2 % que nunca se preocupó.

Pellegrino menciona a la integridad como una totalidad fisiológica, psicológica y espiritual de la persona, corresponde al equilibrio y armonía en las diversas dimensiones humanas necesarias para el buen funcionamiento de todo el organismo, en este sentido, la integridad es sinónimo de salud y el personal de enfermería está en la obligación de brindar atención, cuidando la integridad del paciente (Gómez, 2014). El profesional de enfermería, siempre y con mayor frecuencia, al realizar sus actividades cuida y vela por la integridad del paciente para no ocasionar daños tanto físicos como psicológicos, ya que, esto puede afectar el desarrollo de la vida del niño.

4. Empatía

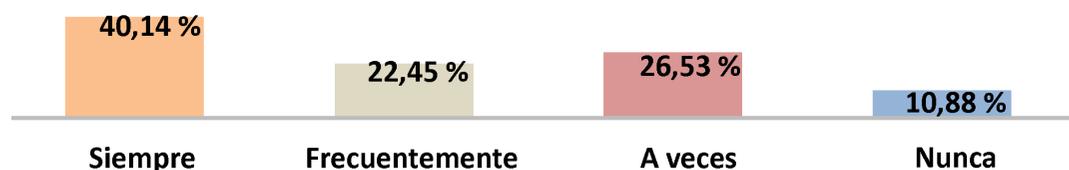


Figura 10. ¿El profesional de enfermería se identifica, se presenta ante usted con su nombre y su función?

En relación a la identificación del personal de enfermería al momento de atender, el 29 % de los familiares mencionó que siempre se presentaba por su nombre y su función, un mismo porcentaje (29 %) dijo que a veces se

identificaban, seguido de un 28 % que manifestó que nunca supieron el nombre del personal que le atendió y un 14 % se identificaban frecuentemente. Según María Rodríguez, asistente de Psicología Médica, mencionó que el personal de enfermería ejecuta muchas acciones con el paciente y lo atiende las 24 horas del día, buscando el restablecimiento, conservación del estado de la salud como su principal fin (Cabello y Moreno, 2013). Por ende, conocer el nombre del personal de enfermería que les atiende es importante, ya que, se considera básico para brindar confianza al familiar y poder establecer una relación de empatía entre profesional-familiar-niño, desde el momento que ingresa a la Unidad Hospitalaria, permitiendo interactuar con mayor facilidad al momento de la atención.

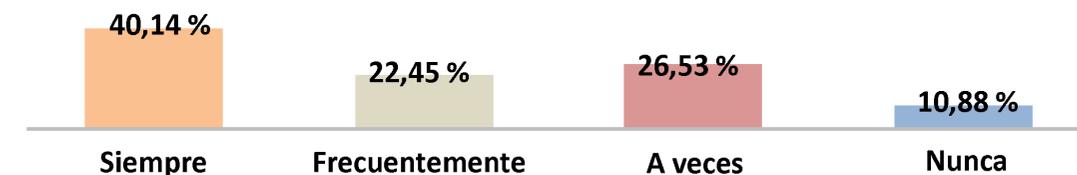


Figura 11. ¿El profesional de enfermería se dirige al niño por sus nombres?

Un 40 % de los familiares afirmó que el personal de enfermería siempre se dirigía por el nombre y apellido del niño al momento de la atención, un 27 % afirmó que únicamente a veces se dirigía al niño por su nombre, esto era cuando realizaban el cambio de turno del personal de enfermería, seguido de un 22 % que indicó que lo realizaban frecuentemente, mientras que el 11 % mencionó que el niño nunca fue tratado por su nombre, sino por el número de cama. Por su parte, Alvarado (2011) menciona en su estudio que, el personal de enfermería lleva un trato inadecuado con el paciente, el cual se evidencia cuando es llamado por su nombre y no demuestra amabilidad durante la atención. La identificación al paciente es uno de los estándares de calidad que permite la acreditación a los establecimientos de salud en el Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2015). El deber del profesional de enfermería es brindar una atención integral, tratar a las personas con respeto, llamándole por el nombre y apellido del paciente, ya que, el paciente reduce su ansiedad cuando siente que lo acogen, lo quieren y que se preocupan por él, además, que es una acción básica de los establecimientos de salud para evitar que ocurran eventos adversos al no identificar al paciente.

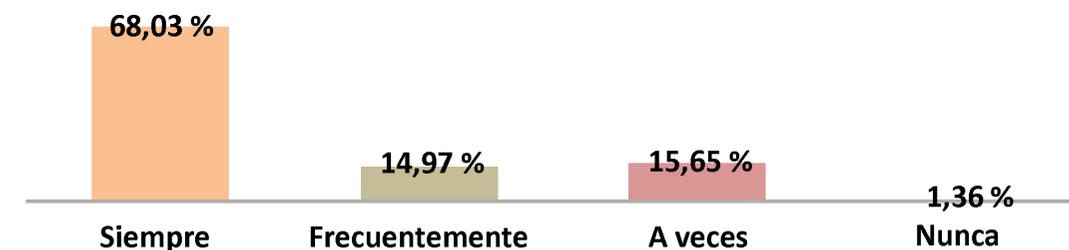


Figura 12. ¿El profesional de enfermería es amable, respetuoso, y muestra interés por el bienestar del niño?

La mayor parte de los familiares, en un 68 % afirmó que siempre les atendieron con respeto, amabilidad y mostrando interés en la recuperación del niño por parte del profesional de enfermería, un 16 % dijo que solo a veces demostraban estos valores y que eran poco cordiales, seguido de un 15 % que afirmó que frecuentemente, y en un bajo porcentaje del 1 % afirmó que nunca fueron tratados con valores, fueron descorteses y se enfocaban únicamente en cumplir su labor, por lo tanto, no están de acuerdo con la atención brindada. Al respecto, las enfermeras tienen que ser afectuosas tolerantes y mostrar empatía, es decir, “ponerse en el lugar del otro, tratar al paciente como le gustaría ser tratado, ver interés en los profesionales que se ‘preocupen por mí’” (Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud, 2013, p. 9). Para una buena atención y una pronta recuperación del estado de salud del paciente es necesario que el profesional de enfermería este consiente que, el niño necesita ser tratado con respeto, interés, bondad, y sobre todo con mucha paciencia, siendo estas cualidades humanas las que ayudarán a que tenga una mejor estancia hospitalaria.

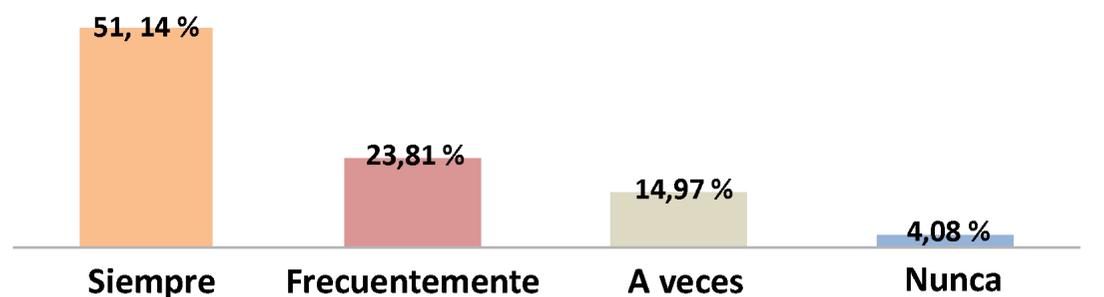


Figura 13. ¿El profesional de enfermería establece contacto físico con el niño, escucha con atención al familiar?

La Figura 13 muestra que un 57 % de los familiares afirmó que el personal de enfermería siempre estableció contacto físico con el niño y le escuchó con atención, el 24 % opinó que frecuentemente, seguido de un 15 % que dijo que a veces mostraban afecto hacia el niño, y un 4 % mencionó que el personal de enfermería nunca tuvo muestras de afecto, no establecieron contacto físico con el niño y no escuchaban cuando el familiar tuvo algo que decirle. El personal de enfermería debe tener el don de actuar con espíritu humano, sentir amor hacia las demás personas y un deseo sincero de ayudar, escuchar y preocuparse por el paciente, brindar amor, cariño, afecto, para que el paciente no se sienta un desconocido, sino que está tratando con alguien de su propia familia.

5. Comprensión

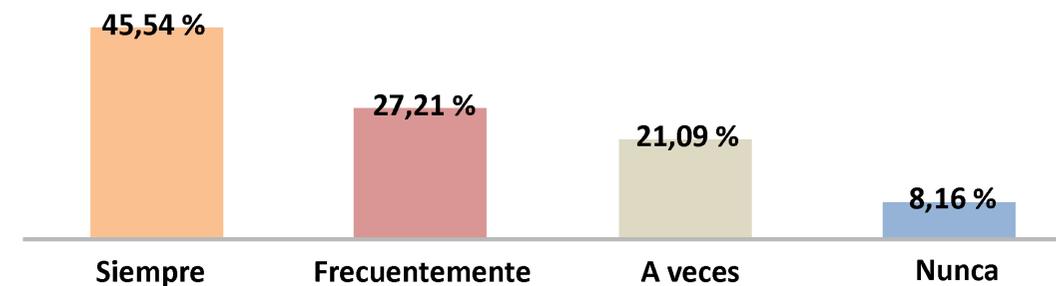


Figura 14. ¿El profesional de enfermería comprende que está usted atravesando una situación difícil con la salud de su hijo o familiar y le presta una atención especial?

La Figura 14 evidencia que un 44 % de familiares manifestó que el personal de enfermería siempre comprendió la situación por la que estaban atravesando con su niño hospitalizado y les prestaban atención, el 27 % manifestó que frecuentemente los comprendían, seguido de un 21 % que solamente a veces los comprendían, y un 8 % que nunca los comprendieron, ni les prestaron atención cuando el familiar lo necesitaba. Hildegard Peplau (como se citó en Ramírez y Müggenburg, 2015) en su teoría manifiesta que la enfermera en su primera fase inicia el conocimiento de éste como persona y obtiene información sobre la condición de salud, le ayuda a entender los problemas y presta atención; en la otra fase, se enfoca en las reacciones del paciente a la enfermedad y se trabaja en el entendimiento y comprensión del estado de la salud. Los pacientes y familiares esperan que el profesional de enfermería brinde un cuidado humano competente y eficaz, comprendiendo que se encuentran susceptibles y desean que atiendan a sus niños como personas, no como síntoma, patología o procedimiento.

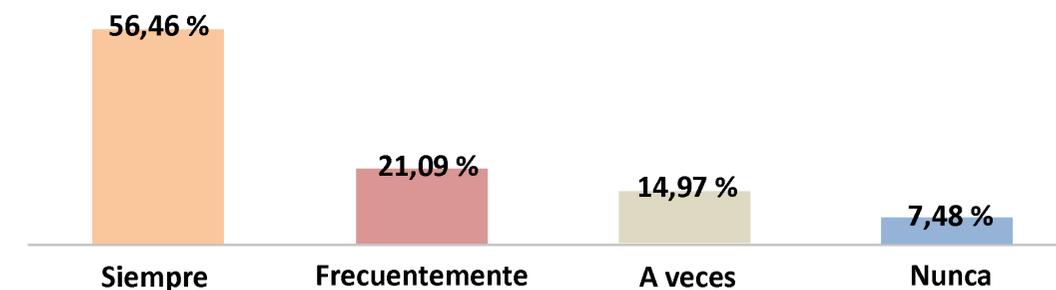


Figura 15. ¿El profesional de enfermería consigue de alguna manera con una buena actitud para que su hijo o familiar se deje realizar algún tipo de procedimiento?

En la Figura 15 se aprecia que el 56 % de la población manifestó que el personal de enfermería siempre consiguió con buena actitud para que el niño se deje realizar los procedimientos, el 21 % manifestó que lo realizaba frecuentemente, seguido de un 15 % que indicó que solo a veces conseguían los procedimientos con buena actitud y un 8 % mencionó que nunca consiguieron realizar los procedimientos de buena manera. Ferrero y Moreno (como se citó en Carsi, 2010) establecen que existen diferencias para solicitar colaboración a un menor de edad, ya que, no es lo mismo solicitarle que permita una fotografía, a que colabore en un procedimiento invasivo que genera molestia física, por esta razón, se deberá explicar de forma clara y apta para su edad mental, lo cual será beneficioso para su salud. Los familiares esperan que el niño sea tratado de la mejor manera posible, cuando existe una alianza terapéutica con el niño, existirá una colaboración de parte éste, porque cuando el paciente tiene claro el procedimiento tolera mucho mejor y genera menos estrés.

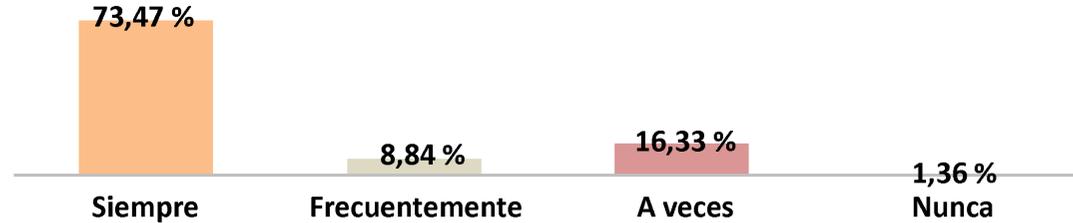


Figura 16. ¿El personal de enfermería le pide que le llame cuando necesite ayuda o el niño se sienta mal?

Con la mayoría de porcentaje, el 74 % de los familiares manifestó que el profesional de enfermería siempre le dijo que cuando necesitara ayuda o vea que el niño se sienta mal lo llame, el 16 % manifestó que solo a veces decían que los llamen, seguido de un 9 % que dijo frecuentemente, y un mínimo porcentaje de 1 % manifestó que nunca les dijeron que si necesitaban ayuda los llamen.

Virginia Henderson planteó que la enfermería era ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades el paciente las podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. (Hernández y Guardado, 2004, s.p.).

Por lo anterior, si el profesional de enfermería no manifiesta o pone en conocimiento al paciente o en este caso al familiar que está dispuesto a colaborar en cualquier momento o circunstancia que necesite, el familiar se sentirá preocupado cuando necesite de ayuda, por ende, es importante la comunicación y dar confianza desde el momento que ingresa el niño a la hospitalización.

6. Comunicación

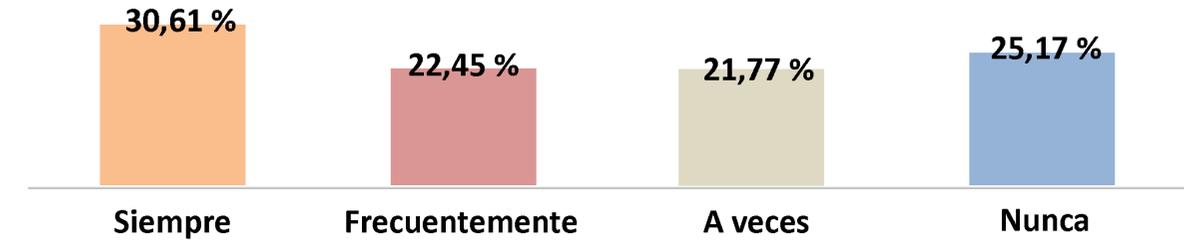


Figura 17. ¿El profesional de enfermería busca una buena oportunidad para hablar sobre los cambios de salud que está travesando su hijo o familiar?

Con relación a, si el profesional de enfermería buscó alguna oportunidad para hablar sobre la situación que estaba atravesando su niño, el 31 % de los familiares mencionó que siempre buscaron una forma para hablar con términos sencillos de la salud del niño, seguido de un 25 % que manifestó que nunca se acercaron a hablar sobre el cambio de salud que estaba atravesando su hijo, ya que decían que eso le correspondía al profesional de medicina y no les daban información; con un porcentaje significativo del 44 % comunicó que frecuentemente y a veces. “La comunicación es un arte, una habilidad que debe ser dominada por el personal enfermero” (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [CODEM], 2015, párr. 1), ya que, es un proceso interactivo y recíproco, por el que la enfermera y el paciente se benefician, es un elemento clave de la relación con el paciente, sin ésta es imposible manifestar al paciente la intención de ayuda. El personal médico es el encargado de dar la información pertinente del estado de salud del paciente, sin embargo, el profesional de enfermería es el que pasa más tiempo con el paciente, por lo cual, debe interesarse por las preocupaciones que tiene el familiar y brindarle consuelo.

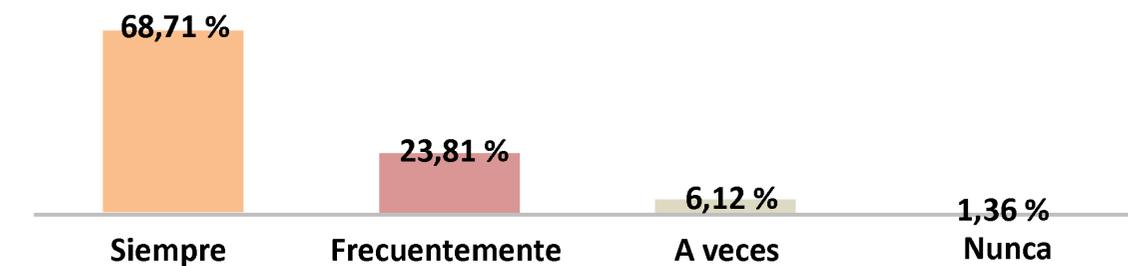


Figura 18. ¿El profesional de enfermería explica y orienta a los familiares de manera clara y adecuada sobre los cuidados que debe tener con el niño?

Como se observa en la Figura 18, el 69 % de familiares manifestó que el personal de enfermería siempre les explicó de forma clara sobre los cuidados que debía tener con el niño, el 24 % mencionó que frecuentemente, ya

que lo hacían pero no utilizaban los términos adecuados, seguido de un 6 % que dijo que a veces, además, solo les dieron información de cuidados al momento del egreso, mas no sobre los cuidados durante la estancia, y el 1 % afirmó que nunca les explicaron de manera clara sobre los cuidados, lo cual está relacionado con el lenguaje. Al momento de conversar o dirigirse al paciente, en este caso al familiar, se debe utilizar palabras adecuadas, términos sencillos para que puedan comprender, no un lenguaje técnico, ya que, la mayoría de las personas no entienden y por vergüenza tampoco preguntan.

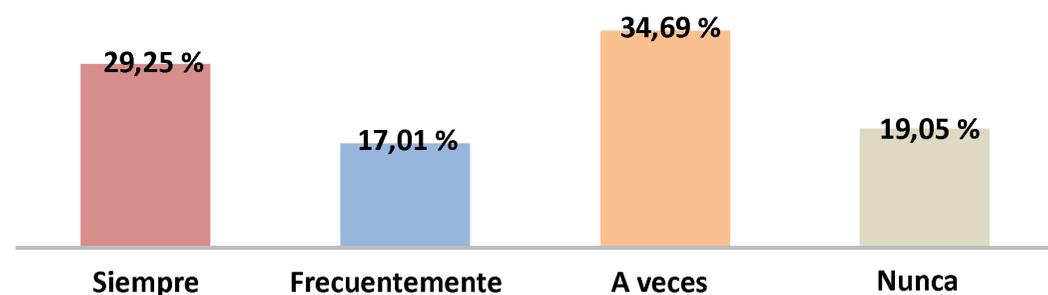


Figura 19. ¿El profesional de enfermería explica claramente la medicación que se administra y los procedimientos que se le realizan a su familiar?

Según la Figura 19, un 54 % afirmó que el personal de enfermería solo a veces explicaba sobre la medicación y procedimientos que se realizaban y esto lo hacían porque los familiares preguntaban, de lo contrario no les explicaban; por tanto, manifestaron que no sabían sobre los medicamentos que les administraban; seguido de un 29 % que indicó que el personal de enfermería siempre les explicó sobre la medicación que le administraban y procedimientos que realizaban, y un 17 % afirmó que frecuentemente explicaban los procedimientos. En Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, en su Artículo 6 menciona que todo paciente tiene derecho a la información concerniente sobre cualquier procedimiento a realizar o medicación a administrar antes y durante diversas etapas de atención al paciente a través del equipo de salud responsable (Congreso Nacional, 2012). De esta manera, cuando el familiar tiene información sobre el procedimiento que va a realizarse o sobre la medicación que se administra, éste puede estar tranquilo, además, permite recibir colaboración de los familiares del paciente, ya que saben con certeza que todo lo que el equipo de salud realiza es para la recuperación del niño.

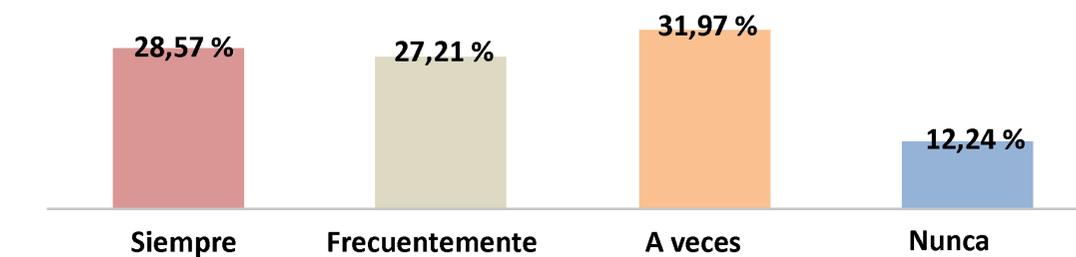


Figura 20. ¿El profesional de enfermería responde a las dudas en relación a la situación del niño?

Los familiares consideraron que el personal de enfermería siempre y frecuentemente resolvió sus dudas y dieron solución a ellos (56 %), mientras que un 32 % consideró que solo a veces, y un 12 % aseguró que no resolvieron las dudas que tenían en cuanto a la situación del niño. Tanto el niño como el familiar al entrar en contacto con el medio hospitalario tienen preguntas, inquietudes, dudas sobre la enfermedad del niño: si se va a recuperar, el tiempo de hospitalización, si la medicación que le dan será útil o cuál es la necesidad de hospitalizar al niño; así las cosas, el papel de enfermería debe cumplir con la función de informar, una información clara y pertinente, para que el familiar y el niño se sientan tranquilos.

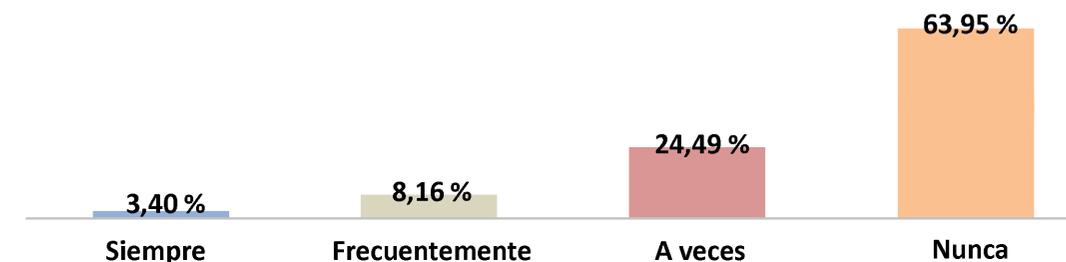


Figura 21. ¿El personal de enfermería ha realizado actividades recreativas y distractoras a los niños hospitalizados?

De acuerdo con la Figura 20, un 64 % afirmó que el profesional de enfermería nunca realizó actividades recreativas y juegos con los niños, un 25 % aseguró que pocas veces jugaron con ellos porque su enfermedad no lo permitía, un 8 % manifestó que frecuentemente y en un 3 % dijo que siempre jugaron con el niño durante la hospitalización. Por lo anterior, hay que tener en cuenta que:

Los niños(as) se comunican principalmente por medio del juego. A través de éste expresan sus sentimientos, se relacionan con los demás y asimilan gran cantidad de información, desarrollando así sus funciones físicas y

mentales. Es preciso, por ello, potenciar dicha actividad lúdica en el hospital. Los niños(as) necesitan jugar en el hospital, y para ello, se precisa disponer de salas y de materiales recreativos adecuados a las necesidades infantiles. (Serrada, 2007, p. 642).

Los niños ingresan a un entorno no agradable que les obliga a asimilar múltiples cambios, ya sea, por la misma enfermedad, cambios de estilo de vida o separación de sus padres, por ello, el personal de enfermería debe darse un tiempo para realizar actividades que distraigan al niño de este mal momento, sin embargo, un alto porcentaje no lo realiza, una veces por falta de tiempo o por que la patología no lo permite.

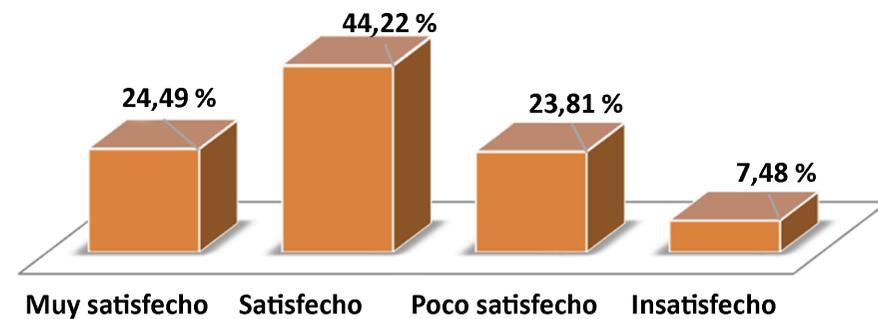


Figura 22. ¿Según la atención recibida por parte del profesional de enfermería usted cómo se siente?

Según los resultados obtenidos, el 44,22 % de la población manifestó que se siente Satisfechos con la atención recibida por parte del profesional de enfermería que labora en el servicio de Pediatría, seguido de un 23,49 % que dijo que se encuentran Muy Satisfechos; sin embargo, existe aún un porcentaje significativo de 31,29 % que indica que la atención es poca satisfactoria y que no se siente nada satisfechos con la atención brindada.

Borré y Vega (2014) realizaron un estudio sobre la calidad percibida de la atención de enfermería en un hospital de Barraquilla, el cual indica que, el 96,87 % estuvieron Muy satisfechos y Satisfechos con la atención recibida. En contraste, se puede observar que en el presente estudio se encontró un porcentaje de insatisfacción significativo;

por lo tanto, una institución hospitalaria debe estar basada en un sistema de calidad, sustentado en una serie de valores, que se debe fomentar en el personal de enfermería, donde se encuentra: la actitud, habilidades, destrezas, la presencia y el trato humanizado.

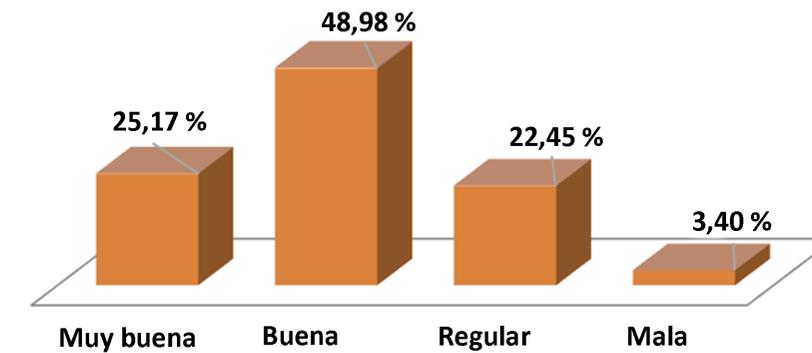


Figura 23. ¿Cómo considera la preparación del personal de enfermería que le ha atendido al niño durante la hospitalización?

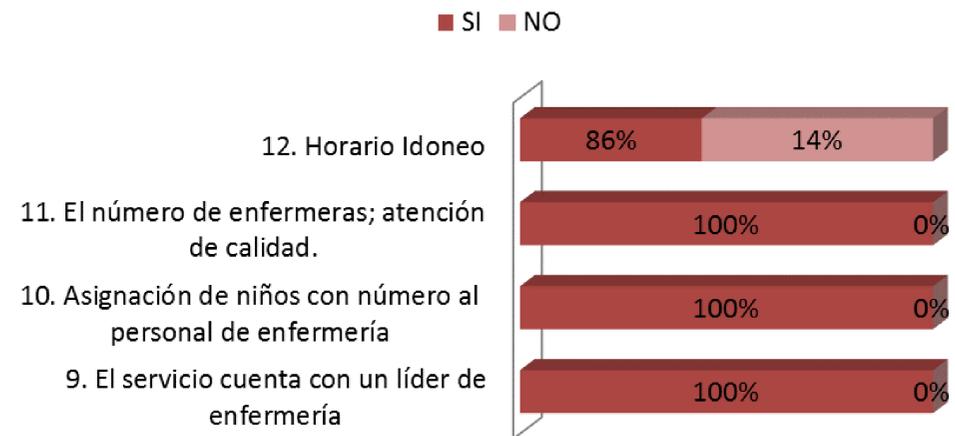
De los resultados obtenidos en relación a la percepción de los familiares sobre la preparación del personal de enfermería, el 48,98 % la calificó como Buena, seguido de un 25,17 % que la calificó como Muy Buena, porque dicen que están muy capacitadas, realizan bien los procedimientos, hacen alusión a un trato amable, cortés con valores humanos, están pendientes de las necesidades del niño y muestran interés por el estado de salud del niño en cuanto a su recuperación; en un porcentaje significativo del 25, 85 % calificó la preparación de enfermería como regular y mala, argumentado por falta de capacitación, actualización en conocimientos, práctica, falta de comunicación y comprensión. Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud que está contemplado en la Ley 911 del 2004, los profesionales de enfermería deben responder por la calidad humana, técnica y científica de los cuidados de enfermería al paciente con o libre de enfermedad (Congreso de Colombia, 2004; Merchan, 2011). De ahí que los familiares más que una atención técnica y que cumpla con sus funciones responsablemente, necesitan de un trato con calor humano, que implique una atención de calidad.

Resultados y análisis de la guía de observación

Competencia profesional



Recursos humanos



El plan nacional del Buen Vivir, en el objetivo 3, manifiesta que se mejorará la calidad de prestación de salud en todas las etapas de vida de la persona, promoviendo procesos enfocados en la formación continua del personal de salud, con la finalidad de ser profesionales competentes y con valores. De la misma manera, se dotará en cuanto a la

infraestructura, equipamiento y mobiliario hospitalario, según las necesidades de cada entidad (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Senplades], 2013).

En cuanto al factor de competencia profesional, se observa que, 7 enfermeras trabajan con confidencialidad, oportunamente y en equipo; 6 de cada 7 enfermeras establecen prioridades, dan mensajes con cordialidad, cumplen con protocolos, y toman decisiones con base en conocimientos científicos; sin embargo, 5 de cada 7 enfermeras toman medidas de bioseguridad. En el factor recursos humanos, se preguntó a todas las enfermeras si la asignación de enfermeras por número de pacientes es la correcta y si el horario laboral establecido es idóneo para dar una atención de calidad, a lo cual manifestaron que sí, no obstante, al realizar el cálculo respectivo el servicio necesitaría 11 enfermeras para cumplir a cabalidad con sus actividades. En cuanto al factor infraestructura y equipamiento, el servicio no cuenta con un entorno hospitalario adecuado, que se rija a normas en cuanto a iluminación, división de camas, sin materiales en la ludoteca, muebles en mal estado general, sin insumos necesarios para hacer frente a la patología del niño; en consecuencia, al existir estos factores externos es casi imposible brindar una atención de calidad.

Conclusiones

De acuerdo a la opinión de los familiares sobre la calidad de atención de enfermería es aceptable en relación a las pautas de competencia profesional, eficiencia, eficacia, empatía, comprensión, y comunicación, ya que, el profesional de enfermería demuestra seguridad, confiabilidad, presta su ayuda, toma decisiones con base científica, son empáticos, se identifican, se dirige al niño por su nombre, es amable, respetuoso, afectuoso, comprenden y concilian con el niño, dan un cuidado humanizado con valores y principios, responden a dudas y explican con palabras sencillas a los familiares. Sin embargo, se ve bastante disminuido la realización de actividades recreativas con el niño.

La calidad de la atención, no solo está enfocada en el comportamiento, actitudes y aptitudes del personal de enfermería, también es necesario la suficiente provisión de insumos, un área física adecuada con espacios que permitan llevar a cabo procedimientos, que garanticen el cumplimiento de protocolos, esto ayudará a mejorar la calidad de atención y la percepción de los familiares irá en aumento si todos estos elementos confluyen entre sí.

Cabe señalar que, la calidad en la atención no está solo en la abundancia física que posea una institución, la verdadera riqueza está en la atención humanizada que pueda brindar el personal que hace parte del equipo de salud y que tiene una cercanía especial con sus pacientes, en este caso en particular, los profesionales de enfermería de las áreas pediátricas de los hospitales.

Referencias

Alvarado, C. (14 de octubre de 2011). Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina. *Revista electrónica de Portales médicos.com*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3685/1/Percepcion-del-paciente-acerca-de-la-calidad-de-atencion-que-brinda-la-enfermera-en-el-servicio-de-Medicina.html>

Borré, Y. (2013). *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>

Borré, Y. y Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 81-94.

Cabello, M. y Moreno, J. (10 de marzo de 2013). Comunicación y relación enfermera/paciente [Diapositivas]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/mandapiocce/comunicacion-y-relacion-enfermera-paciente>

Cadena, E. y Rosero, J. (2016). *Calidad de atención según la percepción de los usuarios del Centro de Salud "San Gabriel", de la provincia del Carchi 2015* (tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6160/1/06%20ENF%20708%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Casi, E. (2010). Deber profesional de obtener el asentamiento del niño para participar como sujeto de investigación. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(4), 306-314.

Chandia, Y. (2006). Introducción a la calidad en salud. Recuperado de <https://docplayer.es/5394176-Introduccion-a-la-calidad-en-salud.html>

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM). (10 de abril de 2015). Comunicación efectiva enfermera-paciente: una estrategia más en el cuidado. *Prensa CODEM*. Recuperado de <https://www.codem.es/noticias/comunicacion-efectiva-enfermera-paciente-una-estrategia-mas-en-cuidado>

Congreso de Colombia. (2004). Ley 911 de 2004. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf

Congreso Nacional. (2012). Ley Orgánica de Salud. Recuperado de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

Gallardo, A. (2011). Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave*, 11(4). doi: 10.5867/medwave.2011.04.5001

Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. (2013) ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno informe global. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-9004_recurso_1.pdf

Gómez, R. (2014). Integridad. *Cuadernos de Bioética*, 25(1), 123-128.

Hernández, A. y Guardado, C. (2004). La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista cubana de enfermería*, 20(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007#cargo

Herráiz, L. (2011). Calidad de la percepción recibida por los pacientes hospitalizados a través de la comunicación terapéutica sensorial. *Serie de trabajos de fin de Master*, 3(2), 706-719.

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. (2015) ¿Qué es un error de medicación? Recuperado de <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>

Merchan, B. (2011). Conocimientos que tiene el profesional de enfermería sobre legislación colombiana en enfermería y el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. *Cuidarte*, 10(1), 175-181.

Ministerio de Salud Pública. (2015). Proceso de Acreditación Internacional. Seguridad de la atención al paciente. Recuperado de <https://docplayer.es/9414743-Acreditacion-canada-internacional.html>

Moreno, M. e Interrial, M. (2012). Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de enfermería*, 21(4), 185-189. doi: 10.4321/S1132-12962012000300002

Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J. y Galán, J. (2014). La relación de ayuda en enfermería. *Index de enfermería*, 23(4). doi: 10.4321/S1132-12962014000300008

Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de enfermagem*, 20(4), 499-503.

Ramírez, P. y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143. doi: 10.1016/j.reu.2015.07.004

Rodríguez, G. (2009). *La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza* (tesis de maestría). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.bioeticaunbosque.edu.co/Investigacion/tesis/SALUD/GLORIA_LUCIA_RODRIGUEZ.pdf

Santana, L., Sánchez, M., Hernández, E., García, M., Ronaina, P. y Villanueva, Á. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Medicina intensiva*, 31(6), 273-280.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). Buenvivir. Plan Nacional 2013-2017. Recuperado de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Segura, K., Miranda, C. y Guillén, D. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. *Revista CuidArte*, 3(5), 26-36.

Serrada, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educare la revista venezolana de educación*, 11(39), 639-646.

Watch Tower Bible. (2019). La importante labor del personal de enfermería. Recuperado de <https://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/102000802>

Madres adolescentes un reto social y de academia

Carlota Castro Quintana¹

Angy Natalia Quesada Flórez²

Paola Andrea Ruiz Suarez³

Stefany Vanessa Castillo Sierra⁴

María Antonia Molina Páez⁵

Leydi Tatiana Cruz Rojas⁶

Norma Constanza Hernández García⁷

Resumen

En el año 2013 se da inicio al programa ‘Madres Adolescentes, un reto social y de academia’, tras observar que en el municipio de Girardot había un incremento en el número de embarazos a temprana edad (280 casos en 2011; 292 en 2012), razón por la cual se plantea un trabajo conjunto con la Secretaría de Salud del municipio, realizando visitas domiciliarias a las adolescentes madres, notificadas por las instituciones educativas, IPS, por demanda inducida o hallazgos incidentales de casos en el entorno comunitario. Durante la visita domiciliar se realizó la valoración integral a la adolescente en estado de gestación, puerperio, recién nacido y/o lactante; posteriormente, se estableció un plan de cuidado de enfermería de acuerdo a la necesidad encontrada, para lo cual se brindó un acompañamiento en la reestructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción, con el fin de evitar un embarazo subsecuente. Desde estrategias etnometodológicas, las enfermeras interactúan con el entorno social de la adolescente madre y su familia. Es un estudio longitudinal prospectivo, basado en registros individuales de la experiencia personal de cada adolescente durante su periodo de gestación, posparto, puerperio y lactancia materna, para un total de 957 valoraciones en el periodo de ejecución. En el año 2017 se hizo

¹ Maestrante Territorio Conflicto y Cultura, Universidad del Tolima. Coordinadora Unidad Amida de los adolescentes y jóvenes; Docente, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: carlotacastroquintana@gmail.com

² Pasante, Programa Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia. Unidad amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca. Estudiante de la profundización de salud sexual y procreativa, Programa de Enfermería, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: nataque1997@outlook.com

³ Pasante, Programa Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia. Unidad amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca. Estudiante de la profundización de salud sexual y procreativa, Programa de Enfermería, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: pao.ruiz.sua@gmail.com

⁴ Estudiante de la profundización de salud sexual y procreativa, Programa de Enfermería, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: stefan.y.c@hotmail.com

⁵ Estudiante de la profundización de salud sexual y procreativa, Programa de Enfermería, Universidad de Cundinamarca. Pasante, Programa Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia. Unidad amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: mariantonia_2180@hotmail.com

⁶ Estudiante de la profundización de salud sexual y procreativa, Programa de enfermería, Universidad de Cundinamarca. Pasante Programa Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia. Unidad amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: tatiana_cr_09@hotmail.com

⁷ Estudiante de la profundización de salud sexual y procreativa, Programa de Enfermería, Universidad de Cundinamarca. Pasante, Programa Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia. Unidad amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: normayoscar22@hotmail.com

Ponencia oral

154 visitas a gestantes, 184 puérperas, 185 valoraciones a recién nacidos, 30 seguimientos y 22 visitas fallidas. El rango de edad en las gestantes es de 12 a 19 años, y puérperas de 13 a 21 años. Este acompañamiento permitió la caracterización de los determinantes asociados a la gestación en las adolescentes, georreferenciar los casos para proyectar acciones comunitarias, dada la concentración en las comunas más vulnerables del municipio, orientar el cuidado hacia la adopción de prácticas cuidantes en la gestación, autocuidado, especialmente en la higiene, y el mejoramiento de las relaciones familiares.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia, Determinantes sociales de la salud, puerperio, recién nacido y lactante.

Adolescent mothers, a social and academic challenge

In 2013 the program 'Adolescent mothers, a social and academic challenge' was started, after being observed an increase in the number of pregnancies at an early age (280 in 2011, 292 in 2012) in the municipality, which is why a joint effort is being made with the Secretary of Health of the municipality, making home visits to adolescent mothers notified by educational institutions, IPS, or induced demand or incidental findings of cases in the community setting. During the home visit, a comprehensive assessment is made of the pregnant woman, post-partum period, newborn and / or breastfed baby, a nursing care plan is established according to the need found, providing support in the reorganization of the project life, the development of the new role and promoting the adherence to contraception in order to avoid a subsequent pregnancy.

Through ethno methodological strategies, nurses interact with the social environment of the adolescent mother and her family. It is a prospective longitudinal study based on individual records of the personal experience of each adolescent during their gestation period, post-partum period and breastfeeding, with a total of 957 assessments in the execution term. For the year 2017, 154 visits were made to pregnant women, 184 to post-partum adolescents, 185 to assessments to newborns, 30 follow-ups and there were 22 failed visits. The age range in pregnant women is from 12 to 19 years, and post-partum adolescents from 13 to 21 years. This accompaniment has allowed the characterization of the determinants associated with pregnancy in adolescents, geotagging the cases to plan community actions given the concentration in the most vulnerable communes of the municipality, guiding care towards the adoption of care practices in pregnancy, especially self-care in hygiene and the improvement of family relationships.

Key words: pregnancy in adolescence, Social determinants of health, post-partum period, newborn and breastfed baby.

Introducción

Madres adolescentes un reto social y de academia es un proyecto creado a partir del cuidado que brinda enfermería en la Unidad amiga de adolescentes jóvenes de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, para atender la población de hombres y mujeres adolescentes en gestación, parto y puerperio, con el fin de orientar el cuidado de la salud, prevenir el riesgo durante la gestación y un embarazo subsiguiente, y promocionar prácticas de cuidado en

la gestante, puérpera, en el recién nacido y en la pareja con énfasis en prácticas sexuales seguras y anticoncepción, orientadas en su entorno familiar, con enfoque cultural, de género, en derechos sexuales y reproductivo.

Desde el II periodo académico del año 2013, se dio inicio a la construcción de los proyectos en la Unidad Amigable, al observar la problemática en el municipio de Girardot, la cual radicó en el embarazo a temprana edad (adolescentes), puesto que los nacidos vivos para el año 2013, según reporte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) por grupo de edad entre los 10-14 años fue de 18 nacidos vivos y entre la edad de 15-19 años fue de 351 nacidos vivos y entre 20 a 24 años fue de 449 nacidos vivos en el municipio de Girardot (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2013), desde luego comparado con el panorama nacional de Colombia, se reporta en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (2015), un descenso de embarazos en la adolescencia a partir de 2010, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija disminuyó pasando del 19,5 % en 2010 al 17,4 % en 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015). Vale la pena resaltar que, el descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija entre 2010 y 2015 se presentó en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años. Razón por la cual, se vio la necesidad de intervenir en conjunto con la Secretaría de Salud del municipio a toda la población adolescente en estado de gestación, puerperio y recién nacido hasta los dos años, realizando visitas domiciliarias a las adolescentes que cumplieran con las características anteriormente mencionadas, adolescentes remitidas por las instituciones educativas, IPS, Secretaría de Salud Municipal o comunidad. Durante la visita se realizó una valoración integral, determinando factores de riesgo y factores protectores, se identificaron los determinantes sociales y se brindó educación acerca de pautas de crianza, lactancia materna, cuidados pertinentes durante la gestación y el puerperio, y anticoncepción.

El embarazo y la maternidad en adolescentes causa preocupación en la sociedad, precisamente por el inicio temprano de la sexualidad, que conlleva el riesgo del embarazo precoz, riesgo que se incrementa por la falta de orientación, de comunicación, de acompañamiento de los adolescentes en los procesos de maduración biológica y psicológica, en esta etapa crucial del ciclo de vida.

Resultados que se pueden evidenciar en el reporte presentado en el año 2017, en el cual se hicieron 154 visitas a gestantes, 184 a puérperas, 185 a recién nacidos. El rango de edad fue de 12 a 19 años y de las puérperas de 13 a 21 años, de las cuales 75 puérperas (40 %) ya terminaron su 11 grado, 24 (13 %) se encuentran en 6 grado y 31 (17 %) en 8 grado, de las 154 gestantes valoradas, solo 44 (29 %) culminaron sus estudios. La incidencia de los embarazos es debido al descenso de la menarquía y con ello el deseo de experimentar una vida sexual, esto se observa en 154 gestantes, en el 32 % (50) la menarquía fue a los 12 años, y en el 26 % (40) la menarquía fue a los 13 años. El 32 % (50) iniciaron su vida sexual a los 15 años, seguido de un 27 % (42) a los 14 años y un 21 % (32) inicio su vida sexual a los 13 años (Base de datos Madres adolescentes un reto social de academia, 2017).

En toda la experiencia, los enfermeros en formación identificaron factores asociados al embarazo a temprana edad, como: la edad de la menarquía donde prevalecen las edades de 11 a 12 años, resultados que al ser comparados

con el estudio realizado por Leal, Stuardo, Molina y Gonzáles (2015) en Santiago de Chile son muy similares, donde también, la mediana de la edad para la menarquía fueron los 12 años. Otro de los factores es el estrato, que va relacionado con el acceso a la escolaridad de estas adolescentes y, por ende, a como se proyectan en la vida, lo cual está afín con la situación económica real de su familia. Se ha visto también influenciado la edad de la pareja de las adolescentes, ya que, según la UNFPA, un estudio a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, concluyo que, en promedio, las parejas son seis años mayores que las adolescentes, en algunos casos la edad se duplicaba: “Según el documento, existen casos de niñas de 10 años que ya son madres y cuyos compañeros estables tienen hasta 26 años. Las de 11, 12, 13 y 14 años suelen tener parejas de entre 21 y 22 años (Organismo Andino de Salud convenio Hipólito Unanue y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018).

Por lo cual, es importante trabajar en la prevención de los embarazos tempranos no deseados, ya que, la ausencia de redes de apoyo dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades en el adolescente con gestación temprana, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar que se requiere para el sano desarrollo.

Metodología

La metodología utilizada para trabajar con las adolescentes estuvo direccionada mediante el proceso de búsqueda de todas las madres puérperas del municipio en su entorno rural y/o urbano, a través de todas las bases de datos proporcionadas por las diferentes E.P.S y las que remite la Secretaría de Salud del municipio, realizando un proceso de selección de estas adolescentes, las cuales se localizaron mediante su dirección y número de teléfono, para así iniciar con la visita domiciliaria.

La investigación fue un trabajo de campo con enfoque cuasi experimental, que permitió una interacción directa con el binomio madre e hijo y facilitó realizar un acompañamiento y valoración de los mismos; también, se logró identificar factores de riesgo mediante la observación directa en las prácticas de cuidado, del entorno y el planteamiento de su nuevo proyecto de vida y propiciar métodos, los cuales incentiven a las adolescente a continuar con su proyecto de vida; Además, este acompañamiento permitió direccionar a la adolescente y su hijo a recibir una atención oportuna cuando se identifiquen signos de alarma que afecten el bienestar del binomio.

Asimismo, se utilizó una estrategia etnometodológica, dado que ésta permite la interacción de las enfermeras con el entorno social de la adolescente, de una manera individualizada y facilita la interpretación de la influencia de su entorno en su estilo de vida y la orientación del cuidado a partir de los recursos que posea. Fue un estudio longitudinal prospectivo, basado en registros individuales de la experiencia personal de cada adolescente durante su periodo de gestación, posparto, puerperio y lactancia materna.

Población

Mujeres adolescentes (de 12 a 19 años de edad) en periodo de gestación (12 a 21 años de edad), parto, puerperio y lactancia hasta 24 meses de edad del bebé. Para un total 957 valoraciones en el periodo de ejecución desde 2013 hasta el 2017.

Muestra

Para el año 2017 se hicieron 154 visitas a gestantes, 184 puérperas, 185 valoraciones a recién nacidos, 30 seguimientos y 22 visitas fallidas.

Técnicas

- **Búsqueda activa de madres adolescentes:** Ubicación de las usuarias por medio de las bases de datos proporcionadas por la Secretaría de Salud del municipio de Girardot y las IPS primarias y/o EAPB. Posteriormente, se hizo contacto telefónico para ubicación y confirmación de la visita, dado que muchas de sus viviendas se encuentran ubicadas en zonas de alto riesgo social por delincuencia, pandillas y zonas de alto consumo de sustancias psicoactivas.
- **Visita Domiciliaria:** Permite tener contacto directo con el entorno social y familiar de las adolescentes, de esta manera, se pudo determinar la influencia de este contexto en las condiciones de vida y gestación.
- **Entrevista:** Facilita guiar una conversación directa entre el entrevistador y la adolescente y/o familia donde se realizan preguntas de diversos grados de formalidad, logrando obtener datos, opiniones, ideas, experiencias, entre otros. Esta técnica apoya la recolección de la información requerida en la valoración de enfermería.
- **Valoración de Enfermería:** Por medio de la cual se realiza la valoración física, emocional, social y espiritual de la gestante, puérpera y lactante, para identificar las necesidades de cada una de ellas, y así, plantear el cuidado de enfermería y ejecutar las acciones de cuidado con los recursos de su entorno o hacer la gestión para adquirirlos.
- **Proceso de Atención de Enfermería:** Con la aplicación del Proceso de Enfermería, se logró identificar las necesidades de las adolescentes de manera individual y definir los diagnósticos de enfermería, plantear las actividades e intervenciones que se requieren para realizar de manera adecuada e integral el acompañamiento a las jóvenes y a su pareja y/o familia.

Instrumentos para la recolección de datos

Se definieron para el registro de los hallazgos el instrumento de valoración y seguimiento a la puérpera, recién nacido y su núcleo familiar, asentimiento y/o consentimiento informado, plan de cuidados de enfermería y hoja de registro para el seguimiento.

Instrumento de valoración a la adolescente gestante. Documento seccionado en forma secuencial, se inició con datos de identificación, aspectos sociodemográficos, seguidos por datos necesarios durante la gestación para cada patrón funcional y valoración obstétrica a la gestante. Para el presente periodo se incluyó los antecedentes personales y familiares, algunos ítems sobre la sexualidad y se actualiza el formato, teniendo en cuenta la guía de práctica clínica prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo y parto.

Instrumento de valoración a la adolescente puérpera. Este formato cuenta con un diseño similar al instrumento de valoración a la adolescente gestante, dividido en datos de identificación, antecedentes socioeconómicos, obstétricos, personales y familiares, por patrones funcionales de Gordon, haciendo énfasis en el periodo de puerperio y una descripción de las condiciones generales del sector de residencia de la adolescente.

Formato ficha de valoración al recién nacido. Como el recién nacido es un individuo que solo se comunica a través de facies, movimientos corporales o el llanto, la principal fuente de información subjetiva es su madre, teniendo en cuenta esto, el documento se encuentra seccionado de la siguiente forma: identificación básica, datos antropométricos y de inmunización al momento del nacimiento, medidas antropométricas actuales, seguida de la valoración céfalo-caudal y neurológica con evaluación de reflejos del recién nacido.

Familiograma. Instrumento de representación esquemática de la familia, para proveer información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Permite valorar la composición familiar (miembros que la componen, resaltando los que viven en el hogar), las relaciones biológicas y legales, las relaciones afectivas, los problemas de salud o causas de fallecimiento y el tipo de ocupación o datos laborales de importancia.

Eco mapa. Instrumento que permite de forma rápida identificar las interrelaciones de la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, es decir, da información sobre la red extra familiar de recursos. Nutrición, abrigo, protección, salud, sentido de pertenencia, relaciones interpersonales, comunicaciones y movilización, educación y enriquecimiento, fuentes de crecimiento espiritual, autonomía y destreza, generatividad.

Plan de cuidado de enfermería: Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Para la organización del plan de cuidado se trabaja con los lineamientos de los diagnósticos de la *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA.

Hoja de registro para el seguimiento. Documento seccionado en forma secuencial, que inicia con datos de identificación, aspectos sociodemográficos necesarios para continuar con un estudio específico a cada usuaria; en este documento se registró los datos significativos de las visitas, con el fin de poder brindar un cuidado continuo a la gestante, puérpera o recién nacido que así lo amerite, se tiene en cuenta, además de los datos personales, las evidencias fotográficas y las firmas de las usuarias y de sus familiares si así se requiere.

Problema

El embarazo en adolescentes es causa y consecuencia de las grandes inequidades de la sociedad, el alto índice de natalidad genera una problemática de salud pública, en la cual el desconocimiento de las prácticas sexuales, de los métodos de planificación y la falta de apropiación de prácticas de autocuidado sexual, conllevan al desarrollo de una sexualidad irresponsable; problemática que se presenta en todo el territorio Colombiano, los resultados presentados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reporta que entre el año 2008 y el 2013 en promedio han nacido 159.656 hijos de madres entre los 10 y 19 años (DANE, 2013), cifras realmente alarmantes. Girardot al presentar en los últimos seis años un número de 2.624 nacidos vivos de madres adolescentes (Secretaría de Salud de Girardot y Oficina Epidemiología, 2013) es evidencia de una ausencia de acciones contundentes intersectoriales para la prevención de estos embarazos y de la promoción de prácticas sexuales seguras, retardo del inicio de las relaciones sexuales, manejo del tiempo libre, orientación sexual y del crecimiento y desarrollo del adolescente y del joven, entre otras acciones que, les permita a las familias y grupos de pares asumir con responsabilidad y seguridad su sano crecimiento y desarrollo sexual.

Con el grupo de gestantes y madres adolescentes existentes, la unidad amigable se plantea a partir del programa de “Madres adolescentes, un reto social y de academia”, empoderar a los padres de su cuidado en la gestación, parto, puerperio y lactancia, así como, asumir la responsabilidad del cuidado del recién nacido, replantear su proyecto de vida a partir de la realidad económica y social que tienen, sin perder la motivación de su crecimiento académico y una inserción laboral con preparación técnica, tecnológica o profesional.

Por medio de las visitas domiciliarias realizadas, se ha logrado en estos 5 años valorar un total de 957 adolescentes madres (Unidad amiga de adolescentes y jóvenes, 2013-2017), donde la edad mínima encontrada es de 12 años y la edad máxima de 19 años al momento de la captación, porque en el seguimiento proyectado para los dos años, se tienen madres jóvenes hasta los 21 años de edad, en donde se fortalece la adherencia a la anticoncepción, los vínculos maternos y paternos, se empodera a los adolescentes de su cuidado sexual y derechos sexuales y reproductivos, pautas de crianza y proyecto de vida; a su vez, se ha encontrado que el problema de las adolescentes embarazadas radica en la poca información sobre temas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y la practicas de relaciones sexuales de riesgo, en donde su inicio de vida sexual la realizan por la curiosidad de experimentar qué son las relaciones sexuales, llevándolas a no tomar consciencia de los riesgos que tiene el inicio de relaciones sexuales sin protección y a temprana edad.

Durante estas valoraciones se identificó algunos determinantes propios de las adolescentes embarazadas, como son el factor biológico, que conlleva a una menarquía a temprana edad, donde se obtiene una madurez reproductiva, pero sin que se alcance la capacidad de manejar situaciones de riesgos, lo cual conlleva a conductas sexuales de riesgo, ya que tienen un pensamiento mágico, propio de esta etapa, que los lleva a creer que no se pueden embarazar; otro determinante son las condiciones socioeconómicas, las cuales se ven ligadas a la pobreza, a una educación continua y de calidad y a la falta de información oportuna y veraz en temas de derechos sexuales

y reproductivos; otro determinante son las condiciones de vida y entorno familiar, en donde se ha encontrado que las adolescentes embarazadas son hijas de madres adolescentes y siguen esta figura de antecedente de fecundidad en la adolescencia, además, la sobreprotección de aquellas adolescentes y la falta de normas y límites conllevan a un embarazo no planeado, ni deseado.

De modo que, con base en los objetivos del nuevo milenio, se busca evitar las morbimortalidades maternas extremas, la mortalidad infantil, los factores de riesgo de la gestante, la puérpera, el recién nacido y lactante y evitar el embarazo subsecuente. A partir de esta problemática de salud en el municipio. El programa de la Unidad Amigable busca intervenir oportunamente a cada adolescente, brindando el cuidado de Enfermería, proporcionando herramientas para su autocuidado, la aceptación de su nuevo rol como madre y que le dé continuidad a su proyecto de vida

Resultados

La organización de los resultados se da siguiendo las variables del estudio, de la manera en que responden a la problemática planteada:

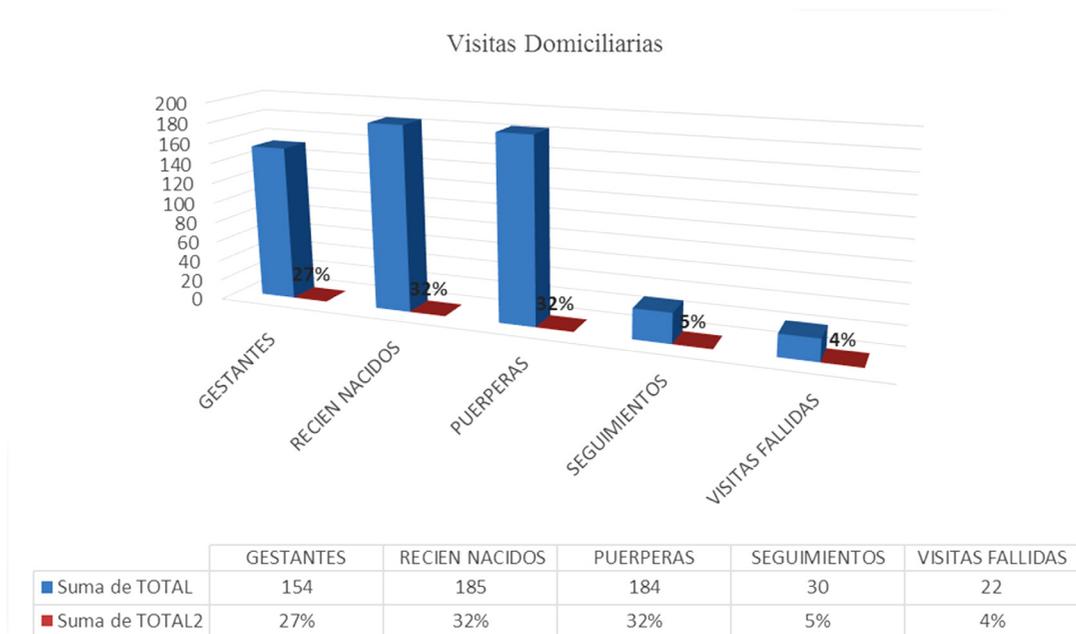


Figura 1. Visitas domiciliarias y valoraciones.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

En el año 2017 se realizaron 154 valoraciones a gestantes, equivalente a un 27 %, 184 visitas a puérperas, equivalentes a un 32 % y 185 visitas a recién nacidos, correspondiente a un 32 %, donde se encontró un posparto gemelar, 30 seguimientos, equivalente a 5 % y 22 visitas fallidas equivalentes al 4 %.

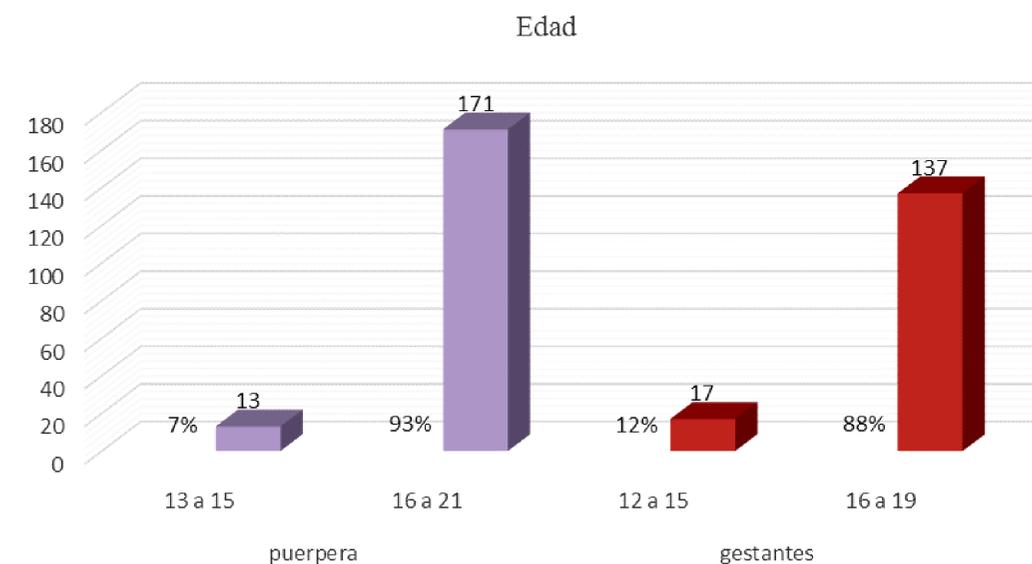


Figura 2. Edad promedio de la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

Con relación a la edad, la Figura 2 evidencia que la edad mínima en puérperas fue de 13 años y la máxima de 21 años. El mayor promedio de las adolescentes que se valoraron estaban en edades de 16 a 21 años con un 93 %. Mientras que, de las gestantes valoradas, la edad con mayor número de embarazos está entre 16-19 años, siendo los 19 años la más alta, con un 31 % (48); seguido de un 26 % (40) la edad de 18 años. Sin embargo, es preocupante que a pesar de las intervenciones realizadas en temas de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Girardot, la edad mínima de embarazo en adolescente está en 1 % (2) entre los 12 y 13 años; según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud:

El porcentaje de adolescentes, de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo e hija muestra la misma tendencia de la tasa específica de fecundidad: aumenta de 12.8 por ciento en 1990 a 20.5 por ciento en 2005, para luego disminuir a 19.5 por ciento en 2010 y a 17.4 por ciento en 2015. (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015, p. 287).

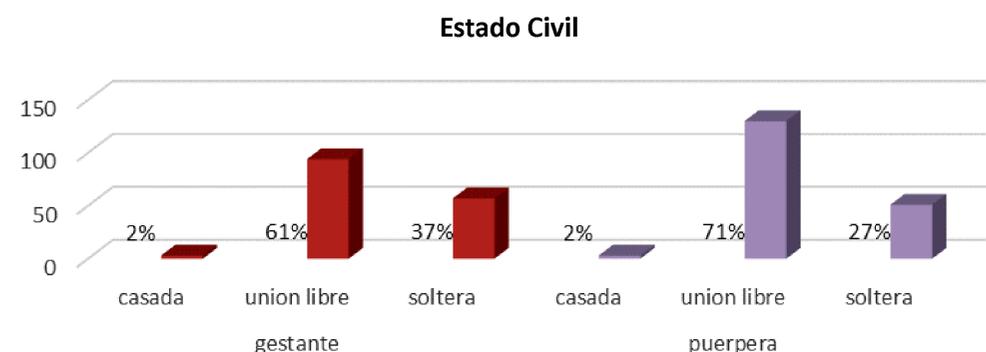


Figura 3. Estado Civil de la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

Según la Figura 3, en el año 2017, la relación entre las 154 gestantes y 184 puérperas adolescentes valoradas, evidenció que en las gestantes 61 % (94) y las puérperas 71 % (130) predomina la convivencia con sus parejas en unión libre; la razón por la cual las puérperas refieren que se encuentran viviendo en unión libre es porque se sienten muy jóvenes para adquirir esta responsabilidad, además, sus parejas no se comprometen, ya que, no se sienten seguros de la relación y en cualquier momento se pueden separar. Por otro lado, se encuentra un gran número de adolescentes que asumen la maternidad solas, con un 37 % (57) en gestantes y 27 % (51) en puérperas. Mientras que en un porcentaje menor del 2 % (3) en gestantes y 3 % (3) en puérperas se encuentran casadas. Al contrastar estos datos con el informe *Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina 2017*, en el análisis de la unión (todo tipo de cohabitación, no sólo el matrimonio formal que en general es infrecuente entre las adolescentes de la Subregión), sí parece tener un vínculo estrecho con los niveles de fecundidad y maternidad adolescente. Todos los países de la Subregión registran probabilidades de tener la primera unión durante la adolescencia, específicamente en Colombia, antes de los 15 años en un 4 % y antes de los 18 años en un 23 % (Organismo Andino de Salud convenio Hipólito Unanue y Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas, 2018).

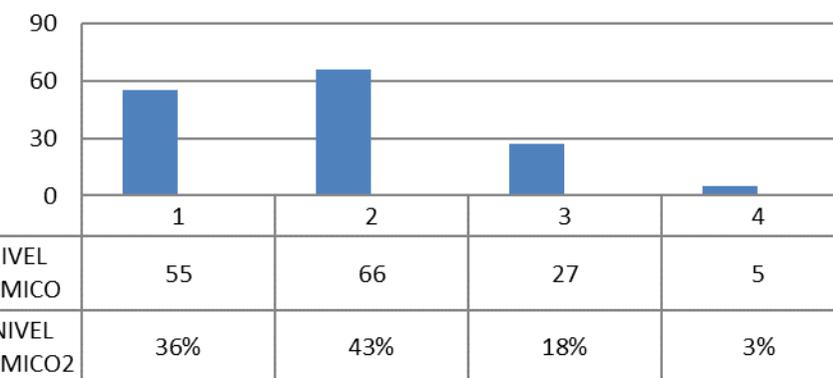


Figura 4. Nivel socioeconómico de la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

De las gestantes adolescentes valoradas, se encontró que el nivel socioeconómico con mayor porcentaje, con un 43 % (66), es el nivel II, seguido del nivel I con un 36 % (55). En estos niveles socioeconómicos, los cuales son de bajos recursos, se concentra un 79 % de los embarazos de las adolescentes Girardoteñas. Teniendo en cuenta la Encuesta Nacional realizada en 2015, que muestra que la prevalencia de la maternidad en la adolescencia disminuye a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas: mayor urbanización, educación, quintil de riqueza y desarrollo regional. Asimismo, se evidencian diferenciales muy marcados, especialmente por quintil de riqueza y nivel educativo. El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años del quintil bajo de riqueza madres o embarazadas por primera vez es 5,8 veces más alto que el porcentaje observado en las adolescentes de la misma edad del quintil alto de riqueza; la prevalencia de la maternidad o primer embarazo entre las adolescentes con educación primaria es 5,2 veces la de aquellas con educación superior (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

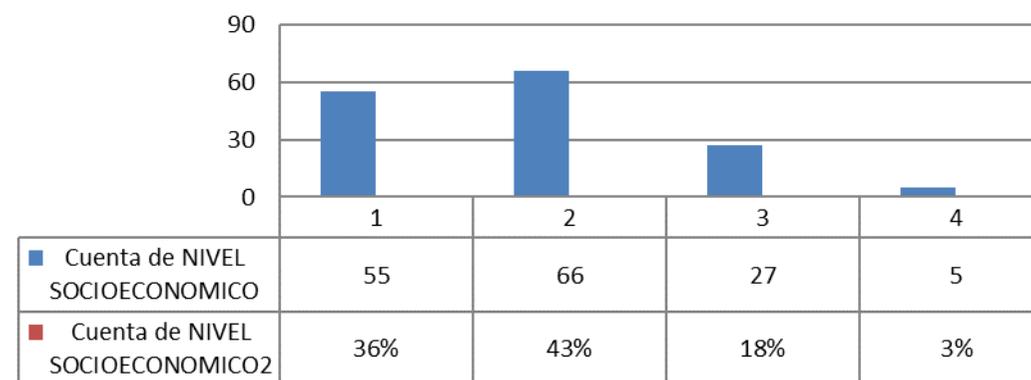


Figura 5. Ocupación de la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017

Para el año 2017 de las 184 púérperas y 154 gestantes valoradas, el 91 % y el 85 % refieren dedicarse al hogar por el nacimiento de su hijo (a), otro factor para que las adolescentes decidan dedicarse al hogar es por no tener una profesión con la cual puedan devengar económicamente, debido a la edad y su grado de estudio. En relación a las adolescentes que continúan sus estudios durante su gestación se encontró un 12 % y en su puerperio y/o lactancia se encontró un 7 %. Y solo un mínimo número de gestantes (3 %) y púérperas (3) laboraban al momento de la valoración. Al contrastar estos datos con ENDS 2015, como se observa en el análisis de desempleo por grupo de edad, en Colombia la mujer padece más desempleo en todas las edades de 13 a 19 años, específicamente, en un 23,2 %. Sin duda, el cuidado de los hijos es un limitante para conseguir o tener empleo, ya que, en dos de cada tres familias con trabajo, la mujer cuida los hijos (González, 2017).

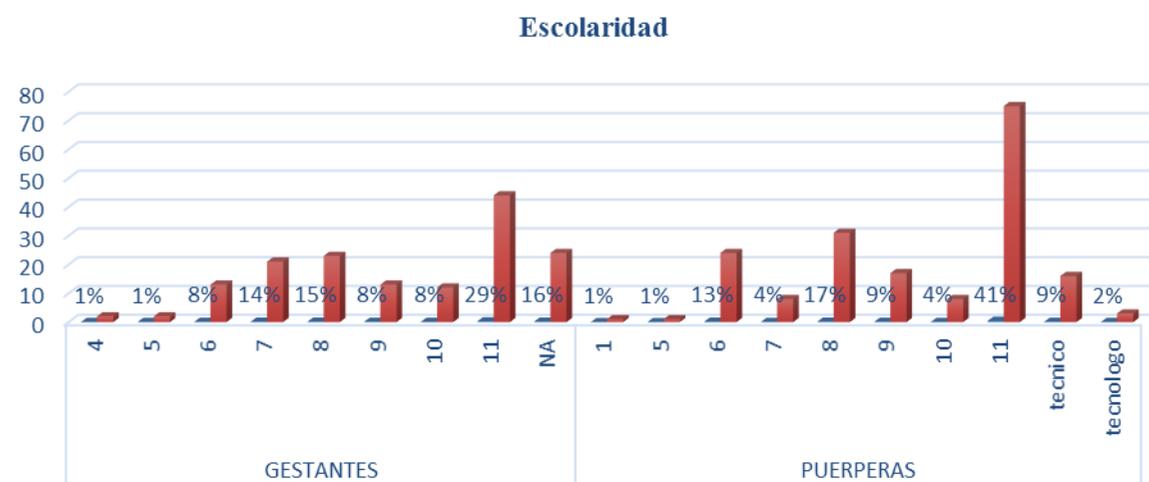


Figura 6. Nivel de escolaridad de la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de púérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

De las 184 valoraciones a púérperas y 154 a gestantes, la escolaridad mínima para las gestantes fue de cuarto de primaria con un equivalente al 1 %, mientras que para las púérperas es de primero de primaria, equivalente al 1 % y la máxima es de bachiller académico en un 29 % de las gestantes valoradas y un 41 % de las púérperas valoradas. Al contrastar estos datos con el documento de la *Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones*

del mundo al inicio y al final de la adolescencia, los resultados confirman la bien documentada desigualdad social de la maternidad adolescente, pues, las adolescentes con educación universitaria tienen menos de 10 % de probabilidades de haber sido madre durante la adolescencia, mientras que aquellas con baja educación registran probabilidades de 81 % en Colombia. De esta manera, la probabilidad de las adolescentes con baja escolaridad es al menos 5 veces la de las adolescentes con educación universitaria (Rodríguez, Di Cesare y Paez, 2017).

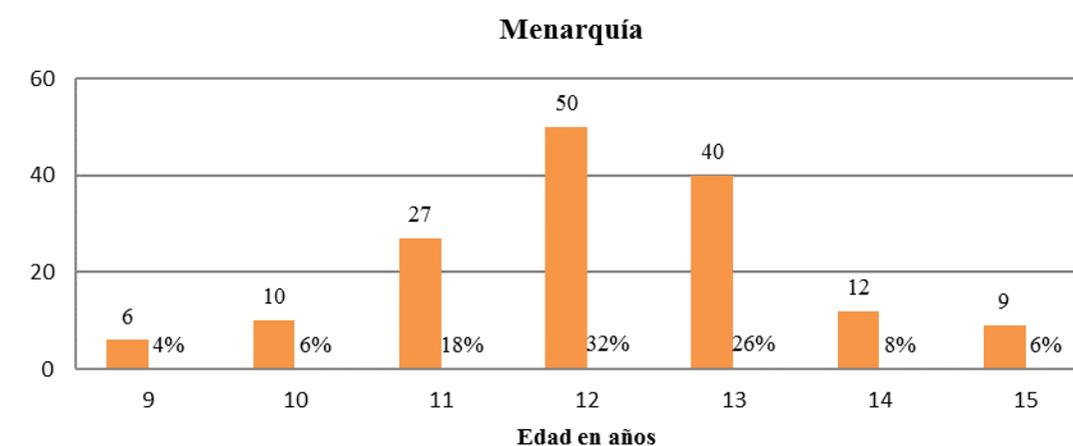


Figura 7. Menarquía en la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de púérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

Para el año 2017, de las 154 gestantes valoradas, se evidencia que la edad de menarquía es de 12 años con un 32 % (50); seguido con un 26 % (40) con una edad de menarquía de 13 años. Con un menor porcentaje de 4 % (9) su edad de menarquía fue de 9 años, lo cual está relacionado con el inicio temprano de las relaciones sexuales, ya que, en la investigación se evidencia en que el 80 % (124) tienen relaciones entre las edades de 13 a 15 años. Al contrastar estos resultados con la ENDS 2015, el adelanto de la menarquía marca el inicio del período reproductivo en la mujer. Actualmente, las adolescentes en Colombia adquieren su capacidad reproductiva desde los 12 años (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

¿A qué edad fue su primera relación sexual?

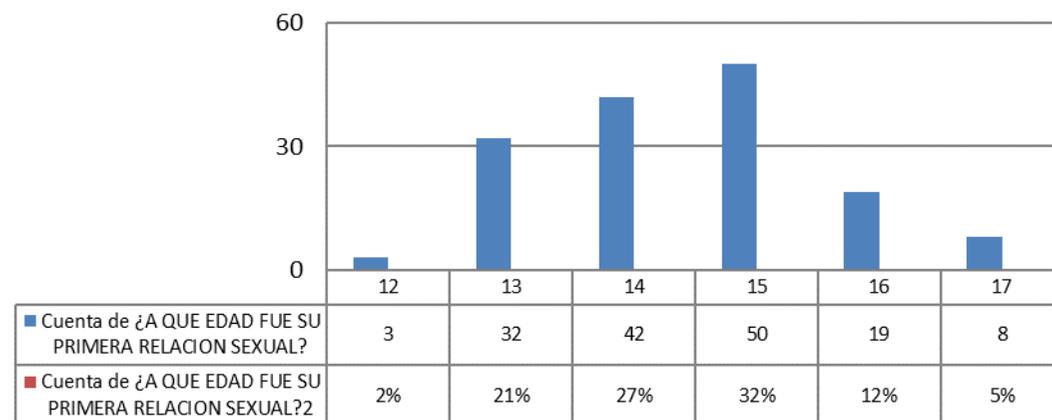


Figura 8. Promedio de edad de la primera relación sexual en la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

En el año 2017, de las 154 gestantes valoradas, el 32 % (50) iniciaron su vida sexual a los 15 años, seguido de un 27 % (42) que iniciaron su vida sexual a los 14 años. Y con un 32 % (32) iniciaron su vida sexual a los 13 años. Es importante destacar que la edad mínima de inicio de actividad sexual es de 12 años de edad, la misma edad con mayor número de adolescentes a quienes les llegó su menarquía. Se considera que el inicio de la actividad sexual se relaciona con la edad de la menarquía de las niñas, dado que a más temprano se desarrollan más temprano inician las relaciones sexuales, sin tener en cuenta los riesgos de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, ya que, no cuentan con una orientación adecuada sobre temas de sexualidad ni la madurez para asumir esta responsabilidad. Al comparar estos resultados con el documento *Diagnostico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina*, muestra que:

Colombia es un caso interesante pues entre 1986 y 2010 los porcentajes de iniciación sexual se duplicaron tanto para los 15 como para los 18 años (...), y el incremento de la iniciación a los 20 años fue de un 80 %, alcanzando

un 82,2 % de la población en ese grupo etéreo (UNFPA, 2014). Para Colombia los datos recientes de la ronda 2015 indican que la proporción de mujeres que se inició antes de los 18 años ascendió al 65 por ciento, comparado con el 60 por ciento registrado en el año 2010 (Profamilia, 2015). (Organismo Andino de Salud convenio Hipólito Unanue y Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas, 2018, p. 59).

Planificación previa a la gestación

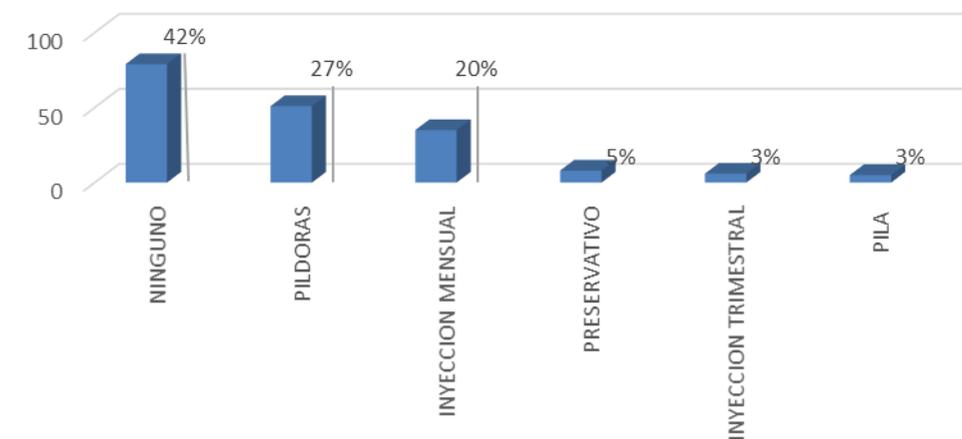


Figura 9. Planificación previa a la gestación en la población objeto de estudio.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

Según los resultados, para el año 2017, se evidenció que los métodos más utilizados fueron las pastillas y la inyección, porque pueden adquirirse fácilmente en la droguería, pero por esta misma razón, les es muy fácil abandonar este método, pues no todas las veces tienen la capacidad económica para adquirirlo. De las mujeres adolescentes, entre 14 y 21 años no usaban métodos anticonceptivos en un 42 %. Al comparar con datos nacionales, la ENDS 2015 reporta que el 69,9 por ciento de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años no usan métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

Tiempo relacion con el padre del hijo

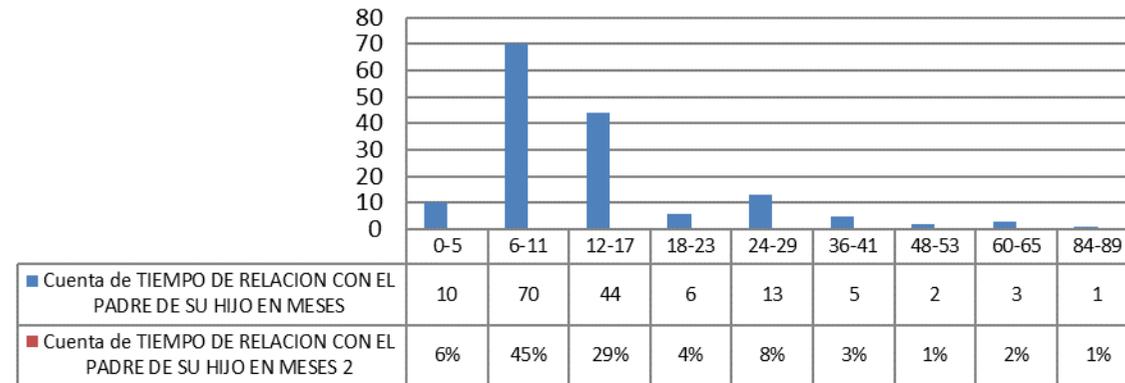


Figura 10. Tiempo promedio de relación con el padre del hijo.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

De las 154 gestantes valoradas, el 45 % (70) refieren tener un tiempo de relación con el padre de su hijo de 6 a 11 meses, el cual es muy corto con respecto al embarazo.

Ha recibido informacion sobre temas sexualidad

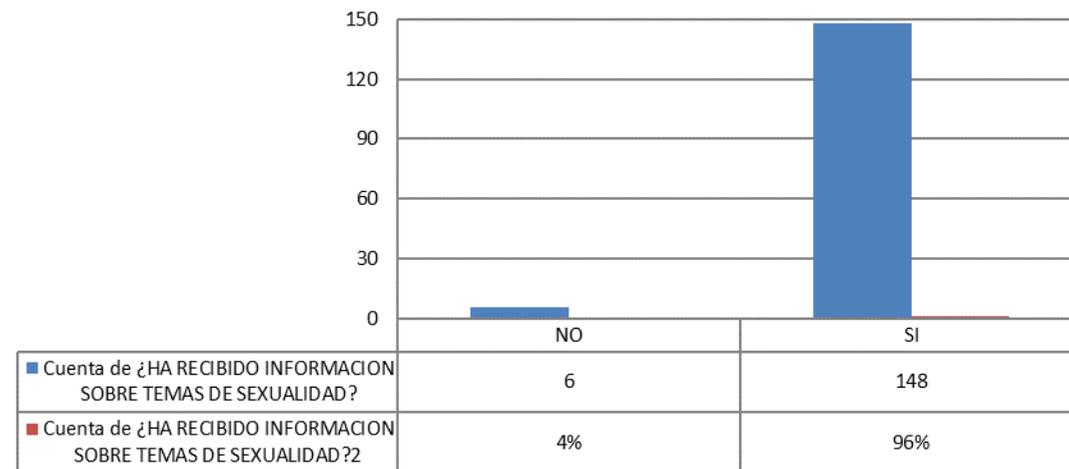


Figura 11. Información recibida sobre temas de sexualidad.

Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable, Universidad de Cundinamarca, 2017.

En el año 2017, de las 154 gestantes valoradas, 96 % (148) respondieron que si han recibido información sobre temas de sexualidad, y con un 4 % (6) dijeron que no han recibido esta información. Según la ENDS 2015, el 95,1 % de las mujeres ha recibido información sobre asuntos relacionados con la sexualidad. El porcentaje aumenta con el nivel educativo y el quintil de riqueza y es más alto en las zonas urbanas que en las rurales (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

Diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos que a continuación se presentan surgen a partir de las necesidades presentadas por las adolescentes, recolectadas mediante la valoración integral:

- (00104) Lactancia materna ineficaz R/C déficit de conocimiento sobre lactancia materna y postura para amamantar E/P ausencia signos de buen agarre.
- (00126) Conocimientos deficientes en la preparación para la maternidad y paternidad R/C inasistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad en su EPS.
- (00063) Procesos familiares disfuncionales R/C falta de apoyo y acompañamiento de la pareja E/P adolescente refiere que la pareja no reconoce el embarazo.
- (00161) Disposición para mejorar los conocimientos R/C necesidad de la materna en conocer temas de autocuidado E/P conocimientos deficientes sobre planificación familiar, lactancia materna y manejo de la sexualidad.
- (00233) bajo peso R/C, disminución de la ingesta de alimentos E/P índice de masa corporal de 19.4.
- (00209) riesgo de alteración de la diada materno/fetal R/C consumo de alcohol como mínimo cada 8 días.
- (00059) disfunción Sexual R/C, Gestante que, con número de compañeros sexuales hasta el momento de 10 personas, además que desconoce temas de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos E/P verbalización de la gestante.
- (00153) riesgo baja autoestima situacional R/C rechazo entorno social: bulí.
- (00069) afrontamiento inefectivo de problemas de la madre R/C embarazo a temprana edad E/V retirar a la adolescente del colegio.
- (00141) síndrome traumático embarazo a temprana edad (12 años) R/C tipificación violencia sexual E/P protegida por madre en entrevista, negación a informar padre del hijo: violencia sexual interrogada.

Del plan de trabajo direccionado para cada una de las adolescentes puérperas y lactantes prevalecen las siguientes intervenciones de enfermería:

- Educación en lactancia materna, ventaja para las madres y el niño, técnicas de amamantamiento, extracción manual de la leche y prevención de signos de mastitis.
- Asesoría en autocuidado e higiene genital.
- Educación y orientación en puericultura en el lactante y recién nacido.
- Orientación de los cuidados que se deben tener con episiorrafia.
- Asesoría en cuidados sexuales.
- Asesoría en planificación familiar.
- Orientación en estimulación temprana.
- Orientación sobre el consumo de una dieta balanceada para el manejo nutricional durante el puerperio.
- Motivación y orientación a realizar actividad física.
- Pautas para manejo de la preocupación y terapias de relajación.
- Taller de sensibilización en proyecto de vida y pautas de crianza.

Intervenciones que prevalecen en el grupo de gestantes:

- Asesoría nutricional con refuerzo en los beneficios de consumir los micronutrientes.
- Orientación en autocuidado e higiene genital.
- Educación y orientación en signos de alarma durante la gestación.
- Orientación en la técnica para el autoexamen de seno.
- Educación y orientación sobre temas y manejo de la sexualidad durante la gestación.
- Orientación en la importancia de la asistencia de controles prenatales y acompañamiento a los controles en las gestantes con mayor riesgo.
- Orientación al curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable, desarrollo del mismo a las gestantes que se encuentran en las instituciones educativas articuladas a la cátedra de educación física.
- Orientación para el mejoramiento y consumo de una dieta balanceada para el buen desarrollo de su gestación.
- Incentivar a la adolescente gestante a realizar actividad física, teniendo en cuenta su condición.

- Primera ayuda psicológica.
- Remisión para seguimiento y atención con equipo interdisciplinario ante el riesgo psicosocial.
- Remisión para seguimiento y atención con equipo interdisciplinario por consumo de sustancias psicoactivas (SPA).
- Remisión del caso al ICBF, EPS, y notificación a la Secretaria de Salud de Girardot.
- Seguimiento y acompañamiento al caso de alto riesgo evidente.
- Asesoría y acompañamiento en interrupción voluntaria del embarazo.

Conclusiones

- El determinante Biológico es de gran importancia en la incidencia de los embarazos en adolescentes, ya que, se ha presentado un descenso en la menarquía y con ello el deseo de experimentar y conocer sobre las relaciones sexuales sin tener información clara en temas de sexualidad y prácticas sexuales seguras, por ello, es de vital importancia realizar intervención de promoción y prevención en esta población vulnerable.
- La ocupación que más prevalece en las adolescentes valoradas es el de Ama de casa, ya que, el 55 % de gestantes y el 48 % de puérperas no terminaron su colegio, encontrándose en un nivel educativo inferior al 11 grado, esto debido a que quedaron en embarazo en el momento que estaban estudiando, y por la falta de apoyo de sus instituciones y familia no continúan sus estudios; por ello, es importante articularnos con las instituciones educativas y su familia para garantizar la permanencia de sus estudiantes en estado de gestación y brindar apoyo en su proyecto de vida.
- Las diferencias socioeconómicas en esta población de madres adolescentes son mayores en el nivel socioeconómico I y II con alto riesgo delictivo, lo cual, las ponen en mayor vulnerabilidad; según la ENDS 2015 la maternidad en la adolescencia disminuye a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas; se evidencian diferencias muy marcadas, especialmente económicas y nivel educativo.
- De las 154 gestantes, el 96 % afirmó recibir asesoría sobre temas de sexualidad, de modo que se realiza una asesoría y acompañamiento en los temas relacionados con sexualidad, planificación familiar y adherencia al uso de métodos anticonceptivos modernos posparto, para prevención de embarazo subsecuente.
- Actualmente, desde el sector salud se evidencia el incumplimiento en la ruta atención integral en salud “maternidad, segura, saludable y feliz”, de la gobernación de Cundinamarca, dado que ninguna de las gestantes y puérperas adolescentes recibió asesoría en interrupción voluntaria del embarazo y algunas EPS no garantizan la continuidad de los controles por falta de contrato con una IPS.

- En el programa de madres adolescentes se gestiona con los diferentes sectores del municipio, como salud, educación, justicia, protección y con ello, se ha logrado que a las adolescentes se les brinde más oportunidades para aprender a mejorar su condición y sentir el acompañamiento que requieren para resolver sus necesidades.
- Después del taller de pautas de crianza se encontró a las adolescentes más apropiadas con su rol de madres y de la crianza de su hijo con una mayor participación del padre, siendo más comprensivo con el rol de madre de su pareja.
- Los diagnósticos de enfermería prioritarios son: (00153) riesgo baja autoestima situacional R/C rechazo entorno social: bulí. (00069) afrontamiento inefectivo de problemas de la madre R/C embarazo a temprana edad E/V retirar a la adolescente del colegio. (00126) conocimientos deficientes en la preparación para la maternidad y paternidad R/C inasistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad en su EPS. (00104) Lactancia materna ineficaz R/C déficit de conocimiento sobre lactancia materna y postura para amamantar E/P ausencia signos de buen agarre. (00063) Procesos familiares disfuncionales R/C falta de apoyo y acompañamiento de la pareja E/P adolescente refiere que la pareja no reconoce el embarazo. (00161) Disposición para mejorar los conocimientos R/C necesidad de la materna en conocer temas de autocuidado E/P conocimiento deficientes sobre planificación familiar, lactancia materna y manejo de la sexualidad.

Referencias

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2013). Base de datos Nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2013>
- González, J. (2017). Atención primaria en salud. Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. *Carta Comunitaria*, 25(142), 7-62.
- Leal, I., Stuardo, V., Molina, T. y González, E. (2015). Menarquíatemprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(1), 41-47. doi: 10.4067/S0717-75262015000100006
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/TOMO%20I.pdf>
- Organismo Andino de Salud convenio Hipólito Unanue y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia, en la subregión andina 2017. Recuperado en <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagn%C3%B3stico%20de%20Situaci%C3%B3n%20del%20Embarazo%202017%20web.pdf>

Rodríguez, J., Di Cesare, M. y Páez, K. (2017). Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41609/1/S1700063_es.pdf

Secretaria de Salud de Girardot y Oficina Epidemiología. (2013), Nacidos vivos de madres adolescentes.

Universidad de Cundinamarca. (2013-2017). Compendio documental proyectos de la Unidad Amiga de adolescentes y jóvenes.

Formulación participativa política de humanización de la Unidad Amigable

Carlota Castro Quintana¹
María Heidi Amaya Valdivieso²
Jhonattan Alexander Calvo Medina³
Paola Jiménez Tarazona⁴
Paola Andrea Guzmán⁵

Resumen

La experiencia de diseñar participativamente la Política de Humanización para la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca, desde el contexto de la formación del talento humano y la prestación de los servicios de salud a la comunidad, principalmente a adolescentes y jóvenes, es un reto que se imponen los miembros que hacen parte de la Unidad y la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud, a través de la red colaborativa de Humanización en el contexto del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. El proceso genera un espacio de participación y reflexión para docentes y enfermeros, teniendo en cuenta la visión y percepción docente – estudiante – usuario, de los diferentes programas que ofrece la unidad. El objetivo es impactar sobre el proceso formativo y, así mismo, proveer de manera integral una atención centrada en la persona. La red implementa una metodología con talleres secuenciales y encuentros, que busca ofrecer espacios de reflexión de la realidad de cada escenario para comprender las acciones humanizantes y deshumanizantes, que durante la formación en la unidad se presentan. Como escenario de práctica crea espacios de construcción para la nueva realidad cimentada en valores. Se concluye que, la metodología utilizada es aplicable a la formulación participativa de la política, al reflexionar los procesos de formación y atención en busca de reforzar el Ser del Profesional de Enfermería desde la academia, contribuyendo al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud con un enfoque humano, para mantener y potencializar en la Unidad valores, como: respeto, igualdad, empatía, privacidad, comunicación y liderazgo y aquellos que se deben reforzar en el plan de mejoramiento, como: mente abierta, creatividad, optimismo, perseverancia, flexibilidad, paciencia, con el objetivo de potenciar el Humanismo en la formación y la prestación del servicio.

Palabras claves: calidad, humanización, política, servicios de salud.

¹ Maestrante Territorio Conflicto y Cultura, Universidad del Tolima. Coordinadora Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes; Docente, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: carlotacastroquintana@gmail.com

² Asesora Oficina de Calidad Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia Bogotá. Correo electrónico: mamayav@minsalud.gov.co

³ Pasante, Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca, Colombia Girardot. Correo electrónico: jc2638@outlook.com

⁴ Pasante, Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca, Colombia Girardot. Correo electrónico: paolitajmz8910@gmail.com

⁵ Pasante, Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes, Universidad de Cundinamarca, Colombia Girardot. Correo electrónico: page_1006@hotmail.com

Ponencia oral

Participatory Formulation, Humanization policy of the Unidad Amigable

Abstract

The experience of participatively designing the Humanization Policy for the *Unidad Amigable* of the University of Cundinamarca, from the context of the training of human talent and the provision of health services to the community, mainly adolescents and young people, is a challenge that the members of the Unit and the Office of Quality of the Ministry of Health impose themselves, through the collaborative network of Humanization in the context of the National Plan of Improvement of the Quality in Health. The process generates a space for participation and reflection for teachers and nurses, taking into account the vision and perception of the teacher - student - user, of the different programs offered by the unit. The objective is to have an impact on the training process and to provide an integral focus on the person in a comprehensive manner. The network implements a methodology with sequential workshops and meetings, which seeks to offer spaces for reflection of the reality of each scenario to understand the humanizing and dehumanizing actions that are presented during the formation in the unit. As a practice scenario, it creates spaces of construction for the new reality based on values. It is concluded that the methodology used is applicable to the participatory formulation of the policy, by reflecting the training and care processes in order to reinforce the Being of the Nursing Professional from the academy, contributing to the improvement of the provision of health services with a human approach, to maintain and potentiate in the Unit values, such as: respect, equality, empathy, privacy, communication and leadership and those that should be reinforced in the improvement plan, such as: open mind, creativity, optimism, perseverance, flexibility, patience, with the aim of enhancing Humanism in the formation and provision of the service.

Key words: Quality, humanization, politics, Health Services.

Introducción

Llevar a cabo la formulación participativa de una Política de Humanización para la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot, mirándolo desde el contexto de la formación del Talento Humano y al mismo tiempo en la prestación de los servicios de salud a la comunidad, principalmente adolescentes y jóvenes, es un reto que se imponen los miembros que hacen parte de la Unidad y la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud, implementando una metodología que por medio de diferentes talleres y encuentros busca construir una Política de Humanización partiendo de la realidad de cada escenario donde se quiera realizar.

De esta manera, se busca contribuir con los objetivos que plantea el marco estratégico del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016 – 2021 (PNMCS), donde se busca gestionar con las entidades educativas, el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en formación para el tema de humanización.

El proceso de construcción de la política de humanización se realiza con participación de los docentes y enfermeros en formación que administran y brindan el cuidado en los diferentes programas que ofrece la unidad amigable, con el acompañamiento del Ministerio de Salud con representación de la enfermera Heidi Amaya Valdivieso.

Durante el primer periodo académico, el trabajo se organizó en 5 fases, de las cuales el presente documento describe los resultados de la primera fase **Conocer**. Esta fase se desarrolló en 3 talleres, en los que se abordó:

Taller I: Generó la matriz combinatoria de las prácticas humanizantes y deshumanizantes organizadas a partir de unos determinantes.

Taller II: Conceptualización, definió el marco conceptual para la construcción de la Política de Humanización.

Taller III: Selección de los valores que sustentan la Unidad Amigable, jerarquización, clasificación y definición.

Taller IV: Formulación de la Política de Humanización de la Unidad Amigable.

Finalmente, se plantea que la Política de Humanización aportará al proceso de autoevaluación curricular, que viene desarrollando el programa de Enfermería y a la prestación del servicio que brinda la Unidad Amigable, teniendo en cuenta un plan de mejoramiento que debe darse a partir de los valores que se deben potenciar, mantener y reforzar. Los valores a mantener y potencializar son: respeto, igualdad, empatía, privacidad, comunicación y liderazgo, y los que se deben reforzar son: mente abierta, creatividad, optimismo, perseverancia, flexibilidad, paciencia.

Desarrollo

La Política de humanización en la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot con el acompañamiento y direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social siguió los siguientes momentos:

- ❖ Conocer.
- ❖ Coordinar.
- ❖ Articular.
- ❖ Formar.
- ❖ Seguimiento.

Por lo tanto, es un proceso participativo del que hacen parte los profesionales y técnicos de otras instituciones de salud del municipio que trabajan con la unidad amigable, enfermeros en formación, docentes y administrativos de la universidad de Cundinamarca, seccional Girardot. Sustentado en la metodología Investigación Acción Participativa (IAP), donde las personas participan como individuos que investigan y evalúan, por medio de acciones colectivas para un bien común y organizando los resultados a partir del modelo de Sistematización de Experiencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), que tiene las siguientes características:

- ❖ Un proceso participativo ordenado de construcción social y de conocimiento.
- ❖ Parte de la reconstrucción de las experiencias personales, individuales, institucionales y del sistema de salud.
- ❖ Propicia la reflexión individual y grupal, crítica reflexiva para compartir información, conocimiento y prácticas para la construcción de propuestas.
- ❖ Permite compartir y generar nuevo conocimiento.

- ❖ Se comparten experiencias que mejoran los aprendizajes.
- ❖ Se aporta a la construcción participativa de las políticas públicas.

Los participantes en el proceso de recolección de la información organizada a través de talleres, fueron: 5 docentes, 10 enfermeros en formación, 1 técnico auxiliar de enfermería en formación, quienes hacen parte del equipo de trabajo. Los docentes con una antigüedad entre los 2 a 5 años de trabajo directo en la unidad y el grupo de enfermeros en formación entre el año y seis meses. La coordinadora de la unidad está desde sus inicios por ser quien la creó.

Como proceso de construcción colectiva en cada taller, la participación era voluntaria, convocando con anterioridad la población de docentes y estudiantes, teniendo como motivación un proceso de mejoramiento, no solo al proceso formativo de la enfermera udecina, sino también a la prestación del servicio de la unidad amiga de los adolescentes y jóvenes. Los talleres ejecutados en esta fase arrojaron los siguientes resultados:

Taller 1. Construcción matriz combinatoria.

Taller realizado con la participación de 4 docentes, de los cuales dos son enfermeros y dos psicólogos y 9 Enfermeros en Formación.

La realización del siguiente taller partió de las siguientes preguntas:

1. ¿Es humanizante la formación?
2. ¿Propiciamos el trabajo en equipo?
3. ¿Conocemos el contexto colombiano?
4. ¿Qué estamos enseñando: protección social, seguridad social, derechos, deberes?

Este primer taller fue clave para la sensibilización de las personas que participaron en la formulación de la Política de humanización, ya que, se explicó todo el proceso de las fases y los talleres a realizar, y la importancia de su participación en todo el proceso. La realización del siguiente taller partió de la siguiente pregunta: ¿Cuándo y en qué condiciones se reconoce o se experimenta una situación, una relación docente/estudiante como “deshumanizados” o “deshumanizantes”?

A los participantes les quedo claro que deben ser muy sinceros en cada taller y que nada de lo que refieran tendrá represalias académicas y personales, ni con sus pares ni con sus superiores, es un proceso serio donde la finalidad fue formular una política desde la realidad de las vivencias del día a día dentro de la Unidad Amigable.

La Construcción de la Matriz Combinatoria (ver Tabla 1) se realizó a través de los siguientes pasos:

Paso 1. Se reunieron en parejas docentes y estudiantes, donde uno de ellos relató lo que para él eran las practicas humanizantes y deshumanizantes en la experiencia dentro de la Unidad Amigable, la otra persona fue el receptor de todo lo que había escuchado y las iría escribiendo (solo se dedicó a escuchar); para esto tuvieron un tiempo de una hora aproximadamente. Se consideró importante que quien escuchara fuera el docente y quien hablara de su experiencia fuera el estudiante, teniendo en cuenta que presentará dos vivencias importantes, la de la formación y la prestación del servicio.

Paso 2. Terminado el paso anterior, el grupo se reunió completo y los receptores empezaron a relatar cada una de las cosas que refirió la otra persona, una persona encargada realizó el consolidado de todas las relatorías. Esto duro 2 horas aproximadamente.

Paso 3. Luego del consolidado, se realizó un resumen a todo el grupo de lo relatado y el grupo en general refirió estar de acuerdo.

Paso 4. Se formularon los determinantes y luego se agruparon las prácticas en cada uno de los determinantes.

Paso 5. En una segunda sesión se buscó las causas profundas (razones por las cuales ocurre) de cada practica humanizante y deshumanizante.

Lo anterior se consolido en una base de datos en Excel para la organización de la información y se optó por hacer la recopilación de todo el proceso en hojas de cálculo.

Tabla 1. *Matriz Combinatoria*

Prácticas	Humanizante	Deshumanizante
		Usuarios:
	Usuario:	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de adherencia de los usuarios a las educaciones. • El maltrato por parte de los usuarios es desmotivante para el estudiante, a pesar de entender el contexto de la comunidad. • Falta de apoyo entre estudiantes y docentes para llevar acabo la atención, respeto entre las opiniones de docentes y entre estudiantes. • La no existencia de un criterio unificado para las calificaciones de tipo cualitativo (no se califican por el trabajo realizado).
	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios sienten confianza con los estudiantes en las intervenciones y hace más fácil el abordaje • Las visitas domiciliarias hacen que el acercamiento sea más completo. • No existe discriminación ninguna, ya que, la unidad amigable está abierta para todo tipo de personas. 	Docentes:
Unidad Amigable Universidad de Cundinamarca – seccional Girardot	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento continuo en lo teórico por parte de los docentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • El trato de los estudiantes no es el mejor hacia los docentes (el maltrato es desmotivante en los docentes). • Falta de infraestructura de la unidad amigable, falta de rampa, espacio para la valoración. • Falta de elementos propios de la unidad de amigable para realizar las visitas (problemas del laboratorio de simulación para entrega de los elementos). • Zonas de difícil acceso para los estudiantes, ollas, pandillas y consumidores de drogas, hace que el estudiante desmotive a las visitas.

- Falta de apoyo institucional por parte de la Secretaría de Salud.
 - La valoración de los estudiantes de primer semestre se debe realizar bajo presión, no existe una importancia dentro del alma mater en el uso de la unidad amigable, existe más información e interés de los usuarios externos que los de la misma universidad.
- Acompañamiento personal por parte de la coordinadora con los estudiantes.
 - Se da cobertura a toda la población de adolescentes. Se brinda calidad en la atención a pesar de la saturación de trabajo.
 - Se incentivan con algunas ayudas económicas para que los estudiantes se transporten.
 - El personal se encuentra en constante actualización en protocolos y rutas de atención. (salidas, encuentros, congresos y simposios).
- Falta de articulación entre la administración y las direcciones académicas para que la atención de la unidad amigable sea efectiva.
- La financiación de la unidad amigable por parte de la extensión universitaria no es el mejor.
 - No existe acompañamiento durante el proceso por parte de la Secretaría de Salud, entregan trabajo y recogen trabajo (el estudiante y por la tanto la unidad amigable se sienten utilizados).
- Falta de personal para la demanda del municipio crea sobrecarga en el trabajo solo al estudiante.
 - Los docentes no cuentan con el tiempo suficiente para el acompañamiento en las visitas, el tiempo es restringido por parte de los docentes colaboradores para realizar las intervenciones.
- Los horarios de la unidad amigable y la carga de trabajo es una desmotivación en el desarrollo de las actividades del estudiante (hay desbalance de esta profundización frente a las otras, en el tipo de horario para tener lo mismo, que es una nota).
- Falta profundización en los programas que se manejan para entender la profundización.
 - El poco recurso humano en los diferentes campos.

Fuente: Consolidado Practicas Humanizantes y Deshumanizantes, Unidad Amigable, 2017.

Consolidación de los determinantes: Después de haber consolidado toda la información de las prácticas humanizantes y deshumanizantes, se definieron los determinantes de la matriz para poder clasificarlos en cada uno. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. *Determinantes Consolidados*

• Relaciones del Talento Humano.
• Infraestructura e Insumos.
• Entorno Social y Acompañamiento.
• Apoyo Institucional (Interno y Externo).
• Modelo de Atención.

Fuente: Consolidado de los Determinantes de la Matriz Combinatoria, 2017; Ministerio de Salud y Protección Social y Unidad Amigable.

Es importante aclarar que en esta parte de la metodología, al momento de que se clasifican las prácticas humanizantes y deshumanizantes, se realizó una subdivisión en los niveles de la siguiente manera:

Micro = Unidad Amigable.

Meso = Programa de Enfermería – Facultad de Ciencias de la Salud.

Macro = Universidad de Cundinamarca – seccional Girardot.

Al momento de la realización del taller se analizó el Nivel Micro – Local, sin que se haya detallado lo Meso y lo Macro, dado que se consideraron algunos aspectos administrativos del programa, de la facultad y de la Universidad, con especial atención en la asignación presupuestal. Sin embargo, esta información se presentó a la coordinación del programa y se deja en los procesos administrativos a mejorar, con la dirección de proyección social, la facultad y el programa académico.

Taller 2. Conceptualización.

En este taller se contó con la participación de 6 docentes, entre ellos: 2 enfermeros, 3 psicólogos, 1 médico y 8 enfermeros en formación. Este taller partió de la siguiente pregunta ¿Cómo conceptualizar la humanización?

La finalidad del taller fue:

- La construcción de un marco conceptual con base a la bibliografía revisada y analizada.
- Definir los elementos del marco conceptual que contribuirán a la construcción de la política de humanización.

Se realizó una revisión bibliográfica donde se contextualizó a los actores del proceso en el tema legislativo en salud y se revisó las teorías de enfermería definidas en el documento curricular y las trabajadas en algunos núcleos y trabajos de investigación.

Tabla 3. Referencias bibliográficas revisadas

Referencias Bibliográficas
Política de Centros Amigables.
Declaración de bioética y derechos humanos UNESCO.
Declaración de diversidad cultural UNESCO.
Ley estatutaria en salud 1751 de 2015.
Política Salud Sexual Y Reproductiva 2015.
Misión Y Visión Universidad De Cundinamarca, Programa De Enfermería, Unidad Amigable.
Aspectos éticos en la atención de la Unidad Amigable.
Teoría De Enfermería Watson.
Teoría De Enfermería Dorothea Orem.
Teoría De Enfermería Madeleine Leininger.
Teoría De Enfermería Hildegard Peplau.
Teoría De Enfermería Joyce Travelbee.

Tabla 4. Palabras claves de la revisión bibliográfica y matriz combinatoria

apoyo	Financiación	Equidad	Aceptabilidad
Criterio unificado	Apoyo Institucional	Dignidad	Accesibilidad
Trato	Desarrollo y sostenimiento	Bienestar	Libre elección
Desmotivación	Sobrecarga laboral	Cultura	Interculturalidad
Confianza	Constante actualización	Identidad	Autonomía
Acercamiento	Proceso formativo	Diversidad cultural	Talento humano
No discriminación	Pre saberes	Educación	Relaciones personales
Inclusión	Abordaje del Ser	Solidaridad	Desarrollo humano
Acompañamiento	Motivación	Personalidad	Cualidades
Continuidad	Mejora continúa	Conciencia	Interacción
Privacidad	Atención diferenciada	Entorno	Empatía

Reconocimiento mutuo	Diálogos abiertos	Conocimiento	Autocuidado
Compromiso personal	Confidencialidad	Universalidad	Transculturalidad
Cumulo Experiencias Negativas	Sujetos de Derechos	Derecho	Sexualidad
Sin ánimo de lucro	Toma de decisiones	Recursos económicos	Respeto
Cobertura	Prójimo	Diversidad	Comunicación asertiva
Calidad en la atención	Salud	Justicia	Disponibilidad
Articulación			

Fuente: Condensando de la información obtenida del Taller 2, Unidad Amigable, 2017.

Taller 3.

Fase 1. En esta fase del taller se contó con la participación de 3 docentes enfermeras y 8 enfermeros en formación. La realización de esta fase del taller se basó en las siguientes preguntas:

- ¿Tenemos claridad entre lo que es ética, bioética y moral?
- ¿Sabemos cuál es la diferencia entre un principio y un valor?

De esta manera, primero se realizó una charla participativa con el comité de ética del programa de enfermería, con la finalidad de articular este proceso de construcción de la Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes con los procesos que adelanta el programa de Enfermería y las diferentes instancias con que cuenta. Asimismo, se solicitó a uno de los docentes del Comité de Ética del programa de Enfermería que tuviera un conversatorio con el equipo de la unidad sobre los que es: principio, valor, moral, ética y bioética, con el propósito de dejar claro su significado y sus diferencias.

Fase 2. En esta fase del taller se contó con la participación de 4 docentes, entre ellos: 2 enfermeros, 2 psicólogos y 8 enfermeros en formación. La finalidad de esta fase estuvo centrada en:

- Escoger los valores que sustentan la universidad desde cada persona que interactúa dentro de la unidad amigable.
- Elección de valores desde lo personal, que se aplican durante el proceso de formación y la atención en la unidad amigable.

Para ello, se reunió a los participantes y se explicó la temática con la que se utilizaría la herramienta lúdica “El valor de los valores” de Simón Dolan, la cual consta de 51 tarjetas, cada una contiene un valor, se hizo, principalmente,

de forma aleatoria, un grupo de 6 tarjetas, las cuales podrían ir cambiando a medida que iban sacando el restante de las tarjetas, deliberando cual podían cambiar desde su punto de vista, los cuales aplican en la Unidad Amigable, al final tendrán el grupo de 6 valores, después de haber realizado un análisis en consenso, esto se realizó por parejas en los estudiantes e individualmente en los docentes. Se dejó claro que el ejercicio debía hacerse sin apuros y a conciencia, llevándolo a su casa si era necesario, terminada la actividad tomaron una foto a los valores escogidos y la enviaron a la persona encargada de recolectar la información, luego se pasó el juego a otra pareja o a otro docente.

Fase 3. En esta fase del taller se contó con la participación de 2 docentes enfermeras y 8 enfermeros en formación. La finalidad de esta fase fue la esquematización del equilibrio de los 3 tipos de valores, según el modelo Triaxial de Simón Dolan “El valor de los valores”.

Después de haberse realizado la consolidación de todos los valores escogidos por los participantes, sin haberse hecho previa explicación de los colores que contenía cada valor (rojo, verde y azul) para evitar toda clase prejuicios en el momento de la elección, se realizó el **Modelo Triaxial** (adaptación de Simón Dolan), para mirar el enfoque desde los valores con los que trabaja la Unidad Amigable; tal como se explica a continuación:

**VALORES COLOR ROJO
ECONOMICO – PRAGMATICOS**

- Son los que mantienen a la persona polo a tierra.
- Los que lo llevan a realizar la acción.
- Los que llevan a cumplir determinado sueño.

COMUNICACIÓN	FLEXIBILIDAD
LIDERAZGO	PERSEVERANCIA
CONTRIBUCION	PLANIFICACIÓN
ORGANIZACIÓN	

**VALORES COLOR VERDE
EMOCIONALES – DESARROLLO PERSONAL**

- Son los valores personales.
- Los que nos conectan.
- Los que nos muestran ante las demás personas

EMPATIA	APOYO
MENTE ABIERTA	CREATIVIDAD
PACIENCIA	SALUD - BIENESTAR
PRIVACIDAD	

**VALORES COLOR AZUL
ETICO – SOCIALES**

- Los que permiten tener relaciones adecuadas.
- Los valores que se tienen para relacionarse con los demás.

INTEGRIDAD	RESPECTO
EQUIDAD	OPTIMISMO
IGUALDAD	COOPERACION
<u>AUTONOMIA</u>	<u>CONFIDENCIALIDAD</u>

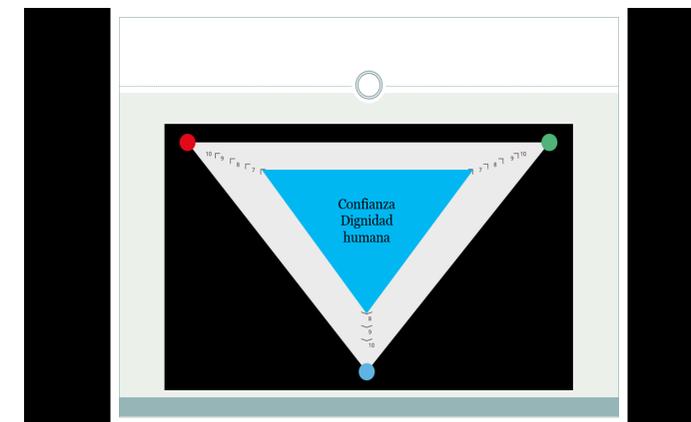


Figura 1. Modelo Triaxial valores de la Unidad Amigable, 2017.

Según el Modelo Triaxial que se realiza sobre un triángulo equilátero, donde desde el centro hacia sus esquinas se trazaran líneas proporcionales a un 100 %, cada línea tiene el color respectivo asignado a los valores, del centro hacia las esquinas se cuenta cada valor que se encontró dentro de cada color, cada uno tiene un valor del 10 %, en este caso, valores rojos 70 %, verdes 70 %, azules 80 % y un valor que es transversal a todos los valores que es la Confianza se sitúa en la mitad del esquema. Se observa que al unir los puntos trazados en cada línea se forma un triángulo que tiene una pequeña desviación hacia los valores ético – sociales, concluyendo que los valores que sustentan las personas que están dentro de la Unidad Amigable tienen un enfoque equilibrado para llevar a cabo la atención y la formación.

Fase 4. En la realización de la siguiente fase de este taller se contó con la participación de 3 docentes de los cuales 2 Enfermeras, 1 Psicólogo y 8 Enfermeros en Formación.

Identificación, jerarquización y alineación de los valores escogidos

- ❖ Con los valores⁶ ya consolidados e identificados por los participantes dentro del contexto de la Unidad Amigable, se jerarquizaron a partir de la calificación de 1 a 10, teniendo en cuenta como se presenta cada uno de ellos dentro de la Unidad, desde la percepción de los docentes y estudiantes de la Unidad amigable, se pasó la lista a cada uno y luego se promediaron, identificando así los valores que están con una calificación por debajo de 6, de esta manera, se alinearon resaltando los valores que se tendrán que reforzar en el plan de acción desde los diferentes determinantes ya propuestos en el Taller 1. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Valores que sustentan la Unidad amigable según temática El valor de los valores de Simón Dolan

Integridad							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
9	8	9	9	8	7	8	8
Respeto							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
10	9	10	10	10	10	10	10
Empatía							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
9	10	10	10	10	10	10	10
Comunicación							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
10	9	9	8	10	10	9	9
Equidad							
Calificación							

⁶ Los valores identificados en el taller 3 fase 3 fueron: Comunicación, liderazgo, contribución, flexibilidad, perseverancia, planificación, organización, empatía, mente abierta, apoyo, paciencia, creatividad, salud – bienestar, privacidad, integridad, respeto, equidad, optimismo, igualdad, cooperación.

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	5	6	7	6	6	5	6
Apoyo							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
9	4	6	8	8	7	4	6
Mente abierta							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	4	6	5	8	4	3	5
Flexibilidad							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	5	7	3	5	6	4	5
Confianza							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	6	8	5	8	7	7	7
Liderazgo							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	10	8	8	8	10	10	9
Creatividad							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	6	6	5	6	6	5	6
Perseverancia							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio

5	6	6	4	6	4	5	5
Paciencia							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
5	5	6	4	5	5	5	5
Optimismo							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	4	5	5	4	5	7	5
Contribución							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	5	5	7	6	6	7	6
Planificación							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	6	9	6	5	6	8	7
Salud-bienestar							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	7	6	8	6	5	5	6
Organización							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	6	5	6	5	6	8	6
Privacidad							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
9	8	10	10	10	10	8	8

Igualdad							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
10	10	8	9	8	10	8	9
Cooperación							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
5	6	6	5	7	7	7	6

Fuente: Unidad Amigable, 2017.

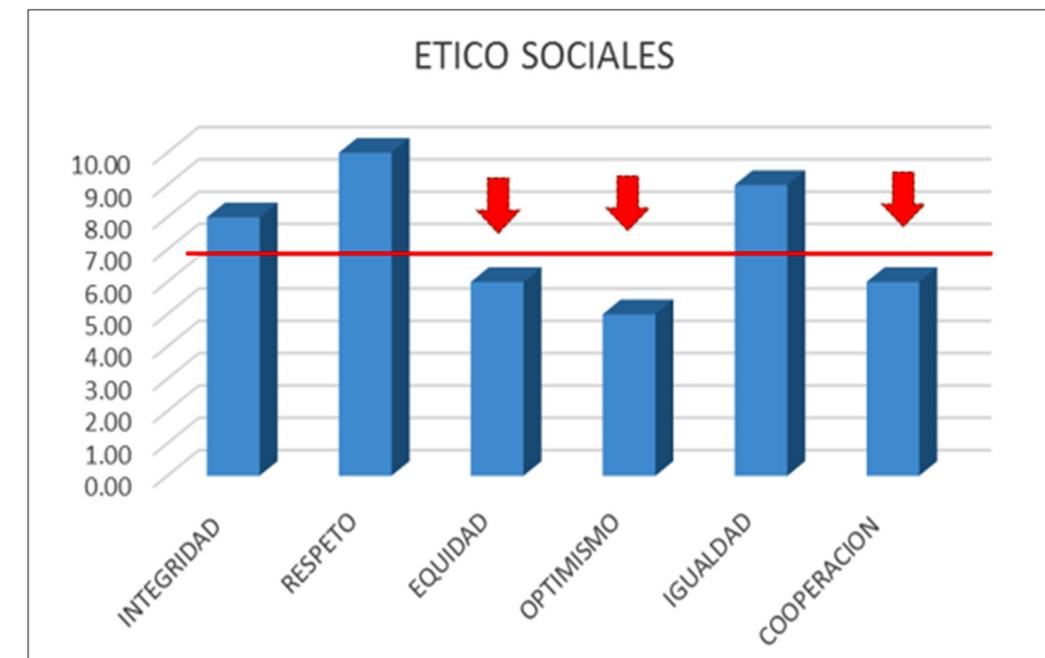


Figura 2. Calificaciones promediadas valor ético social.

Fuente: Unidad Amigable, Taller°3, 2017.

EMOCIONALES - DESARROLLO PERSONAL

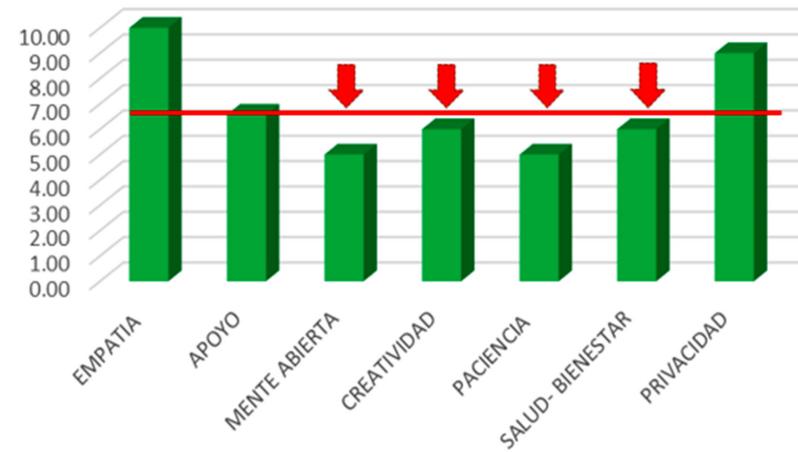


Figura 3. Calificaciones promediadas valor emocional-desarrollo personal.
Fuente: Unidad Amigable, Taller°3, 2017.

ECONOMICO - PRAGMATICOS

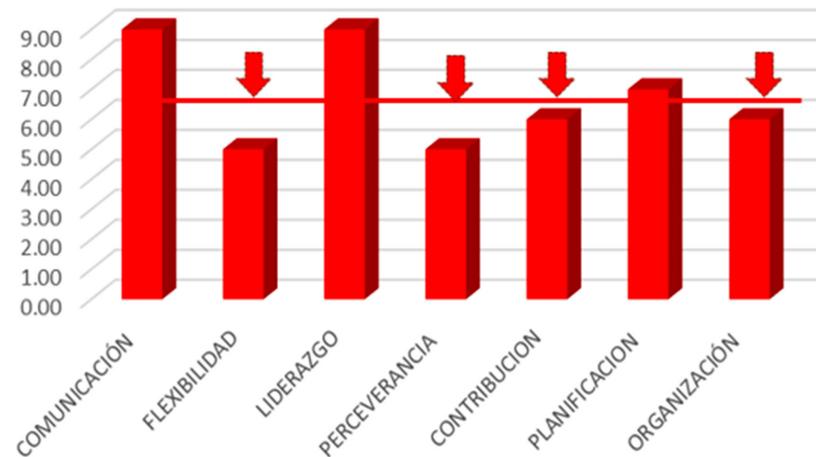


Figura 4. Calificaciones promediadas valor económico-pragmático.
Fuente: Unidad Amigable, Taller°3, 2017.

❖ La jerarquización permitió seleccionar los valores que requieren mantenerse y potencializarse en la relación docente – estudiante – usuarios de la Unidad Amigable, estos valores fueron: respeto, igualdad, empatía, privacidad, comunicación y liderazgo.

Los valores a reforzar en el plan de acción según la jerarquización fueron: equidad, optimismo, cooperación, mente abierta, creatividad, paciencia, salud-bienestar, flexibilidad, perseverancia, contribución, organización. Es importante considerar que, al citar estos valores dentro del proceso formativo es necesario que sean retomados desde el primer semestre de la carrera y tener una retroalimentación y revisión a lo largo de la formación.

De esta manera, sin perder los lineamientos de la Universidad de Cundinamarca se realizó la búsqueda de valores en el programa de Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud y en la Universidad, encontrando que las dos primeras se rigen por los valores de la universidad.

Valores de la Universidad de Cundinamarca

A partir de los valores definidos en el ideario de la Universidad de Cundinamarca, como referente para la actividad de los valores personales, y asociándolos con los que son aplicados en la Unidad Amigable, se pidió a los participantes que los jerarquizarán de la misma forma que se hizo con el consolidado de los valores personales, esto con el fin de evidenciar qué valores se podían incluir en el Modelo Triaxial y cuál de ellos se podía transversar en el modelo junto con la confianza. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Valores que sustenta la Universidad de Cundinamarca jerarquizados en la Unidad Amigable

Dignidad Humana							
Cualidad inherente al ser humano por su razón de existencia natural, basada en su racionalidad, y entendida como fin en sí misma y no como medio para conseguirlo, lo cual lo hace merecedor del respeto de los demás, constituyéndose en el fundamento de todo derecho y deber normado o no.							
Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	9	8	9	8	10	10	9
Respeto							
Reconocimiento del valor de las demás personas por su dignidad humana, por lo que se constituye en condición indispensable para la convivencia armónica, que implica miramiento, consideración, tolerancia y deferencia en el trato para con todas la personas, sus derechos y libertades inherentes sin discriminación alguna, así como el acatamiento al orden normativo e institucional establecidos de manera democrática y participativa.							

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
9	10	10	8	10	10	10	9

Autonomía personal

Capacidad de actuar de manera responsable y creadora de la persona en uso de su libertad, considerada individualmente y como integrante de una comunidad, con base en el ejercicio de sus competencias y sujeto a las condiciones del contexto.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	8	9	8	6	8	8	8

Veracidad

Cualidad de actuar siempre privilegiando la verdad.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	5	8	8	6	7	9	7

Coherencia

Cualidad de actuar siempre de conformidad con lo que se piensa, se siente y se manifiesta, de manera congruente con el contexto.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	5	5	4	6	7	6	6

Integridad

Cualidad de actuar de manera objetiva, recta, proba e intachable asumiendo la responsabilidad y el compromiso personal y profesional. Coherencia entre el pensamiento y la actuación.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	6	9	9	6	8	8	7

Dubitación							
Ejercicio de la duda como medio para asumir una posición crítica debidamente fundamentada frente a los distintos aspectos del quehacer diario, lo cual constituye un elemento de trascendental importancia en la búsqueda del conocimiento como estrategia para la formación permanente y el mejoramiento continuo.							

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	5	7	7	4	7	5	6

Justedad

Cualidad de actuar con equidad en la relación con las demás personas reconociendo a cada quien lo que corresponde y pertenece, de acuerdo con el rol asignado a ellas y a la exigencia que conlleva el mismo.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	8	8	7	8	7	8	8

Lealtad

Cualidad de cumplir cabalmente con los deberes que le competen en el desempeño del rol asignado, ciñendo todas las actuaciones a la normatividad y principios de la institución, velando por su buen nombre y procurando su mejoramiento continuo.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	7	10	9	6	9	5	8

Transparencia

Cualidad de actuar en forma abierta que permite que la intención que subyace en esa actuación sea percibida claramente por los demás, sin distorsión ni engaños, lo cual posibilita un ambiente de confianza y credibilidad.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
6	8	9	10	4	10	6	8

Confidencialidad

Cualidad de mantener la debida reserva y discreción sobre aspectos de trascendencia propios de la institución e igualmente respecto a aquellos hechos que atañen a la intimidad de las personas.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	10	10	9	10	10	10	10

Seguridad

Cualidad de sentir y mostrar firmeza en lo que se quiere y se hace, en lo que se ordena y se hace cumplir. Certeza de que se obra bien conforme a principios y valores probados.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	7	8	8	4	8	7	7

Responsabilidad

Cualidad de aceptar lo que requiere y demanda el contexto, honrar el papel que se nos ha confiado y llevarlo a cabo conscientemente, poniendo lo mejor de uno mismo. Capacidad para reconocer y hacerse cargo de las consecuencias de sus actuaciones y omisiones.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
9	8	8	9	10	10	10	9

Honestidad

Cualidad de actuar con coherencia y sinceridad, respetando los valores de verdad y justicia.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	9	10	8	8	8	8	8

Pertenencia e identidad

Manifestación del servidor de la universidad por el compromiso con la institución, a través de la apropiación de sus funciones y del aporte constante y responsable para el logro de la misión, los objetivos y el mejoramiento continuo.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
8	9	8	9	0	7	9	7

Mejoramiento continuo

Propender continuamente dentro de las actividades diarias el perfeccionamiento, para buscar el logro de resultados y metas institucionales.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
7	2	8	9	8	10	8	7

Trabajo sistémico

Perseguir el cumplimiento de las metas institucionales en forma efectiva a partir del desarrollo de actividades armónicas, coordinadas, compartiendo, responsabilidades con los demás miembros de la institución.

Calificación							
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio
4	6	7	8	6	8	6	6

Fuente: Calificación de los Valores del Ideario Universidad de Cundinamarca, Unidad Amigable, 2017.

Según la identificación y jerarquización, el valor que más se aplica para ser un eje central dentro de la Unidad Amigable es la Dignidad Humana, se agrega a los valores ético–sociales la Autonomía y Confidencialidad, ya que son valores que los estudiantes y docentes deben poner en práctica para crear un cambio en ellos mismos y, de la misma manera, poder potencializar los otros valores.

Taller 4. Formulación de la Política de Humanización de Unidad Amigable de La Universidad de Cundinamarca seccional Girardot.

Teniendo en cuenta todo el proceso de ejecución de los talleres anteriores, donde se identificaron las diferentes practicas humanizantes y deshumanizantes, se clasificaron por determinantes para facilitar el direccionamiento del plan de acción, se contextualizo a los participantes del proceso dentro de las normas en salud, lo que implícitamente podría humanizar la atención y las teorías de enfermería que mejoran la calidad en el cuidado, por último, se orientó en la aplicación y pertinencia de los valores individuales que al ser apropiados en la Unidad Amigable impactarían en lo colectivo para mejorar el proceso formativo y, así mismo, la calidad en el servicio que presta la Unidad, se tomó los elementos para formular una política de humanización que paso por diferentes filtros durante el segundo periodo del 2017, hasta obtener el siguiente resultado:

Política de Humanización de la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca Seccional Girardot.

La Unidad Amiga del adolescente y el Joven de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, presta sus servicios, bajo la estrategia de atención primaria en salud sexual y mental a los adolescentes y jóvenes de las

comunidades más desprotegidas de la ciudad, así como a los estudiantes de la universidad, sirviendo de enlace para la continuidad en el cuidado integral que ellos requieren.

En la Unidad Amiga, los adolescentes y jóvenes, usuarios y estudiantes, son reconocidos como seres humanos autónomos, sujetos de derechos, independientes, capaces de tomar decisiones y de participar plenamente en todo el proceso de atención.

El talento humano de la Unidad Amigable está comprometido, formado y decidido a brindar un servicio amable, continuo e integral, donde el respeto a las diferencias, la igualdad y la garantía de la privacidad y la comunicación, generan un ambiente de confianza que permiten una cálida, empática y oportuna atención al adolescente y al joven, que redunde en su bienestar, la de su familia y la sociedad.

Conclusiones

- ❖ La realización de los talleres es un aporte significativo tanto para docentes y estudiantes, ya que, confronta los sentimientos y el actuar de cada uno desde la propia visión y la del otro, esto conlleva a que cada uno analice sus valores personales y profesionales durante el proceso enseñanza–aprendizaje en Enfermería.
- ❖ Se evidenció un equilibrio en los valores que la Unidad Amigable ha venido manejando implícitamente, por lo tanto, es importante mantener el Respeto, Igualdad, Empatía, Privacidad, Comunicación y Liderazgo, quedando estos plasmados en la Política de Humanización de la Unidad Amigable, los cuales son claves para brindar una atención con calidad.
- ❖ Se deben reforzar valores como Mente Abierta y Creatividad, estos van de la mano y son básicos para que el estudiante explote su potencial dentro de la formación e impacte como profesional, es cierto que la vida universitaria no es fácil, pero el Optimismo y la Perseverancia deben estar presentes en las prácticas formativas y en los procesos de aprendizaje, los cuales requieren de dedicación; en el ejercicio de la docencia se debe reforzar la Paciencia y la Flexibilidad.
- ❖ El Plan de Acción va encaminado a reforzar y potencializar los valores que sustentan la Unidad Amigable desde los determinantes de la Matriz Combinatoria a corto, mediano y largo plazo, teniendo en cuenta que se deben crear indicadores que reflejen los resultados de las mejoras.
- ❖ Desde la experiencia de la Unidad Amigable para la Formulación Participativa de una Política de Humanización en el contexto Formativo es completamente aplicable la metodología, ya que como objetivo busca reforzar el Ser del Profesional de Enfermería desde la academia, contribuyendo al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud con un enfoque Humano.

Referencias

Dolan, S. (2012). *Coaching por valores*. Argentina: LID Editorial.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Lineamiento de sistematización de experiencias del Modelo Integral de Atención en salud MIAS* (Modulo 11). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Estrategia promocional para enfrentar el uso y abuso de spa

Carlota Castro Quintana¹

Ezequiel Duarte Quevedo²

Edgar Cartagena Torres³

German Cardona García⁴

Yamile Vargas Hernández⁵

Resumen

Como experiencia de trabajo partimos de brindar una atención integral a la población adolescente-joven a través de la promoción de la salud, fomentando el autoconocimiento, autorreconocimiento y fortalecimiento de la autoestima; la prevención universal, selectiva e indicada como metodología central para el abordaje de los adolescentes en riesgo y en consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y otras adicciones no tóxicas; la identificación de factores conexos inician con la valoración del entorno escolar y universitario, para diseñar planes estratégicos que permitan una articulación directa con la secretaría de salud, de gobierno y las EPS/IPS del municipio.

Durante los años de ejecución del programa se ha logrado articular trabajo con la Secretaría de Salud local y departamental, con el fin de contar con el asesoramiento técnico y el respaldo para la continuidad efectiva de parte de las EPS/IPS en el tratamiento psicoterapéutico y de desintoxicación de los adolescentes y jóvenes que lo requieran. Como referencia en resultados del trabajo desarrollado, en el año 2017 se captaron 69 adolescentes con uso abusivo de sustancias psicoactivas, nueve se remitieron a la EPS respectiva y los restantes a la unidad amigable para seguimiento al riesgo y la inclusión a las acciones promocionales, de estos, 4 necesitaron seguimiento con el médico especialista en drogodependencia; como características del consumo se encontró que la edad de inicio es de 9 años como etapa experimental; los factores que inducen al consumo de sustancias son violencia intrafamiliar, problemas económicos, sociales y emocionales, seguidos del consumo experimental con pares y al interior de la familia, siguiendo el modelo de consumo de los padres. Teniendo en cuenta la demanda de atención se avanzó en el diseño de un software para la sistematización de la información que genera la valoración del riesgo y el consumo de las sustancias psicoactivas.

Palabras clave: consumo, población, sustancias psicoactivas, salud.

¹ Maestrante Territorio Conflicto y Cultura, Universidad del Tolima. Coordinadora Unidad Amida de los adolescentes y jóvenes; Docente, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: carlotacastroquintana@gmail.com

² Especialista En Servicios Telemáticos E Interconexión De Redes, Universidad Manuela Beltrán. Docente tiempo completo, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: ezeduque@hotmail.com

³ Magíster en Bioética, Universidad El Bosque. Docente Vinculación Especial (O.T.C.), Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: edgarcartagenatorres@gmail.com

⁴ Magíster en Drogodependencia, Universidad Complutense de Madrid. Docente, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: germancardonag@hotmail.com

⁵ Magíster en Bioética, Universidad el Bosque. Docente ocasional tiempo completo, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: Yamile.v08@hotmail.com

Ponencia oral

Promotional strategy to face the use and abuse of psychoactive substances

Abstract

As work experience, we start by providing comprehensive care to the adolescent-young population through the promotion of health, promoting self-knowledge, self-recognition and strengthening of self-esteem, universal, selective and universal prevention as a central methodology for the approach of adolescents at risk and the consumption of licit and illicit psychoactive substances and other non-toxic addictions. The identification of related factors begins with the assessment of the school and university environment, to design strategic plans that allow a direct articulation with the Ministry of Health, the government and the EPS / IPS of the municipality.

During the years of execution of the program, the work has been coordinated with the local and departmental Health Secretariat, in order to have technical advice and support for the effective continuity of EPS / IPS in psychotherapeutic treatment and detoxification of adolescents and young people who require it. As a reference in the results of the work carried out, in the year 2017, 69 adolescents with addiction problems were captured, nine were referred to the respective EPS and the rest to the *Unidad Amigable*, to monitor the risk and the inclusion of the promotional actions. Of these, four needed follow-up with the specialist doctor in drug dependence. As characteristics of consumption, it was found that the age of onset is nine years as an experimental stage; the factors that induce the consumption of substances are domestic violence, economic, social and emotional problems, followed by experimental consumption with peers and within the family, following the model of parental consumption. Taking into account the demand for attention, progress was made in the design of a software for the systematization of information, which generates the risk assessment and the consumption of psychoactive substances.

Key words: consumption, population, psychoactive substances, health.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema con características alarmantes en los ámbitos universitarios. De estas sustancias las más consumidas son el alcohol y el tabaco, siendo el primero, el más frecuente hasta llegar a la embriaguez. Le sigue la marihuana, sobre la cual se tejen diversos mitos y falsas creencias, considerándola como no peligrosa y, por tanto, creciendo su consumo y aceptación sin medir los serios problemas que causa en las funciones ejecutivas superiores y sobre todo en la memoria y concentración, con todo lo que ello implica para el adecuado aprendizaje y desarrollo humano integral de los estudiantes. En el ámbito académico nacional e internacional existen diversas iniciativas que buscan prevenir el consumo/abuso de alcohol y otras drogas, algunas con resultados exitosos que deben ser tenidas en cuenta a la hora de desarrollar nuevas propuestas. La cooperación y la inclusión de todos los estamentos de las instituciones educativas, en especial, los propios estudiantes, padres de familia, docentes y personal administrativo y la comunidad en general son importantes para el éxito del programa, además de ir acorde a las normas y reglamentos institucionales.

El modelo de los servicios de salud amigables es una estrategia de atención primaria en salud, para la población adolescente y joven, la cual contribuye al derecho de la salud en esta población; la unidad amigable de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, es un centro de atención en salud sexual y mental para adolescentes y jóvenes del municipio, desde allí se busca fomentar en los adolescentes, los aspectos relacionados con autoconocimiento, autorreconocimiento y fortalecimiento en la autoestima; buscando, a su vez tanto, la pertinencia social ciudadana, como el fomento de prácticas en salud sexual responsables y seguras; cuyo propósito fundamental es el retardo en el inicio de una vida sexual a temprana edad o la adopción de una segunda virginidad.

En este sentido, las problemáticas emergentes en adolescentes y jóvenes, engloban diversos aspectos que repercuten y alteran su salud integral, siendo algunas de estas, el consumo de sustancias psicoactivas y su relación con otras adicciones no tóxicas; como: nomofobia, ludopatía, erotomanía, síndrome de compra compulsiva, cleptomanía, mitomanía, entre otras. Por ello, se propone el programa Intervención Integral (Promoción y Prevención e Intervención), como estrategia para enfrentar el uso y abuso de sustancias psicoactivas y otras adicciones no tóxicas en adolescentes y jóvenes de Girardot, Cundinamarca. A través de la creación de espacios para que los estudiantes de la universidad tengan oportunidad de ser orientados sobre la prevención y el abordaje del consumo de SPA, riesgos físicos, emocionales y sociales que produce la adicción, asimismo, brindar apoyo psicoemocional, mediante programas de entrenamiento en habilidades sociales, toma de decisiones, construcción de metas adecuadas y posibles, manejo de la resistencia al cambio, terapias familiares, talleres grupales e individuales, cine foros, autorelatos, grupos de autoayuda, intervención y manejo de crisis de primer y segundo orden, entre otros.

Desarrollo de la Experiencia

Las sustancias psicoactivas han estado presentes en la sociedad a lo largo de la historia, por lo cual, su consumo ha generado un gran impacto en todas las naciones, logrando afectar al ser humano en todos sus aspectos: *físico, emocional* y cultural, y con ello, ha aumentado los problemas en el entorno social de las comunidades. Por otra parte, aspectos como el creciente volumen de consumidores, los tipos de sustancias que se producen, los móviles que llevan a su uso y las implicaciones del comercio ilegal son situaciones que exigen la formulación e implementación de políticas y estrategias que sean dirigidas a la prevención, con el fin de minimizar los riesgos potenciales, principalmente, de la niñez y la adolescencia, también es importante el cumplimiento de acciones de mitigación y superación de los efectos que el consumo produce entre la población consumidora.

El consumo de SPA solo puede ser atendido de manera integral y con un impacto de gran alcance y profundidad; el marco legal de apoyo fortalece la capacidad de respuesta local y permite brindar soluciones adecuadas a la complejidad del problema. En este orden de ideas, en Colombia se ha venido desarrollando un marco legal y de políticas que sirve de guía para el establecimiento de acciones de largo alcance y de mayor impacto para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas: La Política Nacional de Salud Mental, expedida mediante la Resolución 02358/98, la Ley 1616 de 2013 Salud Mental, la Ley 30 de 1986 Estatuto Nacional de Estupefacientes, la Ley 1098 de 2006 de Infancia y adolescencia y la Constitución Política de Colombia. De esta manera, se articula el

tema de las sustancias psicoactivas como uno de los ejes centrales, revelando cómo las condiciones de salud mental de los colombianos influyen en el desarrollo económico, social, de convivencia, de seguridad y de bienestar del país.

En el ámbito municipal, Girardot ha venido registrando un creciente incremento en materia de consumo de SPA que, en el caso de las sustancias ilegales, está asociado a las presiones ejercidas por las organizaciones delincuenciales dedicadas al comercio de estupefacientes, que paulatinamente se han ido instalando en los diversos barrios del municipio. Debido a esta situación, el programa de gobierno para la Alcaldía de Girardot, periodo 2012–2015, promueve acciones de prevención integral y control del consumo y uso indebido de Sustancias Psicoactivas (SPA), instancia de coordinación y gestión integrada por los diferentes entes gubernamentales y no gubernamentales del municipio.

Por medio del programa de prevención de sustancias psicoactivas (SPA) en la Unidad Amigable se implementan estrategias para la prevención y control del consumo de sustancias en la población universitaria y en dos instituciones oficiales del municipio. Por la gravedad del problema y sobre todo por la importancia de formar agentes de prevención, debe pensarse en cada profesional que egresa de las universidades. De esta manera, las universidades deben ofrecer propuestas para alejar a los estudiantes del consumo/abuso de sustancias psicoactivas y de otros riesgos del entorno; las programaciones culturales y deportivas, como: cine foros, conciertos al aire libre, cuenteros y la creación de espacios adecuados para la práctica de deportes y ejercicio físico, son solo algunas de las estrategias para hacer frente a esta problemática. No obstante, estas medidas no tendrán éxito, si no se tienen en cuenta los gustos y preferencias de los jóvenes.

La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente. Esta intervención es una herramienta importante en el proceso de atención inicial al adolescente y joven que ingresa al programa, este proceso abarca dos fases:

1. Intervención de primer orden o primera ayuda psicológica: Puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios.
2. Intervención de segundo orden: Es el principio primordial de la terapia en crisis. Puede durar semanas o meses y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.

El programa de Intervención Integral (Promoción y Prevención e Intervención), como estrategia para enfrentar el uso y abuso de sustancias psicoactivas y otras adicciones no tóxicas en adolescentes y jóvenes de Girardot-Cundinamarca (ver Figura 1), nace de la necesidad de prevenir, detectar, intervenir (breve) y/o remitir, a la población joven y adolescente en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones, que día a día no solamente aumenta desenfrenadamente, sino que además baja extremadamente los niveles de calidad de vida y la salud en todas sus esferas y se convierte para el sistema educativo en una de las principales causas de deserción escolar, pérdida académica y, por lo tanto, uno de los motivos en la alteración de la eficiencia terminal.

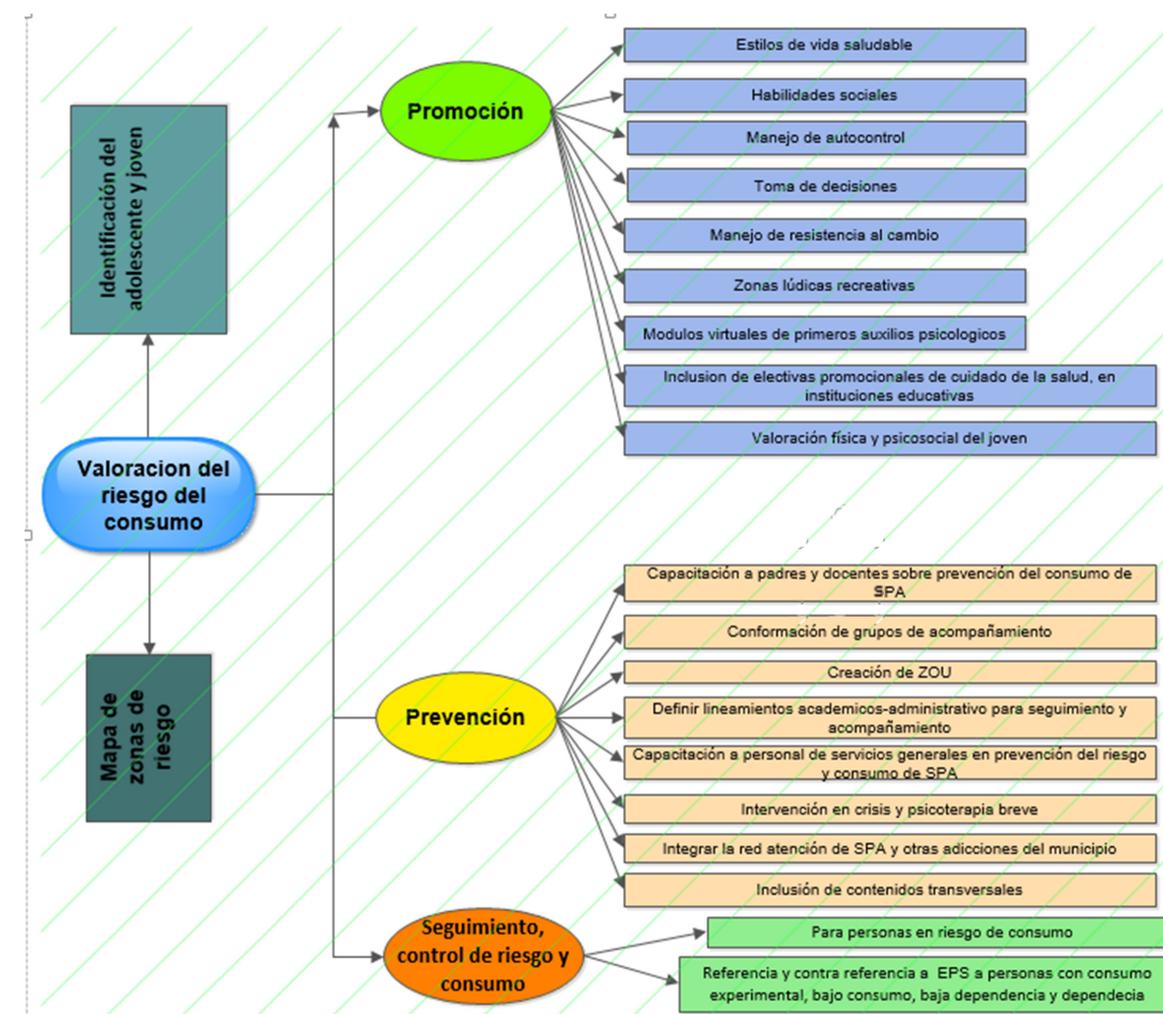


Figura 1. Estructura del programa de Intervención Integral (Promoción y Prevención e Intervención) como estrategia para enfrentar el uso y abuso de sustancias psicoactivas y otras adicciones no tóxicas, en adolescentes y jóvenes de Girardot Cundinamarca.

El modelo se concibe a partir de la definición de prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados.

Con base en la conceptualización del Instituto de Medicina (IOM 1994) que clasifica la prevención en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas.

La prevención universal, selectiva e indicada, tiende a disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo a través del fortalecimiento de los factores de protección, entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial con relación al individuo, al grupo de pares, al ambiente familiar y social. (Solís, Gómez y Ponce, s.f., p. 6).

Estrategias de intervención

Prevención universal

Está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

Para lo anterior se realiza:

1. La sensibilización la población a través de campañas de salud, para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras [sustancias psicoactivas].
2. La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones [que se brindan en la unidad amigable presente en la universidad de Cundinamarca y en dos instituciones educativas oficiales].
3. La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
4. El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección, [a través de talleres de salud mental, que fortalecen el ser]. (Solís et al., s.f., p. 7).

Prevención selectiva

Se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian, al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, se coadyuda a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, todo ello a través de:

1. El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento.
2. La capacitación en materia de adicciones al personal que labora directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores. (Solís et al., s.f., p. 8).

Prevención indicada

La intervención se dirige a grupos de la población con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción, lo cual se logra:

1. Diseñando metodologías de intervención breves del tipo de la consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción. (Solís et al., s.f., p. 8).

Valoración del riesgo para el consumo y para consumidores

Para la valoración del riesgo del consumo se indagó sobre el patrón de consumo del adolescente y joven, como: tipo de sustancia, frecuencia, lugar, con quiénes y dónde; esto se realizó a través de la batería de instrumentos de tamizaje para el consumo, en donde se aplicó el instrumento indicado para la población (Assist, Audit, etc.). La modalidad de valoración del riesgo se hizo a través de entrevista. Posteriormente, se evaluó según las puntuaciones específicas de cada sustancia donde se determinara el riesgo al consumo.

“Sistema de Vigilancia de Sustancias Psicoactivas” VESPA

Para la aplicación de este instrumento se valoró el adolescente, verificando una serie de ítems, como datos de identificación y personales, ocupación, tipo de sustancia que se encuentra consumiendo mediante la identificación del patrón de drogas, frecuencia en su uso, vía de administración y si ha recibido tratamientos previos.

Valoración del adolescente y del joven

La valoración por enfermería del adolescente y joven es importante y fundamental; se realizó con el instrumento de valoración del adolescente y del joven de la OMS, para lo cual, se tuvo en cuenta diferentes aspectos, como los datos personales, antecedentes familiares y personales, de igual manera, se realiza una valoración de aspecto educativo, laboral, vida social, hábitos, psicoemocional, sexualidad y un examen físico completo, en busca de algún tipo de alteraciones en los adolescentes y jóvenes, posterior a eso, se registró en la historia clínica.

Valoración de la familia

Para la valoración de la familia se implementó un instrumento donde se podía identificar la composición familiar, tipo y ciclo vital familiar, asimismo, se implementó instrumentos de valoración familiar, como el familiograma, eco mapa y apgar familiar y una serie de ítems que explora los diferentes factores de riesgo y protectores a los que se encuentran expuestos el adolescente y su núcleo familiar

Historia clínica de abuso de spa

En el instrumento de historia clínica de abuso de SPA se indago la identificación, información sociodemográfica y del consumo del adolescente, además de indagar sobre las complicaciones secundarias al abuso de drogas, sensaciones asociadas al consumo, antecedentes familiares de abuso de SPA y elementos diagnósticos asociados al consumo, que finalmente, brinda una anamnesis subjetiva del joven valorado.

Ruta de atención

El proyecto cuenta con una ruta de atención aplicable, una vez se logra identificar el adolescente y joven con riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas; a través de esta ruta se trabaja no solamente con el individuo, sino que también interviene su núcleo familiar; es importante resaltar que de acuerdo a lo encontrado en el adolescente en

la valoración del riesgo, valoración física, mental, familiar o la historia clínica del abuso, se remite al adolescente al centro de atención primaria en salud, informándoles a la EAPB la condición del adolescente, para la atención en salud al nivel de atención que requiera; se notifica al ICBF para la restitución del derecho si se requiere, así mismo, a las comisarías de familia, policía de infancia y adolescente y las instituciones encargadas de la protección y seguridad de niños, niñas y adolescentes. A través de contrarreferencia se hace el seguimiento al caso y se apoya y asesora al adolescente y a la familia en la ruta de atención de deben seguir.

La meta de la primera es más limitada, consiste fundamentalmente en reestablecer el enfrentamiento, mientras que, la meta de la segunda es la resolución de la crisis y se enfoca de manera directa en la asistencia al paciente para aprender de la crisis, lo que redundará de modo potencial en un más alto nivel de funcionamiento que antes de la crisis.

La sistematización de la experiencia adquirida por el grupo de investigación Placer y del Semillero de Investigación Formando Integralmente Jóvenes Investigadores “FIJI” de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, programa de enfermería, ha permitido conocer diferentes fenómenos y condiciones de salud y de riesgos en los adolescentes y jóvenes del municipio, generando información importante que se debe sistematizar para construir las nuevas realidades frente a los riesgos en salud sexual, SPA y violencia de los adolescentes y jóvenes. Para lograr la sistematización de la experiencia en SPA se organizó un equipo de trabajo interdisciplinar, programa de ingeniería de sistemas y el programa de enfermería, que contó con los siguientes participantes:

- Enfermera Carlota Castro Quinta, coordinadora Unidad Amigable.
- Ingeniero Ezequiel Duarte Quevedo, asesor externo.
- Ingeniería Ana Esperanza Merchán Hernández, asesora metodológica.
- Ingeniero Jorge Julio Reyes, seguimiento pasantías.
- Estudiante Thatiana Gutiérrez Villamil, pasante ingeniería de sistemas.
- Estudiante Cristhian Esteban Serrano Briñez, pasante ingeniería de sistemas.

El plan de trabajo se desarrolló y llevó a cabalidad durante un año, se realizaron avances considerables y finalmente se obtuvo un aplicativo con los instrumentos de historia clínica, valoración y remisión; este software fue instalado en el servidor principal de la Universidad de Cundinamarca para el servicio de la Unidad Amigable. En la actualidad, la aplicación se encuentra en fase de prueba, aportando a la sistematización y disminución en el uso de papelería, esto lo hace amigable con el medio ambiente y permite un acceso rápido a la información.

Referencias

- Dirección Nacional de Estupefacientes (DANE), Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y Justicia. (2009). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008 (Informe final). Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf
- Iregui, M. (2009). Una mirada al consumo de alcohol como problema de salud pública. *Carta comunitaria fundación Universitaria Juan N Corpas*, 98, 1-16.
- Pérez, S., Aldana, J. y Velasco, M. (1994). *La familia en la perspectiva del año 2000: modalidades e influencia de los medios de comunicación*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Porciel, A. (2003). El uso indebido de sustancias psicoactivas: un estudio empírico en jóvenes del noreste argentino. Instituto de Criminalística y Criminología-UNNE. Recuperado de <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/sociales/s-009.pdf>
- Solís, L., Gómez, P. y Ponce, M. (s.f.). Modelo de prevención en Centros de Integración Juvenil, A.C. En Consejo Nacional contra las Adicciones. *Modelos preventivos serie planeación* (pp. 6-13). México: Consejo Nacional contra las Adicciones. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>
- Stanton, M. y Todd, T. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (Trad. C. Gardini). Barcelona: Gedisa.

Experiencia del cuidado del escolar a través de la estrategia de los centros amigables

Carlota Castro Quintana¹

Ezequiel Duarte Quevedo²

Edgar Cartagena Torres³

German Cardona García⁴

Resumen

Los servicios amigables como estrategia propuesta por el Ministerio de Salud para el asesoramiento y atención de los adolescentes y jóvenes fue acogida por la Universidad de Cundinamarca, creando la unidad amiga de adolescentes y jóvenes, con una experiencia de 10 años de servicio, generando impacto en la región. Su objetivo es fomentar el cuidado de la salud sexual y mental en ésta población en el ámbito barrial y escolar, a través de los diferentes programas establecidos por la norma para los centros amigables. Su enfoque en atención primaria es dirigido por enfermeras y articulado al proceso formativo de estudiantes de Enfermería. El proceso de atención contribuye al desarrollo humano, posibilitando la capacidad para la apropiación de conocimientos, actitudes y prácticas de promoción de la salud, fomentando el autocuidado, motivando la prevención y propiciando en la comunidad acciones que lleven a asumir responsabilidad frente al cuidado de su propia salud sexual, mental y su relación con el entorno. Por lo anterior, se ha generado un espacio para la atención diferencial en los barrios y las instituciones educativas del municipio; este trabajo ha impactado en la disminución de embarazos en adolescentes, mejorado la adherencia a la anticoncepción, especialmente, en adolescentes hombres y sus parejas. Los padres han tenido un acercamiento a la unidad solicitando apoyo para la atención de sus hijos, principalmente, en la presencia de riesgos en consumo de SPA y violencia; además, de ser un escenario de práctica para el Programa de Enfermería y una escuela de auxiliares de enfermería, el trabajo se articula con los diferentes sectores del municipio y el departamento. Se ha fortalecido la atención con trabajo interinstitucional, intersectorial e interdisciplinario, ayudando a validar una estrategia diferencial en la atención del adolescente a nivel municipal, departamental y nacional.

Palabras clave: adolescentes, atención primaria, autocuidado, centro amigable, joven.

¹Maestrante Territorio Conflicto y Cultura, Universidad del Tolima. Coordinadora Unidad Amida de los adolescentes y jóvenes; Docente, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: carlotacastroquintana@gmail.com

² Especialista En Servicios Telemáticos E Interconexión De Redes, Universidad Manuela Beltrán. Docente tiempo completo, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: ezeduque@hotmail.com

³ Magíster en Bioética, Universidad El Bosque. Docente Vinculación Especial (O.T.C.), Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: edgarcartagenatorres@gmail.com

⁴ Magíster en Drogodependencia, Universidad Complutense de Madrid. Docente, Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: germancardonag@hotmail.com

Ponencia oral

Experience of the school child care through friendly schools strategy

Abstract

Friendly services as a strategy proposed by the Ministry of Health for counseling and care of adolescents and young people was fostered by the University of Cundinamarca by creating a Friendly Unit for adolescents and young people, with a 10-year experience of services generating an impact in the region. Its objective is to promote the care of sexual and mental health for this population in the district and school areas through different programs regulated by the standards for friendly centers. Its focus on primary care is directed by nurses and articulated to the training process of nursing students.

The process of attention to this population contributes to human development, making possible the appropriation of knowledge, attitudes and practices of health promotion, encouraging self-care, motivating prevention and fostering in the community actions that lead to assume responsibility towards the care of the own sexual and mental health and the relationship with the environment. A space for differential attention in the neighborhoods and educational institutions of the municipality has been generated. This work has impacted on the reduction of teenage pregnancies, improved adherence to contraception, especially in male adolescents and their partners. The parents have had an approach to the unit requesting support for the care of their children, especially in the presence of risks in SPA consumption and violence. Besides being a scenario for practices in the Nursing Program and a school of nursing assistants, the work is articulated with the different sectors of the municipality and the department. The attention has been strengthened through inter-institutional, intersectoral and interdisciplinary work, helping to validate a differential strategy in adolescent care at the municipal, departmental and national levels.

Key words: adolescents, primary care, self-care, friendly center, young.

Introducción

La Constitución Política de 1991 abre puertas para reconocer a cada uno de los colombianos como sujetos sociales sin discriminación alguna, dando primacía a los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad, fundada en el respeto por la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 1 y 5). Esta nueva etapa en el desarrollo de la democracia en nuestro país permitió la creación de instancias que velan por el cumplimiento de estos derechos.

Los niños, adolescentes y jóvenes comienzan a ser reconocidos como personas con plenos derechos y garantías, siendo amparados por normas legales, como la Resolución 412 del 2000 emanada por el Ministerio de la Protección Social, en la cual:

Se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica (atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres); normas de detección temprana (alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años y alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino

y seno) y guías de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/Sida y menor y mujer maltratados), donde se establecen las guías básica y manuales de normas técnico administrativas de atención integral al adolescente y jóvenes entre los 10 a 29 años. (Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFRA], 2008, p. 139).

Se encuentra también, la Ley 1112 de 2007, que en su artículo 33 habla en el Plan de Salud Pública sobre la promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención de los principales riesgos para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007).

De igual manera, aparece la Ley 1098 de 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia; así como, el Convenio de cooperación No. 283 de 2007 entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Plan de Salud Pública que proponen desarrollar el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ).

Con el fin de implementar con éxito estas directrices, La Universidad de Cundinamarca, Facultad Ciencias de la Salud, Programa Académico de Enfermería pone desde I semestre académico del 2008 al servicio de la población de jóvenes-adolescentes universitarios, a estudiantes de las instituciones de educación básica primaria y secundarias del sector público, privado y a la comunidad en general del municipio de Girardot, la “Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes.”

La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes es un proceso que busca generar espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 15 y 29 años, con el fin de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan. Se ha logrado formar y desarrollar habilidades en el equipo de salud para que brinde atención, haciendo detección temprana de problemas sobre situaciones de su vida diaria relacionadas con la salud sexual y reproductiva, problemas de consumo de sustancias psicoactivas y violencia.

Diez años de aprendizaje en la Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes

La Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes surge a partir de la necesidad de propiciar espacios para el intercambio de conocimientos, valores y prácticas responsables frente a la sexualidad, que son necesarios para la formación integral y el autocuidado sexual y procreativo, a partir de las cuales, se implementan estrategias informativas, educativas, de comunicación y de atención, con el fin de disminuir los riesgos y factores de vulnerabilidad y fomentar prácticas de cuidado sexual seguras a nivel individual, de pareja y familia.

La Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes ha jugado un papel importante en la proyección social del municipio de Girardot, dado que por ser puerto fluvial y estar ubicada en el centro del país, se ha reconocido desde inicios de 1920 como la ciudad turística de Colombia. Su geografía y temperatura oscilante entre 30 a 36 grados centígrados lo que la convierten en sitio predilecto para los turistas de Bogotá y demás partes del país. Estas particularidades la han hecho surgir como segunda ciudad del departamento de Cundinamarca, pero de igual manera, la han expuesto a presentar problemas de salud pública que están ligados al turismo sexual.

El perfil epidemiológico está relacionado con alto índice de infecciones de transmisión sexual, abortos, embarazos en adolescentes, inicio temprano a la vida sexual, prácticas sexuales entre los adolescentes y jóvenes, baja adherencia al uso de la doble protección, así como, el aumento de familias monoparentales y al hecho de que los jóvenes y adolescentes viven solos en sus hogares. La U.A.U. (como se denominó inicialmente unidad Amiga de los Universitarios) ha tenido en cuenta las necesidades de la población por medio de información en salud sexual, basada en investigación y el trabajo mancomunado con la Secretaria de Salud del municipio y del departamento.

Este proyecto ha sido liderado por enfermeros en formación de la profundización en Salud Sexual y Procreativo del programa académico de Enfermería, coordinada por la docente que orienta dicha profundización y con el apoyo de directivos del programa, que por medio de la atención diferenciada a adolescentes y jóvenes del medio universitario, busca generar espacios para la orientación en el autocuidado sexual, desarrollando proyectos de impacto sobre el mejoramiento y calidad de vida de esta población.

Al satisfacer las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes en lo relacionado con su sexualidad y reproducción, se ayuda a contribuir en vivencias responsables y enriquecedoras como garantía de derechos; además, se hizo la expansión del proyecto a dos instituciones públicas oficiales del municipio. Por otra parte, se cambió su inicial denominación por Unidad Amiga de los Adolescentes y jóvenes, la cual cuenta con participación de adolescentes del municipio y la universidad. Además, se realizó un concurso para el diseño del logo de la Unidad; en la actualidad el logo (ver Figura 1) se encuentra aprobado y es reconocido por la población Girardoteña, en especial, por los adolescentes y jóvenes escolarizados del municipio.



Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes

Figura 1. Logo aprobado institucionalmente por la oficina de calidad y comunicaciones para la Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes de la Universidad de Cundinamarca.

La Unidad Amigable propone acciones de fortalecimiento en la educación y orientación en la salud sexual de la población adolescente y joven, contribuye al mejoramiento de calidad de vida y su proyección a través de la formación de proyecto de vida en cada uno de los jóvenes y adolescentes que asisten a sus servicios individuales y colectivos, y genera actitudes saludables a través de acciones de promoción en salud diseñados para ellos.

Por su participación e involucramiento en las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, se hace indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades al momento de solicitar orientación o servicios para vincularlos a programas específicos acorde a sus necesidades. Para ello, el personal de la Unidad Amigable, cuenta con un equipo que está en capacidad de brindar asesoría en materia de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual incluida el VIH/SIDA, violencia sexual, IVE, detección temprana de cáncer de mama, testículo y de cuello uterino, prevención e identificación del riesgo y consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, en caso que sea necesario, se establece un espacio concertado para las citas médicas y la valoración psicológica.

En el Portafolio de Servicios de la Unidad se ofrece consejería, educación y acceso a métodos de planificación familiar, el cuidado sexual, cursos de líderes en salud sexual, la orientación y atención en salud, manejo del tiempo libre, ferias sexuales, la dotación de los dispensadores de métodos de barrera, en especial, el condón y la realización de citologías. Esto inicialmente planteado para los adolescentes y jóvenes pertenecientes a la Universidad de Cundinamarca y, posteriormente, previo acompañamiento de la Secretaria de Salud se dio apertura a los programas a la población del municipio, proyectando un trabajo coordinado con los diferentes sectores responsables de la atención y cuidado de esta población (EPS/IPS, comisaria de familia, ICBF, Policía de Infancia y Adolescencia, CTI, Casa de Justicia y otras secretarías municipales).

Actualmente, se viene organizando la participación juvenil en la unidad, con el fin de empoderar a este grupo poblacional en el control social de sus derechos y deberes en salud, con el acompañamiento de la Personería Municipal y la Gobernación de Cundinamarca.

Cabe señalar que, la unidad cuenta con un equipo interdisciplinario, el cual tiene como objetivo dar atención integral a los jóvenes y adolescentes, éste equipo está conformado por: dos enfermeras docentes, estudiantes de último semestre de enfermería, un médico especialista en prevención de las adicciones y dos psicólogos, quienes son los responsables de hacer la valoración en su campo disciplinar y luego remitir a la E.P.S. respectiva para el tratamiento y seguimiento al riesgo. De igual manera, con el fin de estar a la vanguardia de la tecnología, se cuenta con un Ingeniero de Sistemas quien desarrolla apoyos tecnológicos acorde con las actividades de la unidad.

Gracias a la flexibilidad en el horario de atención, se logra cubrir la demanda del servicio en horas de la mañana, tarde y noche, además, se ofrece una amplia gama de servicios a los cuales pueden acceder los adolescentes y/o sus familias; también, se realizan capacitaciones a los hijos de los administrativos de la Universidad de Cundinamarca en autocuidado sexual con la ayuda de estudiantes de la profundización, quienes realizan el diseño de los programas

de formación de los adolescentes líderes en salud sexual de los centros educativos públicos y privados del municipio de Girardot y los respectivos manuales de los diferentes programas ofrecidos en la unidad. De igual manera, se creó la base de datos de las historias clínicas de los adolescentes y jóvenes valorados en la unidad, tanto internos como externos y el Software para la valoración y el riesgo y consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

A nivel comunitario, se realiza a través de las visitas domiciliarias asesoría y acompañamiento a la gestante, puérpera y lactante adolescente, con el fin de brindarle apoyo, orientación y acompañamiento en su proceso y cuidados en la gestación, parto, posparto, lactancia materna y en la construcción y visión de su proyecto de vida a partir de su nuevo rol.

A nivel extra institucional, se ha trabajado con los programas académicos de Enfermería de las Universidades del Llano y Surcolombiana en un compartir y fortalecimiento de experiencias académicas e investigativas. Así mismo, la Unidad ha realizado a nivel local un programa de atención a hombres y mujeres dedicadas al trabajo sexual y sitios de lenocinio, capacitando a los administradores y dueños de estos sitios y de los hoteles, por ser considerados sitios de riesgos en Salud Sexual por la trata de personas, así como también, para la evaluación del cumplimiento de las normas en la prestación del servicio y la prevención del riesgo sexual e infecciones cruzadas y fomentar prácticas de autocuidado para el logro del mejoramiento en la prestación de los servicios.

La Unidad ha permitido generar un espacio a los enfermeros en formación para realizar sus prácticas de Gerencia en Servicios de Salud, Educación en Salud y Cuidado de Enfermería en la Mujer, Niño y Recién Nacido y así poder tener elementos para que en su futuro profesional pueda coordinar todos los programas de Salud Sexual y Procreativa, dirigidos a promocionar y prevenir el autocuidado en los adolescentes y jóvenes.

Aspectos éticos en la atención del joven y adolescente

La Unidad Amiga de los Jóvenes y Adolescentes de la Universidad de Cundinamarca ve a su sujeto de atención, como una persona con individualidad y autonomía, partiendo del respeto por la persona y resaltando la **dignidad humana** como condición mínima que se le debe reconocer a cada uno de los usuarios del servicio. Por ello, toda intervención a realizar debe estar amparada por el Consentimiento Informado para quienes tienen capacidad autónoma de decidir y el Asentimiento Informado, cuando éste es menor de edad y necesita del respaldo de los padres o un tutor para la toma de decisiones. Asimismo, todo personal profesional y en formación debe diligenciar el acta de confidencialidad.

Conclusión

La estrategia diferencial para la atención de adolescentes y jóvenes, como la Unidad Amigable creados fuera del contexto institucional en salud, es una oportunidad para que puedan acceder sin inconvenientes y más cuando este se ofrece en el contexto escolar, dado que no crea barreras en la atención y se tiene mayor acercamiento a la lectura desde la dimensión en salud de los riesgos de su entorno más próximo, como es la escuela; además, el

adolescente se siente más libre al momento de solicitar la atención y expresar sus temores, vivencias y necesidades. Es importante señalar que, el adolescente al ser atendido por pares (jóvenes profesionales en formación) crea más empatía y libertad de expresión de sus necesidades, sentimientos, frustraciones, deseos, temores, lo cual permite un trabajo más cercano a la realidad que afronta.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Ley 1112 de 2007 “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Constitución Política de Colombia. (1991). [Constitución]. Recuperado de <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col127440.pdf>
- Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2008). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>

Cuidar al adulto mayor: El reto de encontrar un ser humano en medio de una enfermería ausente

Mónica Johana Bartolo Rodríguez¹
Olga Ximena Domínguez Potes
Mónica Johana Muñoz Cardona

Resumen

Introducción. El Adulto Mayor –AM- de acuerdo con el proceso de envejecimiento se convierte en un ser vulnerable en todas las dimensiones humanas, lo que implica alteración de funciones, habilidades físicas, mentales y sociales; hoy en día, algunos son sometidos a maltrato y rechazo social. La OMS reporta que la población está envejeciendo rápidamente y se pronostica que aumentará la cantidad de AM en todo el planeta, lo cual se traduce en un desafío para la profesión de enfermería. **Objetivo:** Identificar cómo aplican los enfermeros el Proceso de Atención de Enfermería para satisfacer las necesidades del adulto mayor hospitalizado e institucionalizado. **Metodología:** Se realizó una investigación cualitativa, con herramientas del método etnográfico, en Medellín, Colombia, entre marzo de 2016 y diciembre de 2017. Las participantes fueron enfermeras con experiencia en el cuidado al adulto mayor. El estudio fue efectuado en dos escenarios de cuidado: hogares geriátricos e instituciones hospitalarias. **Resultados:** Emergieron tres categorías principales: 1. Saber que todos vamos para allá; 2. No meterse en la patología, sino en el paciente como ser humano; y 3. La enfermera también tiene fundamentos para atender al paciente. **Conclusión:** El AM requiere un cuidado individualizado en todas sus dimensiones y un perfil especial de profesionales de enfermería y de personal técnico capacitado para el cuidado. Se identificó que las prácticas de cuidado brindadas son similares a las de otras poblaciones de pacientes. Finalmente, se observa que los enfermeros le dan importancia al Proceso de Atención de Enfermería –PAE-, pero en su mayoría no lo emplean como herramienta de trabajo; su conocimiento depende de la época de formación. El profesional de enfermería confunde los conceptos de gestión del cuidado con la delegación de casi todas estas funciones en personal técnico y cuidadores familiares.

Palabras clave: adulto mayor, cuidado de enfermería, humanización del cuidado.

Taking care of the elderly: the challenge of finding a human being when the nurses are not really present

Abstract

Introduction: The elderly who are going through the aging process become a vulnerable person in all the human dimensions. This implies the alteration of physical, mental and social abilities and functions. Some of these elderly

¹ Magíster en Enfermería, Universidad de Antioquia. Docente tiempo completo, Cuidados Básicos de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Docente Cátedra, Desarrollo disciplinar e historia de la Enfermería, Corporación Universitaria Adventista. Correo electrónico: mumonica@hotmail.com

Ponencia oral

are nowadays subject to mistreatment and social rejection. The WHO reports that the population is aging quickly and it is predicted that the number of elderly people in the planet will increase, which results in a challenge for the nursing profession. **Objective:** To identify how the nurses apply the Nursing Assistance Process (NAP) to satisfy the needs of the hospitalized and institutionalized elderly. **Methodology:** A qualitative investigation was made, using tools from the ethnographic method, in Medellín, Colombia, between March 2016 and December 2017. The participants were nurses with experience in taking care of the elderly. The study was carried out in two care scenes: nursing (geriatric) homes and hospital centers. **Results:** Three main categories emerged: 1. -Knowing that we all are going there, 2. -Not focusing in the pathology, but in the patient as a human being and 3. -The nurse also has foundations to take care of the patient. **Conclusion:** elderly people require individualized care in all its dimensions. They also need nursing professionals with a special profile and technical staff enabled for doing the care work. It was identified that the given care practices are similar to those offered to other patient populations. Finally, it was observed that the NAP is important for nurses, but most of them do not use it as a work tool and the knowledge they have about it depends on when they studied. Nursing professionals confuse the concept of care management and the concept of delegating almost all these functions to the technical staff and the caretakers.

Key words: elderly, nursing care, caretaker humanization.

Introducción

El marco del problema de la investigación aborda los siguientes aspectos: la pirámide poblacional está invirtiéndose en los últimos años; la vulnerabilidad del Adulto Mayor -AM- en todas sus dimensiones hace que sean prioridad de protección y cuidado; y el cuidado en geriatría y la aplicación del PAE, como un desafío actual para los profesionales de enfermería.

En el mundo y en Colombia la pirámide poblacional se ha ido invirtiendo en los últimos años, lo cual ha generado un aumento en la población adulta mayor. La OMS menciona que “entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% lo cual sucederá en el transcurso de medio siglo” (Organización Mundial de la Salud, s.f., párr.1). En el contexto de transición demográfica en América Latina y el Caribe según datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), la región está envejeciendo paulatina pero inexorablemente, siendo este un proceso caracterizado por el descenso acelerado de las tasas de natalidad y disminución de las tasas de mortalidad, que se estima ha comenzado por los años 70; esto se ve reflejado en países como Cuba, Uruguay, Guatemala y Honduras, los cuales están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad (Vanegas et al., 2009).

En el contexto nacional, según el *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*, el país experimenta también la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas, por lo cual, se proyecta que para 2020 continúe el descenso de la población menor de 15 años, mientras que la población mayor de 65 años continúe en un aumento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por otro lado, hemos de considerar la vulnerabilidad de ésta población debido a la disminución de la capacidad

funcional y por ende un aumento en su dependencia, El adulto mayor se encuentra en la culminación de un proceso biológico natural, que lleva consigo ciertos cambios que los ponen en situación de vulnerabilidad, por las limitaciones funcionales, la pérdida de la autonomía, de independencia, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, llevándolo también a vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario y de acceso a los servicios de salud (Cardona, Estada y Agudelo, 2006).

Lo anteriormente expuesto, se considera un desafío para los profesionales de enfermería en el área de gerontología, donde juegan un papel muy importante en cuanto al desempeño del cuidado de ésta población, para ello, deben apropiarse del Proceso de Atención de Enfermería –PAE-, para poder planear y ejecutar un cuidado con calidad, individualizado, dadas las características especiales de la población mayor, diferente al otros tipos de poblaciones de adultos. Sin embargo, las pocas investigaciones referenciadas en el tema señalan que no todos los enfermeros dominan, ni aplican el PAE como herramienta en su quehacer diario, debido a la existencia de algunos factores externos (políticas institucionales, asuntos en la formación, entre otros), que limitan su correcta aplicación.

Justificación

Este trabajo pretende destacar la importancia de la aplicación del PAE para dar satisfacción a las necesidades específicas del AM hospitalizado e institucionalizado. Por esto, se hacen algunas reflexiones y aportes al estado de salud de ese grupo de población, pues se podrá tener el conocimiento de las necesidades específicas del AM y las prácticas de cuidado que enfermería realiza para responder a éstas.

El profesional de enfermería está capacitado para cuidar del individuo sano o enfermo, puede crear una visión del panorama, fundamentar su quehacer en el PAE y velar por quien requiere su atención, transformando el cuidado en algo activo, que realmente mejore y proteja la vida del paciente, aumente el valor de la profesión y le desarrolle como persona, capacitada para afrontar los grandes cambios que a futuro se ven venir, como lo es en el aumento demográfico de la población adulto mayor, para suplir las necesidades específicas de su cuidado, ejerciendo sus tres roles de: acompañante, asistente y sustituto, tal como lo plantea Henderson (Vanegas et al., 2009).

Así las cosas, el envejecimiento de la población es un reto para la enfermería, ya que, cada vez se tienen más pacientes adultos mayores, lo cual implica una respuesta de los enfermeros a estas nuevas demandas, pues, el adulto mayor se hace dependiente, debido a una limitada provisión fisiológica, siendo más frágiles y vulnerables al deterioro de la salud y aumentado el riesgo de alcanzar discapacidad con mayor rapidez (Flores, Rivas y Seguel, 2012). La Enfermería a través de la aplicación del PAE puede ejercer el cuidado, garantizando el bienestar del adulto mayor de acuerdo con su estado de salud, mejorando la utilización de los recursos en los hogares geriátricos y servicios de medicina interna, donde, por lo general, está siendo atendida esta población (Toronjo, García y Rodríguez, 2012).

Este estudio contribuye a la profesión de enfermería, por el cumplimiento de responsabilidades, compromisos éticos y académicos de la investigación, provee herramientas para la práctica de cuidado y la docencia, ya que, permite

tener un acercamiento desde las vivencias de los profesionales, de los pacientes en proceso de envejecimiento y las necesidades de sus cuidadores. Finalmente, permite aproximarse al abordaje teórico del cuidado de enfermería en gerontología, sus retos y limitaciones actuales.

Objetivos

Objetivo general

Identificar cómo aplican los enfermeros el proceso de atención de enfermería en la satisfacción de las necesidades específicas del adulto mayor hospitalizado e institucionalizado.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de cuidado del adulto mayor hospitalizado e institucionalizado.
- Describir las prácticas de cuidado que realizan los enfermeros en el cuidado de adulto mayor hospitalizado e institucionalizado.
- Identificar la importancia que le dan los enfermeros a la utilización del PAE como herramienta para el cuidado.

Referentes Teóricos

Contexto disciplinar

Desde las filosofías y la ciencia del cuidado, Jean Watson define la práctica enfermera en diez factores de cuidado, donde uno de ellos se basa en el uso del proceso de enfermería, manifestando que “aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante del médico” (Fundamentos UNS, 2012, s.p.; Tomey y Alligood, 2007). Para ella, “el cuidado comprende factores de cuidado que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas” (s.p.), donde se elige para la persona “la mejor acción en un momento determinado” (s.p.).

Asimismo, como teoría de base de este trabajo, se toman los postulados de Virginia Henderson, siendo de la escuela del pensamiento de las necesidades propone catorce necesidades básicas humanas en las que se basa la atención en enfermería. Henderson menciona que la enfermería es una práctica independiente y autónoma, que tiene como objetivo generar un cuidado, donde se ayude al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, que realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios (Tomey y Alligood, 2007).

Además, la *Nursing Interventions Classification* –NIC- dentro de las 542 intervenciones y 12.000 actividades de cuidado plantea 145 sugeridas para atender las necesidades básicas del adulto mayor en la atención de enfermedades prevalentes de esta edad, métodos de cómo evitar complicaciones, que abarcan las dimensiones físicas, sociales,

mentales y emocionales del adulto mayor (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013).

Contexto investigativo

Se elaboró una revisión sistemática de estudios y literatura científica relacionada con el tema de investigación, abordada por expertos entre los años 2006 y 2016, dentro de los cuales se contemplaron artículos científicos de los últimos 10 años, que se encuentran en revistas electrónicas indexadas en bases de datos científicas del área de la salud y humanidades. Dentro de esta búsqueda se pudo destacar que, hoy en día en algunos países la población mayor de 65 años sobrepasa el 15 % de la población total, en este caso se destacan países, como: Japón, Italia, Alemania, Suecia, entre los cuales, se muestra una clara evidencia de la pirámide poblacional que se encuentra en proceso de invertirse (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011).

Dentro del ámbito local, las investigaciones destacan la vulnerabilidad de la población adulta mayor y resalta esta situación como un desafío para los sistemas de salud, no solo por la presencia de enfermedades, sino también por cuestiones sociales, de políticas empresariales y de creencias; de acuerdo con los estudios ya existentes: “envejecer dignamente, es una necesidad que se pide a gritos y con cada vez, con mayor eco en nuestra sociedad, más allá de la utopía” (Barreto y Girón, 2014, p. 4).

En cuanto al PAE a nivel mundial son escasos los estudios que se encuentran sobre este tema, sin embargo, los existentes revelan que la falta de aplicación diaria en registros, conlleva al olvido de la fundamentación teórica, y también implica la forma de registrarlo y la habilidad para desarrollarlo (Miranda, Carrizo, Leiva y Beroiza, 2014; Reina, 2010).

Abordaje metodológico

Esta investigación fue desarrollada bajo los parámetros del paradigma cualitativo, con herramientas del método etnográfico. Incluyó la recolección de los datos durante el trabajo de campo, se realizó simultáneamente el análisis de los mismos. También, se buscó utilizar características esenciales del método etnográfico, como: la reflexividad; la recolección de datos a través de la observación y la entrevista; la descripción detallada, la consideración naturalista, contextualizando los actores y los escenarios en su ambiente físico natural; la visión desde la perspectiva del participante (emic) y del investigador (etic). Los investigadores fueron estudiantes de noveno semestre de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista –UNAC-, asesorados por una docente que conoce el método y el tema a investigar. Cabe señalar que este método permite interactuar con los participantes de un modo natural y no intrusivo.

Técnicas de recolección de la información

La recolección de la información se hizo a través de la observación participante y de entrevistas semiestructuradas, a cuidadoras desde el mes de abril hasta el mes de junio del año 2017; para este estudio se tuvo como puntos de orientación los objetivos de la investigación y la necesidad de ampliar la información analizada concomitante con las visitas de trabajo de campo. Lo observado fue registrado de manera narrativa en un diario de campo, donde

se escribió lo que se vio y se escuchó, mientras se compartían los escenarios de cuidado y las rutinas con los participantes del estudio durante el cuidado del adulto mayor.

El producto de las observaciones, de las conversaciones informales con otros actores y las notas de campo, se consignaron en el diario de campo, luego fueron procesados para el análisis al igual que las entrevistas; con cada uno de los datos se hizo lectura y relectura, se señalaron las unidades significativas, se fueron estableciendo códigos y, finalmente, categorías iniciales. La recolección de la información concluyó siguiendo el criterio de saturación de los datos, que con en el análisis de los datos nuevos se llegaba a redundancia en la información y no emergieron propiedades o dimensiones que ampliaran las variaciones encontradas.

Características de los participantes y de los escenarios

En el área urbana de la ciudad de Medellín, se observaron escenarios donde el adulto mayor recibía cuidado: centros geriátricos y en la unidad de hospitalización de dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Medellín. Además, se cubrieron las rutinas del cuidado en diferentes momentos y horarios. En cuanto a los participantes, se consideraron como criterios de inclusión: ser profesional de enfermería, contar mínimo con un año de experiencia laboral, mínimo un año en el servicio o institución en la cual laboraba y con experiencia laboral en el cuidado del adulto mayor.

Análisis de la información

Para el análisis no se utilizó ningún software, éste se realizó de manera manual. Una vez transcritas las observaciones y las entrevistas, se segmentaron párrafo por párrafo en tarjetas manuales y se las identificó de la siguiente forma: se les asignó nomenclatura a cada una, se hizo lectura y relectura de las entrevistas y observaciones, se señalaron los códigos, se hizo una nueva lectura, se segmentaron por párrafos y se les dio a cada uno una nueva nomenclatura; para las entrevistas se asignó un nombre ficticio a las participantes, a las fichas se les asignó el nombre ficticio de las participantes, seguidos del número del párrafo y del número de la página de donde se tomó, lo cual, quedo de la siguiente manera: 'Lucia P40P2'.

Para las observaciones se hizo la nomenclatura utilizando el prefijo Ob, seguido de la palabra que identificaba el lugar donde se realizó la observación, posterior a este, se ubicó el número del párrafo y el número de página de donde se tomó el segmento, quedando de la siguiente manera: 'Ob1 hospital P3P7'. Después de la primera clasificación de códigos se hizo un primer agrupamiento, dando como resultado una lista de posibles categorías. Subsiguientemente, se añadieron los análisis de las observaciones o entrevistas posteriores; luego se hizo una nueva relectura y reclasificación, teniendo en cuenta los objetivos del trabajo, finalmente, se obtuvo las categorías, las cuales fueron organizadas a través de un mapa conceptual.

Criterios de rigor. Como medio para amparar la calidad científica del estudio se resguardaron los siguientes criterios: la credibilidad, la no directividad, la transferibilidad y la dependecia. A través de ellos, se llevó a cabo una investigación limpia, clara y con fines educativos, dispuestos a contribuir al cuidado de la población adulto mayor.

Consideraciones éticas. Durante la etapa investigativa se establecieron controles externos en tres distintos niveles: el nivel de los principios generales, donde se reflexionó en torno a la conservación de los principios éticos universales: beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y justicia, los principios morales que se deben considerar cuando se realiza una investigación; el nivel de las normas éticas y el nivel de los comités éticos de revisión.

Limitaciones. Aunque se conoce que las instituciones de salud tienen convenio con las instituciones educativas, el tiempo es un limitante para la tramitología en el acceso al campo.

Resultados

Del análisis de la información recolectada emergieron tres categorías generales de estudio. (Ver Figura 1).

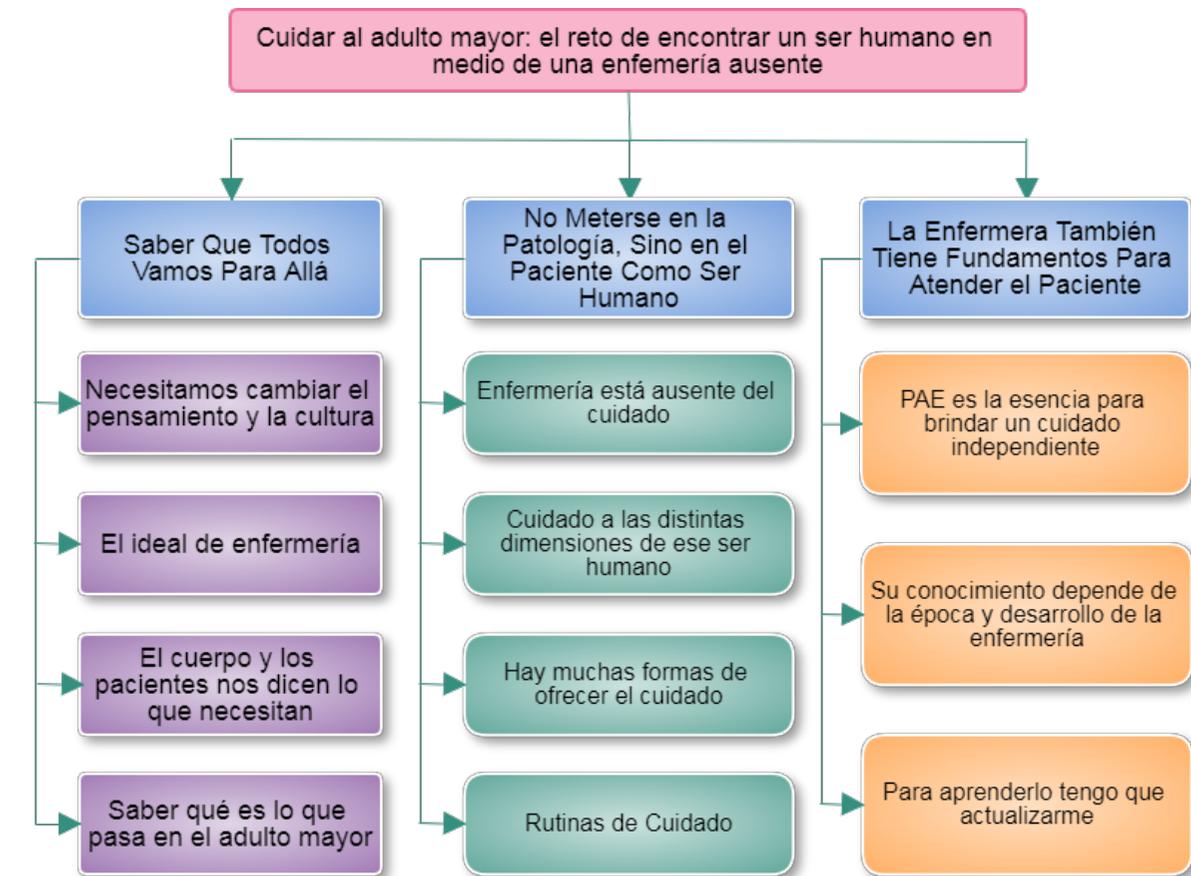


Figura 1. Categorías generales del estudio.

Saber que todos vamos para allá

Las principales necesidades específicas para el adulto mayor hospitalizado e institucionalizado identificadas y referidas por las enfermeras, de manera global, fue comprender que la realidad de todo ser humano es llegar a la etapa de la vejez, en sus propias palabras “yo también voy para allá”.

Necesitamos cambiar el pensamiento y la cultura. Las participantes consideran que socialmente se tiene el concepto de adulto mayor como ser humano dependiente de todos, poco útil, no productivo, lleno de enfermedades, que limita el normal transcurrir de la vida cotidiana de muchos, esta creencia se hace global, sin distinguir en qué etapa de la vida se encuentre la persona. Como consecuencia, el enfermero se ve maleado por este juicio y refleja una actitud negativa de cuidado, según el concepto que ha adquirido, lo cual, aparta al adulto mayor y lo excluye de un buen cuidado.

(...) Una necesidad es que hay mucho estigma y rechazo social frente al envejecimiento, entonces de esa misma manera atendemos al otro, ¡qué miedo ser viejo, que pereza los viejitos, no me gusta atenderlos! Entonces los vamos aislando, eso pasa en la vida laboral de enfermería, en la vida social y personal (...). (Comunicación personal, Lucia P2P4).

En el entorno de un hogar geriátrico versus el hospitalario, existe mayor posibilidad de relación intergeneracional del adulto mayor con los adolescentes en el hogar, gracias al convenio de las instituciones educativas con éste, para prestar el servicio de alfabetización de los grados noveno, decimo y once: “Otros adultos mayores se encontraban caminando por el pasillo en compañía de estudiantes de bachillerato, participando en la asistencia de actividades diarias, mientras hablaban y sonreían” (comunicación personal, Ob1 Hogar P4P1).

El ideal de enfermería. Las enfermeras de este estudio manifestaron la necesidad de tener un perfil ideal para ejercer el cuidado al adulto mayor, según los expresaron, en primera instancia, se requiere vocación para el trabajo con este grupo etario, haciendo referencia a empatizar, armonizar y disfrutar el ejercicio de cuidado con ellos; tal como se evidencia en las siguientes apreciaciones: “que sea con entrega, no por sacrificio” (comunicación personal); “(...) a mí el trabajo con el adulto mayor me encanta; se debe tener mucha afinidad con los abuelitos que están aquí hospitalizados (...)” (comunicación personal, Cenovia P3P8); “(...) para esto se necesitan personas que realmente les gusten y quieran trabajar con este grupo, no al que necesite, o que sea más pobre, si no le gusta los viejitos yo no la contrato” (comunicación personal, Lucia P11p32).

También, se considera que el personal de enfermería que cuida al adulto mayor debe incluir en su ser valores que representen la vocación por este servicio, marcar la diferencia en su atención, y que se vea reflejado el trato de un ser humano a otro ser humano, que procure caminar en los zapatos ‘del viejo’, buscando asumir esa realidad que solo se entiende cuando hay consagración en su cuidado.

(...) Cualquiera da de comer, pone una sonda, administra un medicamento, pero es la actitud con la que lo haga, el amor, el respeto y la entrega con que usted le da de comer a ese ser humano; usted lo pone a caminar, uno dice: ¿pero cómo están halando a esta pobre señora? usted tiene que irse al ritmo del adulto de mayor (...). (Comunicación personal, Diana P6P21A).

Las participantes mencionan que no basta solamente con una actitud cargada de valores, sino también un conocimiento científico que le permita a la enfermera realizar sus actividades con seguridad y confianza, para que a su vez, esto sea transmitido a su equipo de trabajo y así todos poder proporcionar un buen cuidado al paciente, como lo expresan: “ser excelentes y excelente su equipo” (comunicación personal); “(...) Uno forma el equipo, con el ejemplo, que la gente vea que uno es tolerante, paciente pero también que sabe; no es simplemente la enfermera tan querida, no. La enfermera tiene fundamento para ejercer sus cosas” (comunicación personal, Diana P6P2B).

La enfermera se apodera del cuidado y tiene la capacidad de hacer y enseñar a su equipo de trabajo a desempeñar algunas funciones delegables, cuando su personal no tenga conocimiento de ellas, de esta manera, ellas puede impartir un buen cuidado para que otros lo puedan seguir haciendo, para que el adulto mayor tenga satisfacción en sus necesidades: “Al ingresar a una de las habitaciones una auxiliar practicante pregunta: ¿Cómo le instalo la nutrición?, la enfermera se ocupa de esta actividad explicándole como se hace” (comunicación personal, Ob1Hogar P24P3).

El cuerpo y los pacientes nos dicen lo que necesitan. Con un enfoque de cuidado centrado en el paciente, las participantes mencionaron que las necesidades en el adulto mayor van apareciendo o surgiendo, pero la enfermera debe estar atenta y con los ojos bien abiertos para descubrir las exigencias que el paciente está manifestando, de modo que cuando ‘ellos cambian y los ve distintos’, las enfermeras llegan a la conclusión de que algo está pasando:

(...) porque es que a uno un signo o un síntoma de un paciente le tiene que hablar, si este paciente esta sudoroso yo tengo que buscar por qué... porque está haciendo mucho calor... está haciendo un pico febril, está haciendo una reacción antígeno-anticuerpo, ahí que uno sabe por qué y de dónde. (Comunicación personal, Lucia P8P48).

Sin embargo, las participantes también refirieron que no todas las necesidades en el adulto mayor son manifiestas, por lo tanto, la enfermera debe ser precavida y audaz para mirar en el ‘viejo’ lo que podría mejorar su estado de salud y no necesariamente de manera física, sino en la parte emocional, social y aun espiritual.

(...) Uno también satisface las necesidades que percibe en ellos, es un paciente que se siente solo, o un paciente que esta intranquilo, que va, viene y vuelve y no sabe por qué, entonces hay que mirar cuál es la causa y de ahí satisface uno las necesidades lo mejor que pueda. (Comunicación personal, Diana P2P5).

En el entorno de un hogar geriátrico, los encargados del cuidado al adulto mayor dedicaban tiempo a la apariencia y aspecto físico de ellos, apartando un día especial para proporcionarles arreglo personal: “El viernes y sábado se dedican a embellecerlos, les hacen pedicure y manicur” (comunicación personal, Ob3 Hogar P26P4).

Saber qué es lo que pasa en el adulto mayor. Las enfermeras de este estudio, cuidadoras del adulto mayor, concuerdan en la necesidad de que, el personal de enfermería que tenga a cargo a este grupo etario debe conocer el proceso de envejecimiento, es decir, como lo mencionan ellas todos los ‘cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales’ que ha sufrido, lo cual, lo hace distinto a otros grupos poblacionales y, por ende, la atención debe ser diferente y única: “(...) La ley de la vida es normal, uno con el envejecimiento pierde algunas funciones y facultades,

lo cual se debe entender, si usted sabe lo que pasa, atiende a esa persona mejor, no como al resto del mundo” (comunicación personal, Lucía P2P38).

Los adultos mayores al estar en la etapa final de la vida, con un estado de salud deteriorado, debido a múltiples patologías que conlleva, necesita una atención especial, una función particular, como ellas declaran: “nosotras trabajamos cuidado paliativo, buscamos que el paciente tenga calidad de muerte” (comunicación personal); “Se observa un lugar de cuidados especiales, donde están los adultos mayores con un estado de salud crítico, en la fase final de la vida, están mayormente acompañados por sus cuidadores familiares, casi todo el tiempo” (comunicación personal, Ob1 hogar P7P1).

Las participantes describieron la importancia de fortalecer el cuidado a través del buen aprendizaje, tanto en la academia como durante su desarrollo laboral, aunque el costo del aprendizaje sea alto tanto para el paciente, enfermeros en formación, para el profesional, docente e institución, ya que, posterior a éste, se tiene una experiencia enriquecida ‘reconocimiento’.

Se observa que la enfermera recibe una visita de auditoría, quien le hace preguntas sobre los protocolos institucionales en cuanto a procedimientos de enfermería, presenta algunos errores en sus respuestas, las cuales son corregidas por la auditora. La enfermera acepta correcciones y sugerencias. (Comunicación personal, Ob2 hospital P28P3).

No meterse en la patología, sino en el paciente como ser humano

Las enfermeras participantes definen que la base principal para desarrollar las prácticas de cuidado con el adulto mayor parte de volver a los orígenes de la disciplina enfocada en una atención humana, ya que, en la actualidad no se ve manifestada en el enfermero, pues, no ve al paciente como un ser humano holístico, “él no es una neumonía, ni el de la cama 303” (comunicación personal), el paciente se encuentra vulnerable, necesitado de cuidado, de tranquilidad y seguridad emocional, sin embargo, ahora es visto como un objeto, una ‘patología’. Por lo anterior, las enfermeras de este estudio abarcaron puntos esenciales, que determinan el progreso en la ejecución de las prácticas de cuidado, por lo tanto, definieron que la enfermería está ausente del cuidado, que el cuidado se da en todas las dimensiones del ser humano, que hay muchas formas de ofrecer cuidado y expresaron algunas rutinas para éste.

Enfermería está ausente del cuidado. Las participantes llegaron a la conclusión que el enfermero en el presente no está cuidando. Menciona una de ellas:

Me da mucha tristeza, no quisiera decirlo de mi profesión, pero desde las experiencias que he tenido, enfermería no está en el cuidado ni del viejito, ni del niño, de ninguno, está descuidando su objeto de estudio, su razón de ser. (Comunicación personal).

La esencia de la enfermería es el cuidado, no se debe distinguir entre grupos etarios, razones sociales, persona o grupos de personas que pueden estar sanos o enfermos. Ellas también mencionan que ahora: “se atiende una herida, una úlcera, pero no a la persona con dolor, con sufrimiento, con preocupación” (comunicación personal).

Se observan unos estudiantes de enfermería que iban a realizar una curación a un paciente con una herida abdominal con drenaje de Jackson Pratt, piden los insumos al enfermero y le preguntan: ¿al dren también se le hace curación?, él responde: “¿acaso también tiene dren?, yo no sabía, pues si también hánganselo. (Comunicación personal, Ob 2 Hospital P15P2).

De acuerdo con lo mencionado, se puede decir que, de la enfermería han surgido otras disciplinas o profesiones, que anteriormente, la enfermera era la encargada de ejercer actividades, tales como: fisioterapia, terapia respiratoria, nutrición; sin embargo, con el transcurrir del tiempo, se han ido delegando dichas funciones a otras manos, incluso su razón de ser: el cuidado, por ello, ellas mencionan: “yo jamás he visto que el odontólogo le suelte la fresa al auxiliar” (comunicación personal); “(...) enfermería lo ha ido entregando todo, primero a unos profesionales y después a unos auxiliares, está descuidando la relación con las personas (...)” (comunicación personal, Lucía P6P64A).

Las auxiliares, aunque son parte del equipo de trabajo de la enfermera y cumplen muchas funciones en su dirección, están tomando el lugar de la enfermera, pues, no hay presencia de ella en instituciones que brindan el cuidado al adulto mayor, es una auxiliar quien lidera las actividades, coordina las prácticas de cuidado, toman decisiones, por ejemplo, una auxiliar refiere “si necesitamos hidratar a un paciente, le canalizamos una vena, si el paciente está muy grave, llamamos a EMI” (comunicación personal).

Al ingresar al hogar, nos recibe la coordinadora de este lugar, quien es una auxiliar de enfermería, encargada de todo este sitio, nos hace seguir a la recepción. Preguntamos por la enfermera y ella nos dice que no cuentan con enfermera profesional. (Comunicación personal, Ob3 P3P8P1).

Cuidado a las distintas dimensiones de ese ser humano. Las enfermeras de este estudio unifican un concepto sobre qué es el cuidado y qué abarca; ellas refieren que el cuidado son las actividades o tareas que se proporcionan a los seres humanos, para satisfacer o suplir sus necesidades. Esto es la esencia de la profesión, lo que la distingue de otras profesiones de la salud, pues, es su objeto de estudio; comprende al ser humano de forma integral, física, mental, espiritual y socialmente.

(...) el cuidado mismo, que tenga en cuenta las distintas dimensiones del ser humano, que lo haga oportunamente, no es lo mismo que usted tenga un dolor y le digan ya le puse la droga, le toca en dos horas, es ir a ver que rescate tiene, venga le hago un masajito, aliviar el dolor, el sufrimiento, darle cuidado de calidad. (Comunicación personal, Lucía P10P27).

Hay muchas formas de ofrecer cuidado. Las participantes expresaron que, la enfermera en la ejecución de sus prácticas de cuidado puede llevarlas a cabo de distintas maneras, siempre y cuando, se proporcione un beneficio para el adulto mayor y que, esto a su vez, sea eficaz y no se salga de marco científico y disciplinar que rige a la profesión: “(...) hay muchas formas de uno ofrecer el cuidado de manera efectiva, pero de manera profesional también” (comunicación personal, Lucía P1P54).

Uno de las formas de cuidado mencionado fue el directo, el cual se daba en el contexto del ámbito hospitalario, donde la enfermera tiene contacto con el paciente, lo cual lo diferencia de otros cuidados: “Bueno uno tiene muchas

formas de brindar cuidado, cuando como enfermeras estamos directamente en la asistencia, en la clínica, en las salas de hospitalización, de cirugía, de urgencias donde estemos ubicados” (comunicación personal, Lucia P1P2).

Por otro lado, las participantes hacen mención de un cuidado indirecto, definiéndolo como aquel que la enfermera imparte cuando ella instruye a otras personas, especialmente, en prácticas que proporcionan salud, sean estos, miembros de su equipo de trabajo, aprendices de la profesión e incluso aquellos que hacen parte de la comunidad en general; ya que, unifican el concepto de que cuidan cuando influyen a otros a ejercer el cuidado.

Hay veces que un familiar pregunta, por ejemplo: ¿le puedo dar agua? y la auxiliar le dice: No, pregúntele a la jefa. Y uno dice ¡No! Reúna, vea que es su paciente por esto y esto no se le puede dar agua, entonces ese es el cuidado como indirecto que se puede y que su equipo de trabajo es una gran ayuda. (Comunicación personal, Cenovia P5P17B).

Con base en lo anterior, las participantes también hicieron alusión a una forma de cuidado indirecto, haciendo referencia al momento que ellas encomendaban algunas funciones a su personal de apoyo, pues, consideran que la colaboración de su equipo de trabajo es necesaria para cumplir con las responsabilidades de atención que se requieren: “Uno brinda cuidados directos e indirectos, porque no todo lo puedo hacer yo como enfermera, sino que delego a las auxiliares (...)” (comunicación personal, Cenovia P2P6C); “El enfermero se observa permanecer constantemente en el puesto de enfermería observando las labores que realizan otros en sus delegaciones” (comunicación personal, Ob2 Hospital P17P2).

Sin embargo, frente a lo anterior se presentaron algunas paradojas, ya que, en ocasiones al momento que la enfermera delegaba funciones y tareas, se iba al extremo de encomendar absolutamente todo, cuando la responsabilidad principal recae sobre la enfermera y no sobre sus auxiliares.

Rutinas de cuidado. Las enfermeras de este estudio nombran entre las labores de cuidado, la ronda de enfermería como un ‘momento especial’, donde la enfermera conoce al paciente crea una empatía con él y con su entorno, identifica las necesidades que presenta, es decir, obtiene una visión del servicio, lo cual le permite planear su día de labores, sus principales intervenciones, como lo manifiestan: “una ronda es para obtener los principales elementos del cuidado y de la prioridad” (comunicación personal); “(...) Una ronda de enfermería está basada en el conocimiento que yo tenga de esa persona, sus necesidades, sus gustos (...)” (comunicación personal, Lucia P7P60a); “(...) necesidades que usted identifique, que las vea, no que te contó la de la noche (...)” (comunicación personal, Cenovia P3P28a).

Cabe señalar, que no es un ‘momento de chisme’ como en ocasiones sucede, según refieren las participantes, donde terminan revelando asuntos del paciente que no aportan a su recuperación ni mejoría: “(...) no lo llamaría ronda, sino momento de chisme, es que son muy necios, el hijo vino y lo grito, son muy demandantes (...)” (comunicación personal, Lucia P7P59).

Asimismo, en la ronda de enfermería, las participantes mencionan un proceso implícito, que es el momento de la valoración, en el cual, la enfermera con su bagaje de conocimientos en semiología se desplaza hasta donde el

paciente, establece un contacto con él y el cuidador, se da cuenta cuál es su estado de salud y puede tomar decisiones para continuar el cuidado: “Se observa que la enfermera levanta sabanas, ausculta, palpa, percute, valora el estado de la piel de una paciente que está en cama, siempre manifestando respeto y por ella y su cuidadora”(comunicación personal, Ob1 Hogar P37P3).

Por su parte, la enfermera puede dar otro tipo de rondas, que le permitan conocer más del paciente, es decir, ronda interdisciplinaria, donde ella puede participar con otros profesionales de la salud que atiendan al paciente, hacer parte de la socialización de conocimientos y opiniones, con lo cual obtendrá mayor número de herramientas para ejercer su cuidado. Le permite, también, desarrollar y mostrar su rol de liderazgo, su interés por la recuperación de la salud del paciente, resolver sus dudas y aportar su punto de vista de la situación presente.

Se observa a la enfermera acompañar a los especialistas en su ronda, ella participa con ellos, toma nota. Se le pregunta el por qué lo hace y ella responde: “me gusta ir, hay pacientes que es necesario ver con ellos, si uno no esta se pierde detalles importantes para realizar los cuidados necesarios. (Comunicación personal, Ob 2 Hospital P24P3).

Además, las participantes refirieron que la enfermera debería tener una frecuencia de dos rondas de enfermería como mínimo: “dar una vueltica al intermedio” (comunicación personal); las rondas las proponen así: una al inicio del turno, otra a la mitad y la última al finalizar el mismo, con el fin de que la enfermera conozca a sus pacientes, sea testigo de cómo los recibe, cómo evolucionan durante el ciclo y cómo los entrega a su colega: “(...) hacer esa empatía en su ronda de enfermería que ojalá fueran dos o más” (comunicación personal, Cenovia P3P25B).

Respecto a la posibilidad para realizar las rondas de enfermería, las enfermeras manifestaron que un factor determinante es el tiempo, puesto que la enfermera tiene múltiples responsabilidades, es decir, posee una carga laboral amplia que limita su quehacer; expresan que en algunos servicios de atención, le asignan a una enfermera un número de pacientes exagerado, lo cual le imposibilita cumplir con ésta labor. Una alta demanda de cuidado, poca oferta de personal para dar cuidado, una sobrecarga laboral, finalmente, lleva a deteriorar el trabajo de enfermería: “la carga de enfermería es muy grande, no les da tiempo, es imposible que una enfermera que recibe tres servicios de 30 pacientes alcance ir a saludar y conocerlos; desde ahí estamos perdiendo el norte, la calidad del cuidado” (comunicación personal, Lucía P8P21B).

De acuerdo a lo revelado por las participantes, una rutina de cuidado son todas las labores administrativas asignadas a la enfermera, puesto que, ella está presente en la asistencia, pero también en el área administrativa, desde allí gestiona el cuidado, haciendo cuanto se le demande para tener todo listo y dar atención al paciente, coordinar actividades delegables y no delegables, registrar sus intervenciones, hacer pedidos de insumos y medicamentos, actualizar el sistema teniendo en cuenta nuevas indicaciones médicas, las observaciones de otros miembros del equipo de salud que también dieron atención al paciente y actualizar sus registros manuales. Todo esto requiere y toma su tiempo: “Se observa a la enfermera continuar con la actualización de Kardex, realización de pedido de insumos, resuelve pendientes que le informa el sistema, coordina actividades con las auxiliares” (comunicación personal, Ob 2 Hospital P26P3).

En cuanto a los registros de enfermería, ellas declararon que ‘es absolutamente importante hacerlo’, pues a través de ellos, se le da estructura al cuidado, se hace visible para todos la labor de enfermería, aboga por ella ante procesos legales, permite obtener correcciones y realizar mejoras posterior a auditorias, da lugar a la sucesión de actividades, apoya el trabajo en equipo puesto que allí tienen referentes del estado de salud del paciente, evalúa su evolución, la comprueba, posibilita la atención específica para cada uno de acuerdo a las intervenciones hechas según lo refiera la historia clínica o protocolo.

(...) si no se registra, se hace como el cuidador familiar en casa, se pierden datos importantes, la secuencia de la evolución y del cuidado; ¿cómo hace para adivinar si el paciente eliminó, comió, el detalle que la compañera le entregó y se le olvidó? (...). (Comunicación personal, Lucía P4P11).

Según argumentaron las participantes, los registros de enfermería, además de lo anterior, contribuyen al crecimiento de la profesión, pues allí queda plasmado el saber-hacer de la enfermera, como dice una de ellas: “mi gestión del día” (comunicación personal); a través de los registros se evidencia el éxito de las intervenciones de enfermería y del cuidado: “(...) es lo único que puede hacer crecer la enfermería, hacemos mucho, pero a nadie le consta porque no está escrito (...)” (comunicación personal, Cenovia P6P2).

De la misma forma, se evidenció una gran diferencia entre los registros de la historia clínica de los hogares geriátricos observados, pues donde había presencia de enfermera, se reflejaba la autonomía de ella mediante la aplicación del método científico, en un Kardex se encontraba registrado diagnóstico médico, diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería para cada paciente, en tanto que, donde la coordinadora era una auxiliar, se mostró un registro técnico generalizado para todos los pacientes: “Se observa una historia clínica que contiene datos de identificación, diagnóstico médico, control de signos vitales y notas de enfermería” (comunicación personal, Ob3 Hogar P22 P2).

Las participantes mencionaron como una actividad diaria en su práctica de cuidado, el momento en el que en ambos contextos, tanto en el hospital como en los hogares geriátricos, quienes estuvieron con los pacientes por un tiempo, culminan su labor y ésta es entregada a otros que continuaran con el cuidado. En ese momento ellos dan cuenta del estado de los pacientes, los cuidados realizados y lo que aún falta por hacer, para que haya una continuidad y progresión del ejercicio. Se observó que esto puede darse de diferentes maneras, una de ellas es de par a par, en la cual el profesional de enfermería entrega su responsabilidad a su colega.

A las 6:30 se observa que llega el enfermero que estará durante el día, realiza un saludo a todo el equipo de salud y recibe el turno de manera personal con el enfermero de la noche quien le entrega dando cosas puntuales como procedimientos que ya se realizaron y los que hay pendientes. (Comunicación personal, Ob2 Hospital P10P2).

Otra manera es en el momento en el que el enfermero reúne a todo su equipo, tanto a aquellos que ya estuvieron con los pacientes, como los que estarán durante el resto de día o noche, de esta manera todo el equipo se informa del estado de los pacientes para dar una continuidad al cuidado: “Siendo las 7:00 se reúnen todos, tanto enfermero como auxiliares para realizar la entrega general y comenzar el turno” (comunicación personal, Ob2 Hospital P11P2).

El realizar la entrega de turno de manera que se pueda verificar el estado del paciente y su entorno, las participantes la describieron con una forma de realizarla, ya que les permite confiabilidad y veracidad de lo que su equipo está realizando, ya que, son ellas mismas las que observan a quien le están entregando y cómo o en qué condiciones lo están haciendo, esto en beneficio siempre del paciente. A lo cual refieren:

Y con los auxiliares hace poquito cambiamos, que se entrega el turno viendo a ver los pacientes que ella tiene asignado, mirando a ver cómo esta, entonces por lo menos que si le hizo higiene o no, que si tiene una zona de presión...mirándolos yo y mirar como están. (Comunicación personal, Diana P2P40).

Las participantes unificaron su concepto con referencia a que ir a donde el adulto mayor enfermo después de unas intervenciones realizadas, ya sea por ellas u otro personal del equipo interdisciplinario, para evaluar cómo sigue su estado de salud, verificar si hubo efectividad de las mismas, es importante, tanto para ellos porque se sienten valorados y tomados en cuenta, como para el cuidador, ya que tienen una mejor respuesta ante este: “(...) uno evaluar y encontrar necesidades en la mañana y que en la tarde uno vuelva a ver que se pudo lograr, para ellos es muy importante, ellos responden de manera positiva” (comunicación personal, Cenovia P3P24).

En varias ocasiones, la enfermera se para de su puesto de enfermería para verificar cambios en el estado de salud de pacientes que le refieren sus auxiliares, como la alteración de las constantes vitales, les hace cambiar de posición elevando cabecera, si persiste el paciente desaturado, informa al médico. (Comunicación personal, Ob2 Hospital P30P4).

Las enfermeras mencionan que al evaluar a los adultos mayores, dependiendo la respuesta que ellos vayan manifestando, deciden en acudir al médico, pero después de proporcionarles diferentes cuidados y si no responden de manera positiva ante estos, pues, como ellas refieren “uno sabe hasta dónde puede ir y hasta donde no” (comunicación personal). Sin embargo, también expresan que les satisface cuando los pacientes responden de manera asertiva, aun a intervenciones que ellas llaman ‘sin fundamento de enfermería’.

(...) Un paciente que a uno le exprese: “ah estoy muy maluca, me siento con fatiga, con cansancio, con frio”, uno le dice: espere y vera ya le mando una agüita de canela y vera como se va a componer. Le suben la agüita, se la dan y queda bien, queda satisfecha (...). (Comunicación personal, Diana P9P34).

Por otra parte, las enfermeras mencionaron que dentro de su práctica de cuidado diario incluyen establecer las actividades que se realizarán durante el día, desde la mañana o desde el momento que se haga cargo del grupo de pacientes, para que de esta forma haya un orden y al final puedan observar que se hizo y si se cumplió; de lo contrario no serviría de nada, si se hace mucho, pero no se tiene muestra para valorar y observar si valió la pena lo que priorizo.

(...) Cuando nosotros planeamos el quehacer diario y el plan de actividades con el PAE, tenemos y garantizamos que vamos a hacer una evaluación...ósea se hace muchas tareas en el día, pero si no hay un seguimiento o no hay como un plan de trabajo definido, organizado donde diferencia en las actividades, las necesidades que vamos a cumplir al final del turno hiciste mucho, pero no hiciste nada (...). (Comunicación personal, Cenovia P2P5).

Las enfermeras que participaron unificaron su concepto al ejercer como una práctica de cuidado diario, el involucrar a la familia en la atención del paciente, ya que, consideran que no se puede reemplazar a la familia del paciente, por ende, los familiares deben ser parte del cuidado y demostrar interés por la condición de vida del adulto mayor: “Se integra mucho al familiar, que el cuidador principal atienda pues como todas las recomendaciones para que no sea solamente esperar que el personal de enfermería, pues atienda al paciente, sino que ellos también se empoderen de ese cuidado (...)” (comunicación personal, Cenovia P4P12B).

Se observa que no existe horario establecido o limitado para la visita de los familiares, ya que, ellos vienen a visitar a los pacientes de acuerdo al tiempo que ellos dispongan, porque no todos pueden venir todos los días o los días que se les coloque, entonces vienen en su disponibilidad de tiempo. (Comunicación personal, Ob1 Hogar P34P4).

Por otra parte, consideran que la relación, no es solamente la familia con el paciente sino que la relación que la enfermera tenga con ese ser humano sano o enfermo, influirá mucho en su ejercicio de cuidado, ya que, de esta relación dependerá que el cuidado se realice de buena manera, además, es el medio para conocer al paciente, identificar sus necesidades y así poder satisfacerlas: “La enfermera brinda un saludo cordial y respetuoso refiriéndose a cada uno por su nombre, muestra empatía con él al indagar por su estado, preguntando: cómo durmió anoche, cómo amaneció, si ya desayunó, le duele algo, cómo te sientes”(comunicación personal, Ob1Hogar P23P3).

Además, mencionaron que para llevar a cabo una atención de enfermería no solamente debe existir una interrelación entre la enfermera y el paciente, sino que la familia por ser quienes colaboran para mantener la máxima salud posible del adulto mayor, la enfermera debe relacionarse de una forma adecuada con ellos, para que en conjunto lograr buenos frutos de esa experiencia de cuidado: “Recibe una llamada del familiar del paciente que tuvo el episodio de agresividad la noche anterior con una auxiliar; le explica detalladamente la condición del paciente en el momento y deja tranquilo al familiar” (comunicación personal, Ob1 Hogar P25P3).

Posterior a esto, las participantes aludieron que dentro de su práctica diaria una de las funciones que realizan es la educación, tarea que a enfermería le compete, ya que, es la disciplina que en mayor constancia se encuentra en contacto con la persona y por medio del cual se pueden generar cambios en pro de la salud: “(...) otra forma de acercar un poquito la solución del problema: educar, educar, educar, educar al paciente, la familia, educar la comunidad, educar los grupos sociales, educar enfermería, educar las auxiliares, yo creo que la clave es esa” (comunicación personal, Lucía P13P43).

Sin embargo la educación no solamente involucra al paciente y a su familia, también, a los diferentes grupos que se encuentran inmersos en la sociedad, es decir, a la comunidad en general, recalando que si en esto se dieran mayor enfoque, disminuirá considerablemente algunas dificultades en la salud: “(...) esencialmente uno es educación... la parte de educación es fundamental porque muchas veces la familia ni siquiera entiende que está sufriendo el paciente, entonces si no saben siquiera que tiene, que soporte le van a dar, ninguno (...)” (comunicación personal, Diana P6P18).

No obstante, al mismo tiempo, las enfermeras refieren que aunque la educación es una actividad que las involucra a ellas, expresan que es una actividad que no siempre resulta fácil de llevar a cabo, pues algunas veces se ve afectado por circunstancias que limitan al paciente, la familia y a la comunidad en general, para acatar y ejecutar las indicaciones que se les da en la educación.

(...) llegar con nuestra cultura y con la educación a una familia, “vea es que usted tiene que cuidar a su papá, a su abuelito” cuando él está siendo un estorbo para la familia es muy difícil y si es alguien que es muy querido por la familia, usted le llega con una información a la familia “vea que es que hay que comprarle ensure, este colchón, este pañal, este cojín” y la familia capta pero si no tiene plata para comprar eso o la EPS no se la suministra pasa igual (...). (Comunicación personal, Lucía P9P25).

A su vez, también manifestaron que muchas veces esa educación impartida se ve afectada por la forma de brindarla, cómo se expresa o cómo se hace entender a las personas, además, que se requiere de paciencia y actitud para impartirla.

Porque usted sabe que educar es lo más difícil que hay en esta profesión, tu pasas la ronda y le dice a la familia: él no puede tomar agua y tú sales de la habitación y el acompañante ya está en el puesto de enfermería: él tiene sed, le puedo dar agua y tú ya le acabaste de explicar que no puede tomar agua, que líquidos no (...). (Comunicación personal, Cenovia P5P17A).

La enfermera también tiene fundamentos para atender el paciente

Las enfermeras de este estudio concluyen que la aplicación del PAE es de gran importancia para tener fundamento ante la atención del paciente y les proporciona criterios suficientes para conducir el cuidado, para ello, ven necesario reconocer el PAE como la esencia para brindar un cuidado independiente, pues su conocimiento depende de la época y desarrollo de la enfermería y es deber aprenderlo y actualizarse todo el tiempo.

PAE es la esencia para brindar un cuidado independiente. Según lo dicho por las participantes, el ejercicio del PAE les da autonomía en la toma de decisiones, les permite accionar sin esperar la indicación de otros profesionales (esto de no requerirlo), como menciona una de ellas: “sin excedernos ni desconocer la función del médico” (comunicación personal), que en otras palabras puede significar saber-hacer oportunamente, con base en el conocimiento científico que ha recibido como profesional de cuidado: “(...) la herramienta y método que tiene enfermería para su trabajo independiente de otras disciplinas (...)” (comunicación personal, Lucía P4P50).

En cuanto a la fundamentación que esta proporciona, otra de ellas menciona: “no cruzarse de manos y no desproteger al paciente” (comunicación personal), es decir, tener el instrumento para obrar de forma independiente de otras profesiones de la salud, que se refleje en el bienestar del paciente y su entorno. Adicional a esto, el PAE les permite individualizar el cuidado, pues todos los pacientes son seres distintos, responden de forma diferente a las intervenciones de enfermería, así tengan las mismas patologías: “(...) con el diagnóstico de enfermería tienes tus fundamentos como enfermera para dar unos cuidados más específicos (...)” (comunicación personal, Diana P13P4).

El conocimiento del PAE depende de la época y desarrollo de la enfermería. Algunas participantes mencionaron que antes no se hablaba de PAE, ni de disciplina, refiriéndose al tiempo en el que ellas estudiaron o se formaron, que esa información todavía no estaba disponible; sin embargo, sienten que tenían una fortaleza en la praxis y los procedimientos: “ (...) es que la generación mía fue una generación que no tenía tanta información desde la disciplina y desde el proceso de atención, pero sabía valorar muy bien, tenía mucha habilidad y mucha destreza desde la práctica (...)” (comunicación personal, Lucia P5P15).

También refirieron que cuando tuvieron la formación como enfermeras, ellas trabajaban con ‘fundamentos de enfermería’, refiriéndose a éstos como los procedimientos técnicos que se realizan. Incluso mencionaron que lo que predominaba en esa época era el ‘modelo hegemónico’ (el médico) y, asimismo, trabajaban siempre con el paciente basado en el diagnóstico médico y de este diagnóstico se derivaban sus cuidados de enfermería, que fueran entorno a la recuperación de la patología que el paciente presentase. Sin embargo, reconocen que lo que conocen y manejan, ahora lo hacen con independencia y autonomía en su quehacer y les permite otorgar un cuidado individualizado, teniendo en cuenta al paciente no como una patología sino como un ser humano.

Porque antes uno lo hacía de acuerdo a la patología, no al paciente como tal; que llegó un paciente con EPOC entonces sí, póngalo semisentado, con oxígeno a dos litros por minuto, vigile dificultad respiratoria, bueno. En cambio ya vos con el diagnóstico de enfermería, ves que don José, tiene un EPOC que se descompensa porque no usa la medicación adecuadamente, pero el otro se descompensa porque está solo y no tiene quien le dé compañía (...). (Comunicación personal, Diana P5P15).

Con base en lo anterior, en uno de los hogares geriátricos se observó que los registros encontrados en la historia clínica tenían plasmado todo lo concerniente a los registros médicos, no se encontró ningún informe de enfermería: “Todo está basado con diagnósticos médicos, no se observan diagnósticos de enfermería, solo cuidados generales basados según en la patología del paciente” (comunicación personal, Ob3 Hogar P23P2).

No obstante, algunas enfermeras que no recibieron el conocimiento acerca del proceso de atención de enfermería durante su formación académica y tampoco recibieron una enfatización en la disciplina de enfermería, hoy en día se están actualizando e informando acerca de ello: “Nosotras ya trabajamos el proceso de enfermería como tal basada en el NIC y en NOC, si y nosotros damos la atención de enfermería con el diagnóstico de enfermería... que tiene este paciente: déficit de autocuidado (...)” (comunicación personal, Diana P5P57).

Por su parte, las enfermeras que participaron y que llevan poco tiempo de ser egresadas reconocen que en la actualidad se aprende sobre el proceso de atención de enfermería y que este es un pilar fundamental en la profesión, no obstante, mencionan que aunque conocen esto, no se realiza con frecuencia: “(...) bueno las bases del PAE lo conocí en el pregrado, ese es el método científico avalado, pues, y el que patenta la enfermería, se practica, la verdad en la realidad que se practica poco (...)” (comunicación personal, Cenovia P2P4).

Lo anterior demuestra que, aunque tengan claro que su deber es desarrollar el PAE, porque lo aprendieron y salieron al campo laboral con todas las ganas de realizarlo, llevando fresco su conocimiento y reconociendo que

es importante para la profesión y para beneficio de la salud y recuperación de los pacientes, ellas en su mayoría confirman que no se realiza a menudo.

(...) Cuando empiezas a laborar tú traes, pues, como tu maletín lleno de conocimientos de todo lo que te enseñaron, tú te imaginas que vas a andar con el NIC, con el NOC, con la NANDA pues por los servicios, pero eso no pasa (...). (Comunicación personal, Cenovia P6P21A).

También mencionan acerca de los factores que imposibilitan o detienen la realización del PAE, entre ellos, el número de pacientes, que en ocasiones son muchos y el tiempo no es suficiente para su atención:

Para nadie, pues, no es un secreto, es un piso de veinticuatro paciente cierto, a veinticuatro pacientes no les vas a hacer el PAE y no vas a decir: a los veinticuatro se los ejecute, a los veinticuatro se los evalúe. (Comunicación personal, Cenovia P2P6).

Para aprenderlo tengo que actualizarme. Según las participantes, el enfermero debe aprender el PAE, estar atento a sus actualizaciones y ejecutarlas en su quehacer cotidiano del cuidado. Sucede con frecuencia que los conocimientos nuevos de enfermería, según ellas, llega primero a la academia, obteniéndolos primeramente docentes y enfermeros en formación, dejando poco a poco al personal asistencial con un quehacer basado en un modelo antiguo, limitando los resultados, que pueden obtenerse posterior a la aplicación de nuevas intervenciones. Como consecuencia de esto, el área asistencial y el territorio académico entran en desacuerdos, lo cual abre una brecha entre ambos y restringe el crecimiento de la enfermería: “(...) la academia se ha quedado en el discurso teórico y la práctica también se quedó, no concilian, es que soy de la práctica no me actualizo, no tiene conocimiento fresco, trabajan en distintas direcciones (...)” (comunicación personal, Lucía P13 P42).

Según las enfermeras del estudio, trabajar en direcciones diferentes de conocimiento impiden un complemento entre el saber y el hacer, adicionando a esto, la escasez de evidencia de la labor de enfermería, pues, existen profesionales con muchas capacidades y habilidades, que de conocer las novedades y llevarlas a la práctica lograrían un mayor éxito de la profesión: “(...) otros compañeros hacen de todo, son muy buenos, pero al final de la tarde no saben cómo evaluar lo que cumplieron y lo que no (...)” (comunicación personal, Cenovia P2P6B).

Conclusiones

- El cuidado al adulto mayor debe ser individualizado, no se limitan a la dimensión física si no que abarcan las dimensiones mental, social y espiritual.
- El personal de salud debe contar con un perfil ideal para su cuidado.
- Se requiere cambiar el pensamiento de la sociedad frente al adulto mayor.
- Las prácticas específicas de cuidado para el adulto mayor no se deben cumplir solo como una rutina más, sino que deben realizarse con calidad y responsabilidad.

- Las labores administrativas y de gestión no deben desligar el contacto y la relación enfermera-paciente.
- El rol de enfermería como educador puede generar un gran impacto positivo en la salud, no solo en un individuo sino de una comunidad.
- Dependerá de cada enfermero su decisión para ampliar su conocimiento, actualizarse y habituar su práctica en su quehacer diario.
- La realización del PAE solo es posible hacerlo, si se incorpora en las rutinas de cuidado.
- Los registros permiten a enfermería obtener mayor reconocimiento, soporte legal y afianza la comunicación con el resto del equipo.
- La familia hace parte del cuidado del adulto mayor, por tanto, enfermería debe fomentar una buena relación con la familia.
- Enfermería debe esclarecer el concepto de delegar funciones y cuidado indirecto.

Referencias

- Barreto, J. y Girón, J. (2014). *Situación actual y expectativas de la población adulta mayor: un desafío para los Sistemas de Salud* (trabajo de especialización). Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/702>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. y Wagner, C. (2013). *Clasificación de resultados de enfermería (NIC)* (6^{ta} ed.). Madrid: Elsevier.
- Cardona, D., Estrada, A. y Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26, 206-215. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v26n2/v26n2a04.pdf>
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. doi: 10.4067/S0717-95532012000100004
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2011). Estado de la Población Mundial 2011. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8177.pdf>
- Fundamentos UNS (12 de junio de 2012). Jean Watson [Blog]. Recuperado de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2016. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Miranda, E., Carrizo, M., Leiva, N. y Beroiza, L. (2014). *Análisis de la percepción de los enfermeros en servicio activo del Hospital de Cipolletti en el mes de julio del año 2014, respecto del PAE y su aplicación en su práctica diaria. Estudio cualicuantitativo descriptivo transversal* (trabajo de investigación). Hospital área programa Cipolletti. Recuperado de <http://hospital-cipolletti.com.ar/attachments/article/68/Percepcci%C3%B3n%20del%20PAE%20y%20su%20aplicaci%C3%B3n%20en%20la%20practica%20diaria..pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico* 17, 18-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Tomey, A. y Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías de enfermería* (6^{ta} ed.). España: Elsevier Mosby.

Toronjo, A., García, M. y Rodríguez, C. (2012). *Enfermería del anciano*. Barcelona: Ediciones DAE.

Vanegas, B., Vargas, E., Abella, L., Alayón, M., Bonza, L., Chaparro, E.,...Gutiérrez, A. (2009). Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 5(5), 81-92. doi: 10.18270/rce.v5i5.1427

El adulto mayor y la transición al modelo de atención en hogares de acogida, Ibarra-Ecuador 2018

Sonia Dayanara Revelo Villarreal¹

Sara María Rosales Rivadeneira

María Fernanda Valle

Viviana Margarita Espinel Jara

Rocío Elizabeth Castillo Andrade

Resumen

Los hogares de acogida para adultos mayores son sitios a los cuales llegan los usuarios llevados por sus familiares con el afán de mejorar su estilo de vida. Es el caso de 53 adultos mayores que viven en el hogar 'León Ruales' de la ciudad de Ibarra, Ecuador, en quienes se analizó los factores que inciden en la presencia de trastornos del estado de ánimo. Los hallazgos son el resultado de la aplicación de una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva de corte transversal; se encontró que el 70 % de los adultos mayores presentan alguna patología, de las cuales, el 28 % corresponde a trastornos del estado de ánimo, en su mayoría hombres en edades promedio entre los 85 años, solteros. El 93 % recibían el salario mínimo vital antes de ingresar al centro. Es notable en ellos que los procesos de transición ante el acontecimiento de volverse una persona dependiente en muchos aspectos, provoca sentimientos de soledad, sobre todo en quienes tienen la percepción de mirarse y sentirse en condición de abandono. La decisión de los familiares está tomada por experiencias de transición de cambio que sufren los adultos mayores en su ciclo y evolución; aparecen así nuevos roles entre los integrantes de la familia, horarios de trabajo que limitan el tiempo del cuidado o por rompimiento de la estructura tradicional familiar y en las relaciones intergeneracionales. Por otra parte, la falta de relaciones interpersonales es otro factor que define un cambio de comportamiento en ellos; la adaptación a su nueva vida y sus expectativas del futuro se ven afectadas, por lo cual el personal de enfermería debe considerar para poder visualizar correctamente cómo será su papel para que el adulto mayor experimente un adecuado proceso de adaptación.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, estado de ánimo, trastorno.

¹ Magíster en Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Docente tiempo completo, Universidad Técnica del Norte. Correo electrónico: sdrevelo@utn.edu.ec

Ponencia oral

The elderly and the transition to the care model in foster homes.

Ibarra-Ecuador 2018

Abstract

The homes of welcome for older adults are places to which older adults arrive, carried by their relatives, with the desire to improve their lifestyle. This is the case of 53 older adults living in the 'León Ruales' home in the city of Ibarra, Ecuador, in which the factors that affect the presence of mood disorders were analyzed. The findings are the result of the application of qualitative-quantitative, descriptive cross-sectional research; It was found that 70% of older adults have some pathology, of which, 28% corresponds to mood disorders; they are mostly men between the ages of 85 and single. 93% received the minimum living wage before entering the center. It is notable that the processes of transition before the event of becoming a dependent person in many aspects, causes feelings of loneliness, especially in those who have the perception of looking at themselves and feeling abandoned. The decision of the relatives is taken by experiences of transition of change suffered by the elderly in their cycle and evolution, generating new roles among the members of the family, work schedules that limit the time of care or by breaking the traditional structure family and intergenerational relationships. On the other hand, the lack of interpersonal relationships is another factor that defines a change of behavior in them; adaptation to their new life and their expectations of the future are affected, which should be considered by the nursing staff in order to correctly visualize what their role will be so that the elderly can experience an adequate adaptation process.

Key words: elderly, depression, mood, disorder.

Introducción

Los cuidadores de enfermería no solo son aliviadores del dolor y otros síntomas que presentan los adultos mayores, sino que también, deben realizar actividades programadas que guíen al adulto mayor a culminar metas realistas y alcanzables, incorporar, además, cuidados de enfermería especiales para personas con trastornos de estado de ánimo, como: establecer comunicación y construir una relación de confianza con ellos demostrando gratitud, ya que, el afecto hacia ellos puede mejorar su estado de ánimo más que un medicamento; mejorar su calidad de vida significa combinar adecuadamente acciones para tratar de disminuir la depresión, la tristeza, incorporar a esto la administración adecuada de medicación, proporcionar actividad física para fomentar un envejecimiento activo. Los hogares de acogida para adultos mayores siguen siendo sitios a los cuales llegan personas adultas mayores llevados por sus familiares, con el afán de buscar mejorar su estilo de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (2017):

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20 % de las personas que pasan más de los 65 años de edad sufren algún trastorno mental o neuronal y el 6,6 % de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y neurológicos. Estos trastornos representan en la población de los adultos mayores un 17,4 % de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuro psiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (s.p.).

Al respecto, Vallejos (2016), refiere:

[En el 2010] la tasa de depresión en el Ecuador en adultos mayores (65 años de edad y más) fue de 35,6% por 1000 habitantes y 50,9 fueron en hombres. Las principales causas de depresión incluyeron a cambios físicos o cambios que involucran un deterioro cognitivo, que manifiestan ciertos sentimientos de abandono y soledad.

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien; satisfechos con la vida y que viven en compañía. "En las familias ecuatorianas, se puede ver que hay cambios en su estructura, en su ciclo y evolución, por lo que la aparición de nuevos roles que se generan por horarios de trabajo por rompimiento de la estructura tradicional familiar y en las relaciones intergeneracionales, producto de lo cual el adulto mayor ha ido perdiendo su significación social y familiar". (pp. 1-2).

Así las cosas, la presencia de la depresión en los adultos mayores en centros de atención integral sobrepasa el 50 %, considerando en ellos diferentes cambios y transformaciones en todos sus círculos vitales, que se enmarcan en cambios físicos, sociales y ambientales, sumado a esto, el nuevo estilo de vida que deben adoptar; por lo tanto, este estudio contribuyó a identificar los principales factores que afectan el estado de ánimo de los adultos mayores, se analizaron los diferentes factores emocionales negativos que posee este grupo vulnerable de la población, muchos de estos factores tienen que ver con el abandono, maltrato de sus familiares, falta de cuidado y problemas de integración familiar dentro de sus hogares, por falta de tiempo y en algunos casos toman la decisión propia de refugiarse en un lugar seguro; se debe considerar las condiciones mentales no aptas para su cuidado y en ocasiones no poseen familiares que puedan hacerse cargo de ellos, posiblemente estas sean las razones principales para ser llevados a centros asistenciales o casas de reposo.

Una adecuada atención al adulto mayor se ve reflejada cuando su estado de ánimo mejora, a razón de haber incorporado acciones en la relación equipo de salud – paciente en los centros asistenciales de salud (centros, casa hogar, institución de reposo); también, se considera el trabajo de enfermería como la base piramidal de la estabilidad vital del paciente. Teniendo en cuenta que, el nivel más elevado en el cuidado directo del adulto mayor siempre será a cargo de sus familiares por el efecto que éste causa, éste debe estar coordinado con el trabajo en equipo familiar junto a la guía del personal de salud. Es importante señalar que en el centro asistencial sometido a la investigación viven adultos mayores abandonados por sus familiares en la mayoría de los casos.

Desarrollo

Metodología de investigación

Corresponde a una investigación descriptiva de corte transversal, bajo un diseño no experimental, porque no se realiza ningún tipo de intervencionismo, además, es una investigación combinada, donde se descubre características del fenómeno de estudio en su entorno natural para luego ser analizados. Intervienen en la investigación como grupo de estudio 53 adultos mayores, que residen en un centro de atención al adulto mayor de carácter público, de los cuales 15 presentan trastornos de estado de ánimo; se convierten en la población de estudio quienes tienen

más de 65 años de edad dispuestos a participar en la investigación, fueron excluidos adultos mayores con patologías mentales, clínicamente inestables y que no quisieron participar voluntariamente.

Se utilizó encuestas estructuradas, cuyas variables están relacionadas con la identificación de las características socioeconómicas y presencia de trastornos de estado de ánimo, conceptualizados como un desequilibrio en la relación emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005). Las características propias de cada individuo se transforman en factores que intervienen en la presencia de trastornos de estado de ánimo, que también se incluyen en la encuesta; lo anterior, se complementó con una entrevista que ayudo a definir las formas en cómo el adulto mayor percibe la realidad, las relaciones consigo mismo y con los demás.

Resultados

Existen en la actualidad 53 adultos mayores que residen en el centro de atención “León Ruales”, por largos periodos de tiempo, son en su mayoría hombres con edades promedio de 85 años, que se autoidentifican como mestizos; gracias a la revisión de las historias clínicas se determinó que el 70 % presentan alguna patología, de este grupo el 41 % presenta depresión, cuya información es importante analizar por la relación que la depresión tiene con los trastornos de estado de ánimo en los adultos mayores. Por lo general, los adultos mayores con edades sobre los 85 años presentan algún grado de depresión, mientras que en los adultos de 65 a 70 años ven afectado su estado de ánimo por el reciente ingreso a la institución. El género masculino con depresión representa el 60 % de la población de estudio y oscilan entre 71-75 años, conforme aumentan los años los casos de depresión van en aumento, sobre todo en personas de género femenino; en comparación con el estudio realizado por Ojeda y Orellana (2015), quienes mencionan que la menor prevalencia de depresión corresponde a hombres. En este estudio el mayor porcentaje de depresión está presente en los hombres, este hallazgo está relacionado a la existencia de un mayor número de hombres que de mujeres.

Asimismo, es importante mencionar que el 93 % de adultos mayores (hombres) contaban con ingresos menores al salario mínimo vital antes de ingresar al centro, esto lo convertía de alguna manera en un individuo independiente desde el aspecto económico y con poder de toma de decisiones; para cuando el adulto mayor a llegado a ser parte de los centros de atención, es posible que no sea consiente del cambio en su rol dentro del grupo familiar o porque su condición de salud mental no lo permite o simplemente porque su adaptación a su nueva vida le ha producido sufrimiento y desconcierto. Así las cosas, el adulto mayor se ha convertido en un dependiente económico, la relación padre-hijo ya es visto de una forma diferente, el rol que representa ahora el hijo frente al cuidado y bienestar a cambiado de protegido a protector.

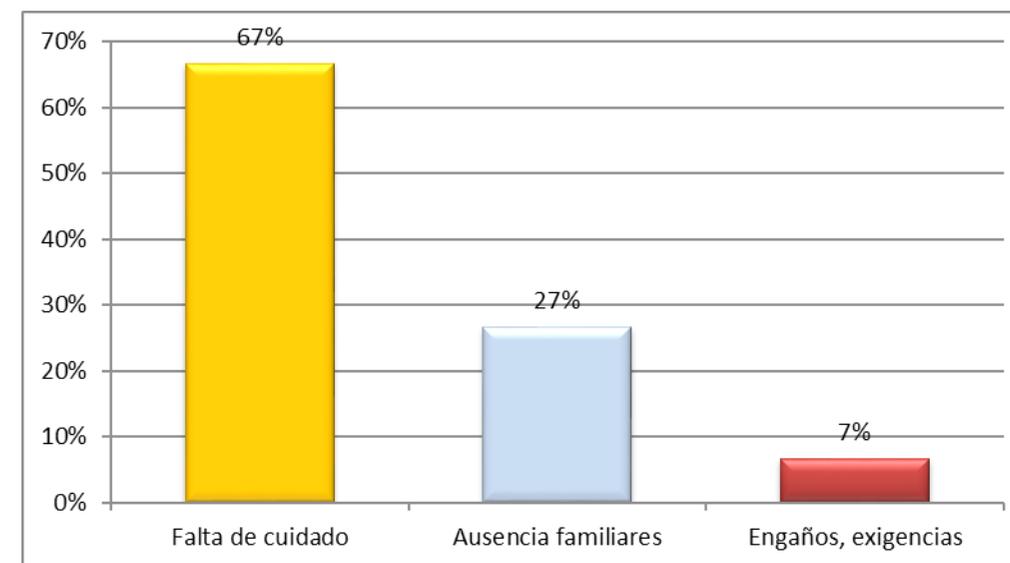


Figura 1. Motivo de ingreso del adulto mayor al centro.

Como se muestra en la Figura 1, los motivos por los que ingresaron los adultos mayores a este centro fue en su mayoría por la falta de cuidados en relación al tiempo que dedicaban los familiares en el hogar; en otros casos, por ausencia de familiares que se encarguen de su cuidado; un bajo porcentaje señala que fueron ingresados con engaños y exigencias. Al comparar varios estudios, se llega a la conclusión que la falta de relación personal con grupos de su misma edad, bajos ingresos, soledad y ausencia de familiares desencadena trastornos del estado de ánimo y estados de depresión en los adultos mayores.

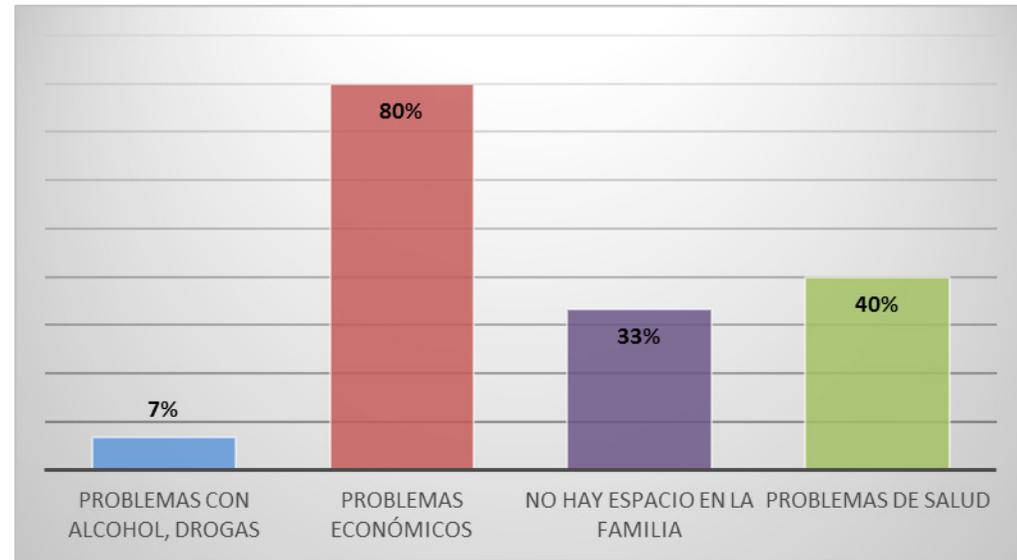


Figura 2. Razón por la que cree el adulto mayor que su familia lo abandonó.

Según la percepción de los adultos mayores, las razones por la que las familias posiblemente los abandonaron se deban a problemas económicos en un 40 %; otro 40 % por no poder asistirles en sus problemas de salud, ya que no saben cómo cuidarlos. Otro factor importante de abandono son los problemas de salud del adulto mayor que posiblemente ha ido deteriorando la relación en su entorno familiar, a esto se suma que, los familiares no cuentan con el espacio físico suficiente para su cuidado.

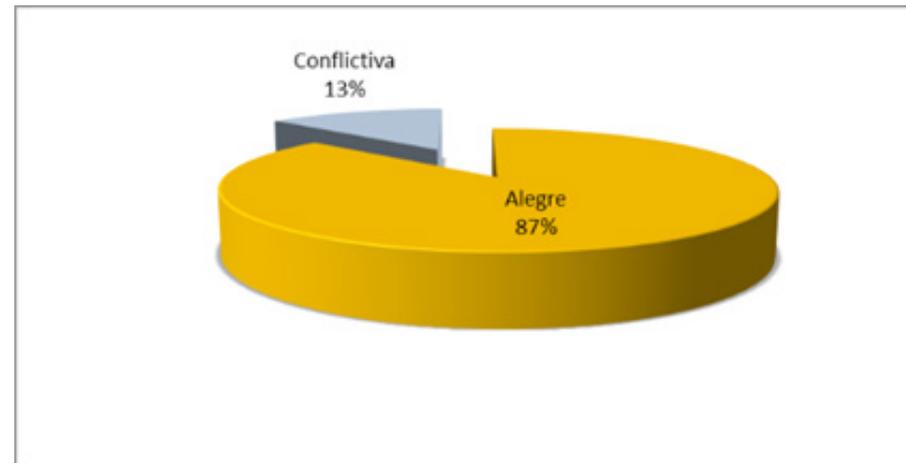


Figura 3. Tipo de relación con compañeros.

Los adultos mayores investigados tienen una buena relación familiar, pero a razón de la condición económica se incrementa la falta de cuidado en el entorno familiar. Para corroborar la información antes mencionada se interrogó en el sentido de identificar si el adulto mayor tuvo problemas familiares antes del ingreso al centro, a lo cual, ellos respondieron que casi nunca tuvieron problemas con sus familiares; aunque un pequeño número mencionó si tener este problema. El estilo o calidad de vida que tenían los ahora residentes en el Centro León Ruales era bueno antes de su ingreso, a pesar de afirmar no haber problemas graves con sus familiares, la percepción del adulto mayor es sentirse abandonado, mucho más cuando dejan de ser visitados frecuentemente.

Desde que ingresaron al Centro León Ruales, el comportamiento personal de los adultos mayores no ha cambiado señaló en su mayoría, sin embargo, el 33 % manifestó sufrir cambios en su estado emocional, que no es el mismo de antes o que su cambio ha sido notorio. Las condiciones de transición personales son las más influyentes en este momento trascendental, se sentían felices al estar en sus hogares, manifiestan que su estado de ánimo ha ido cambiando y que en cierto momento esto interfiere en la realización de sus actividades; desde la separación de sus familiares ya no se sienten con las mismas ganas de relacionarse con los demás y buscan la soledad. Varios autores indican que “las dificultades de adaptación a todos estos cambios que suelen ocurrir en la vejez, pueden provocar abatimiento psicológico y llegar a originar una enfermedad depresiva. También podría provocar la cercanía de la muerte” (Losada y Álvarez, 2014, p. 52).

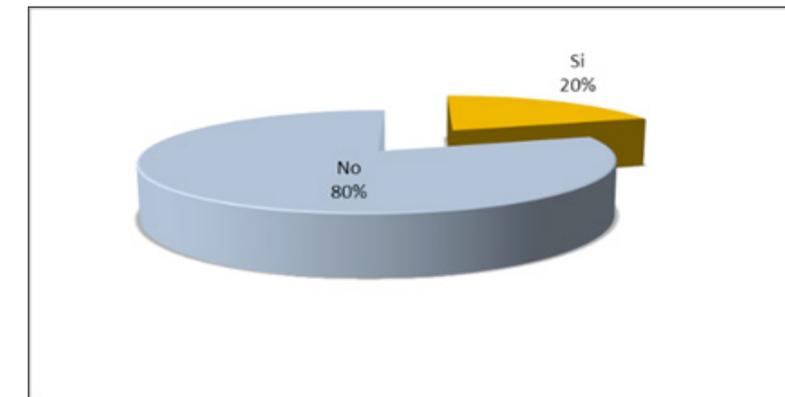


Figura 4. Realiza actividades antes de dormir.

Los adultos mayores investigados que ya han presentado episodios de depresión no realizan ninguna actividad antes de ir a descansar, solo un 20 % busca mejorar su calidad de vida; este interrogante se planteó debido a que entre más aumenta la edad en el ser humano disminuye las horas de sueño (Ojeda y Orellana, 2015), esta disminución podría ser mejorada cuando el adulto mayor realiza alguna actividad antes de dormir o en todo caso mantener activa a la persona un tiempo prudencialmente prolongado. Más de la mitad de los residentes socializan con los compañeros, ya que no desean estar solos, tratan de socializar con los cuidadores y con el personal de salud, aunque no siempre es el deseable; les gusta el ambiente dentro del centro, ya que se sienten seguros y protegidos, aunque frases como “que más nos toca sino estar aquí” se escuchan a menudo.

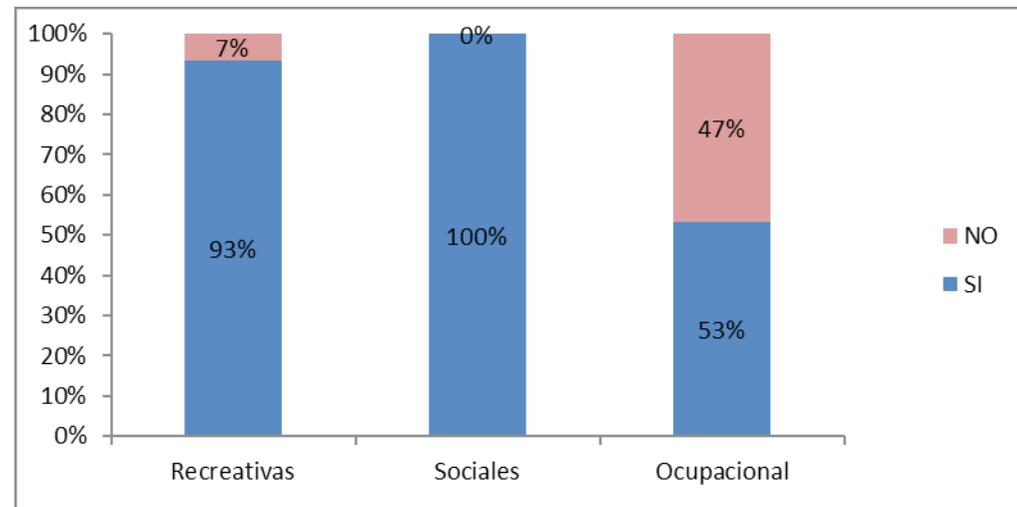


Figura 5. Terapias que realizan los adultos mayores.

Las relaciones de compañerismo son más bien alegres, divertidas con algunos conflictos aislados, ayuda en gran medida la realización de algunas terapias grupales; casi a todos les gusta estar acompañados de alguien, existe disposición a tener una relación con los demás y eso es una ventaja para los cuidadores porque pueden desenvolverse mejor durante las terapias y poder prevenir trastornos avanzados de estado de ánimo. Cuando el adulto mayor ya ha podido adaptarse a su nuevo entorno, ha interactuado y ha mejorado su relación con los demás es capaz de demostrar satisfacción, están situados y conscientes de su realidad, se evidencia mucho interés por relacionarse dentro del centro con los compañeros y a no quedarse solos, pues ha desarrollado su nivel de confianza y afronta positivamente los cambios.

En este estudio se encontró que un tercio de la población masculina manifestó tristeza, ya que extrañan a sus esposas e hijos, se sentirían bien si estuvieran a lado de ellos, sobre todo de sus nietos, comparado con la situación en las mujeres, el índice es menor; Ojeda y Orellana (2015) afirma que los hombres tienden a sentirse más alegres en un 7 % más que las mujeres, pero en este caso los hombres poseen sentimientos de tristeza en un 6 % más que las mujeres.

Solo un 40 % de los adultos mayores reciben visitas de sus parientes, los familiares de los adultos mayores les visitan ocasionalmente, especialmente sus hermanos e hijos. Se pudo apreciar que solo un 13 % reciben visitas familiares una vez por semana; el resto se nota un fuerte alejamiento, ya que solo tienen visitas una vez por año, pero un 60 % no ha sido visitado por nadie durante años, es decir, son abandonados en el centro. En el momento que los adultos mayores experimentan periodos de adaptación prolongados, sobre todo por el proceso de transición con patrones múltiples y simultáneos, se desencadena en ellos condiciones de transición inhibitoras de tipo personal.

Si el personal de enfermería no considera todos los aspectos antes mencionados será complicado que los adultos mayores realicen diferentes actividades recreativas, mucho menos realizar terapias sociales, como: paseos, juegos,

mirar películas, y actividades religiosas, existirán personas que no realicen estas actividades por su condición física en deterioro. Con base en los factores que han desencadenado estados de depresión lo primordial es fortalecer el envejecimiento activo, ayudar al adulto mayor a facilitar su proceso de adaptación y aceptación al sin número de transiciones, incrementar terapias, ya sean sociales, recreativas y ocupacionales que les hagan sentir en compañía, que el ambiente del centro sea un ambiente familiar y ayude mucho para que la relación personal no sea solamente con los del centro sino que haya la posibilidad que ellos puedan compartir con otros centros u otros espacios y sus pares.

La actividad física puede contribuir a que los adultos mayores se sientan mejor y disfruten día a día de su vida, aun las personas confinadas a una silla de ruedas o encamadas pueden hacer ejercicios para aumentar su flexibilidad desde su silla o cama, los ejercicios regulan a las personas con problemas respiratorios, cardiovasculares y problemas emocionales, esto es de gran ayuda para ellos. Mejorar las actividades que sean necesarias para que el adulto mayor tenga mayor actividad durante el día, actividades antes de dormir.

Por lo anterior, es importante tomar en cuenta los resultados de este estudio en el que se describe el estado actual emocional de los adultos mayores, para que continúen realizando trabajos investigativos que contribuyan a mejorar el estado de ánimo de los adultos mayores en los respectivos centros de asistencia al adulto mayor; asimismo, es relevante conocer sobre los cambios normales respecto a su estado de ánimo, que se producen con la edad avanzada, esto servirá de guía para la enfermera y así planear los cuidados de enfermería a los adultos mayores y ayudar a enfrentar los procesos de envejecimiento.

Conclusiones

Tras realizar la investigación se determinó que la mayor parte de los adultos mayores de género masculino con depresión representa el 60 % de la población de estudio y oscilan entre 71-75 años, el género femenino oscila en edades de 76-80 años, el 73 % son solteros, viudos y divorciados, aunque hay un número considerable de personas casadas pero que no viven con sus parejas dentro del centro

El principal trastorno de estado de ánimo que se encontró es la depresión, misma que se presenta en adultos mayores de género masculino. Factores como el sentimiento de soledad reflejada en el 60 % de adultos mayores, hace que ellos se vean en condición de abandono, por otra parte, la falta de relaciones interpersonales, la falta de actividad física, y el hecho de que el adulto mayor se encuentra ahora en una posición de dependencia sin dinero, sin sentirse dueño de su vida, sin un trabajo que represente obtener sus ingresos, son agravantes a su situación de riesgo ante la presencia de trastornos del estado de ánimo.

Quienes sufren depresión no realizan ninguna actividad antes de dormir siendo este otro factor importante para que el adulto mayor presente algún trastorno de estado de ánimo. Es necesario reforzar los conocimientos de los cuidadores sobre las alternativas para mejorar el estado de ánimo en los adultos con base en terapias, ya sean ocupacionales, sociales y recreativas, fomentar en el adulto mayor los beneficios de las terapias.

Referencias

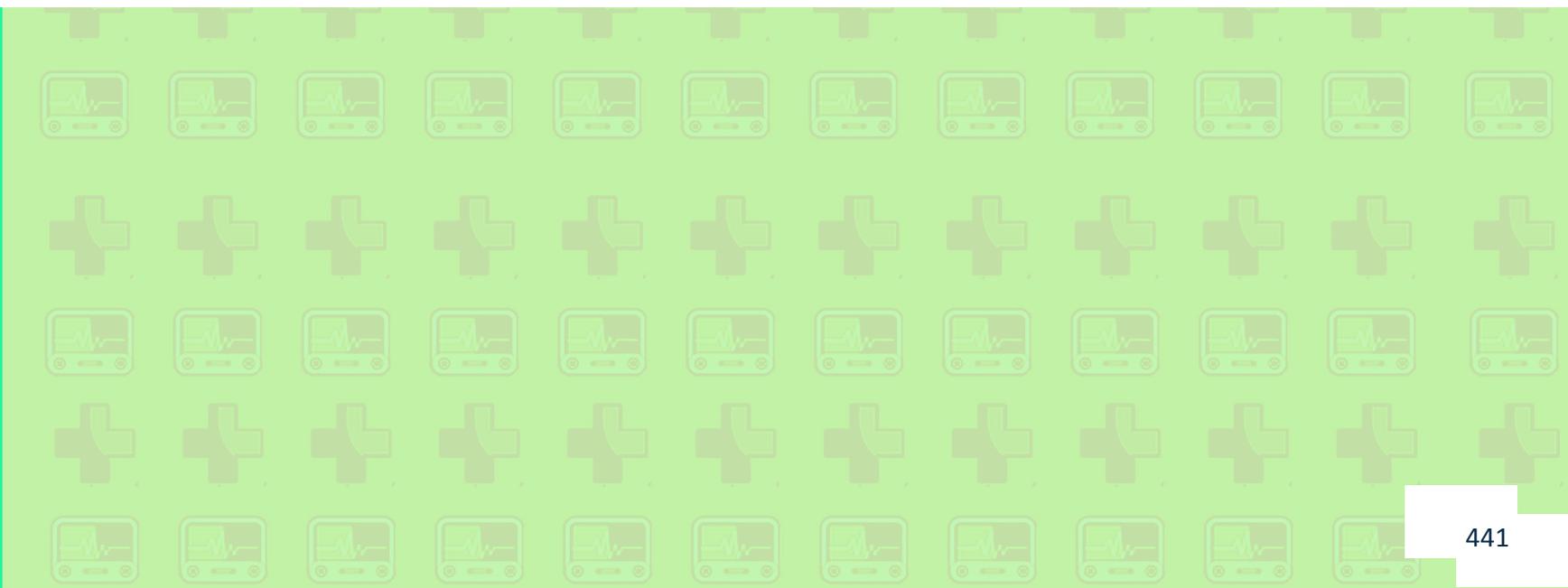
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. [Online], 6(11). Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/int110.htm>
- Losada, A. y Álvarez, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Neurama Revista electrónica de psicogerontología*, 1(1), 48-62. Recuperado de <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/10.pdf>
- Naciones Unidas CEPAL. (2004). Población, envejecimiento y desarrollo. San Juan, Puerto Rico. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13059/S044282_es.pdf?sequence=1
- Ojeda, D. y Orellana, G. (2015). *Intervención de enfermería en la atención del adulto mayor en relación con la depresión, en los ancianos que habitan en el hogar "Cristo Rey", Cuenca, 2015* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23061/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Vallejos, A. (2016). *Trastornos del estado de ánimo en adultos mayores del asilo León Ruales, Ibarra, 2016* (proyecto de investigación). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador.

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones





Experiencias de cuidado



Experiencias de cuidado

Cuidado humanizado: una aproximación desde el arte de la enfermería

Edith Arredondo Holguín¹

Resumen

La educación de enfermería plantea retos importantes en la formación de las futuras generaciones de profesionales; en esta medida, requiere de escenarios que favorezcan procesos de enseñanza-aprendizaje, que propicien la comprensión del cuidado desde una perspectiva filosófica y teórica, que explique la dimensión humana, ética e integral de los procesos de transición que viven los seres humanos desde la salud, la enfermedad y la muerte.

Desde el conocimiento disciplinar propio, el patrón estético plantea el uso de los sentidos y la sensibilidad para la interacción, la comunicación y las acciones de ayuda que el profesional de enfermería establece con el ser humano. El arte es la manifestación que propicia en la interacción humana el uso de los sentidos, para comprender y comunicarse de manera creativa y profunda con el otro, lograr la transformación del ser humano y el mantenimiento de la salud. Lo anterior, desde servicios de enfermería humano que propicien, además, la transformación del profesional que presta el servicio.

Palabras clave: arte, cuidado de enfermería.

Humanized care: an approach from the art of nursing

Abstract

Nursing education poses important challenges in the training of future generations of professionals; in this measure, it requires scenarios that favor the teaching and learning processes, that foster the understanding of care from a philosophical and theoretical perspective, and that explain the human, ethical and integral dimension of the transition processes that human beings live from health, illness and death.

From the own disciplinary knowledge, the aesthetic pattern raises the use of the senses and the sensitivity for interaction, communication and the help actions that the nursing professional establishes with the human being. Art is the manifestation that fosters in human interaction the use of the senses, to understand and communicate in a creative and profound way with the other, to achieve the transformation of the human being and the maintenance of health, from the human nursing services that also encourage the transformation of the professional who provides the service.

Key words: art, nursing care.

¹ Magíster en Enfermería. Docente Universidad de Antioquia. Correo electrónico: edith.arredondo@udea.edu.co

Introducción

¿Cómo enseñar y aprender? lo que los ojos no ven, los oídos no escuchan, las manos no palpan, pero el corazón intuye. El arte ha contribuido a la humanización del cuidado desde tiempos antiguos; Nightingale desde fines del siglo XIX plantea que:

La Enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las Bellas Artes; casi diría, la más bella de todas las Bellas Artes. (Martínez, 2008, párr. 2).

Actualmente, Wiendenbach (1963) y Molina (2002) plantean que el cuidado como arte de ayuda permite entender el mundo de los otros y transformar a los enfermeros en seres sensibles al descubrimiento de fenómenos que no se pueden percibir sino a través de los sentidos. Para desarrollar el arte de la enfermería es necesario comprender el significado de la vida para el otro, la dignidad, el valor, la autonomía y la individualidad de cada ser humano dentro de su cultura. El arte permite, además, desarrollar sensibilidad frente al dolor, el sufrimiento, las necesidades físicas y espirituales del otro; acercarse al que lo necesita con compasión, solidaridad, motivación, amor y placer.

Para Chinn y Kramer, 1999, el conocimiento estético en enfermería comprende una apreciación profunda del significado de una situación humana, a partir de actos creativos que logran transformar tanto a la persona que recibe el cuidado como el profesional que lo brinda; permitiendo la transformación humana de ambos seres.

Chin y Kramer (1999) proponen que el conocimiento estético hace posible saber qué hacer y cómo estar en el momento del cuidado, sin deliberación consciente. Este acto surge de la percepción del significado de un encuentro sin un intercambio consciente de palabras y sólo a partir de la propia sensibilidad creativa de los enfermeros, a partir de acciones artísticas que abren posibilidades, que de otro modo no podrían formar parte del encuentro. Las acciones de enfermería a partir de elementos de arte crean interacciones significativas, profundas y conmovedoras, que tocan cuerdas comunes de la experiencia humana; Chin y Kramer (1999) se refieren a este aspecto de la práctica como al acto-arte transformativo (como se citó en Martínez, 2008).

Al respecto, Torralba (1998) plantea que el cuidado desde el arte requiere en la interacción con el ser humano el uso de los sentidos (ojos, oídos, olfato, tacto, la palabra), para poder comprender aspectos que no pueden verse. Concluye, además, que la humanización del cuidado no puede resolverse solo desde la ciencia experimental o positiva, plantea que la relación con el mundo del otro a través del cuidado requiere de la técnica, la intuición (visión de lo subjetivo usando todos los sentidos, la imaginación, la ensoñación y la fantasía) y la sensibilidad (que le permite ver la belleza, captar el bien y transformarse en ello).

La enfermería desde el paradigma de las ciencias humanas ha logrado que pensadoras, como Winderwach, Newman, Watson, entre otras, desde el conocimiento propio redimensione el cuidado a partir de la interacción humana y del arte.

Autores, como Torralba (1998), Gómez y Gutiérrez (2011) proponen en la enseñanza del cuidado pedagogías que logran desarrollar la sensibilidad, la intuición y los sentidos: la narrativa, las palabras y silencios, la representación y la desnudez, la proximidad y la lejanía, la ternura y la caricia, y otros, como la poesía, la pintura y la música. Entre las pedagogías se encuentran:

- **Dialogo de presencias:** Encuentro entre dos seres humanos que se disponen a hablar, mirarse a los ojos, acercarse. Es un dialogo donde importa y se tiene en cuenta la gestualidad, las miradas, las manos, las lágrimas, las caricias y la presencia. Este diálogo permite entrar en el interior de los otros.
- **Proximidad y lejanía:** Significa estar con; en un sentido de calidez y respeto por los seres humanos; es un acto de cuidado reflejado en el interés genuino, que no se refiere al espacio sino al respecto, el interés y la cercanía por con los otros. Significa guardar silencio, distancia y respeto cuando el otro así lo quiere; pero igual debe saber que ahí se ésta cuando necesita del cuidador.
- **Las palabras y los silencios:** A través del silencio las personas pueden conocer al otro, desde un lenguaje distinto (del cuerpo y de las manifestaciones en general), que no tiene palabras pero que expresa un mundo interior y propicia el respeto, la autonomía, el amor por el otro y la capacidad de escuchar. Escuchar la palabra y el silencio requiere dar sentido a los efectos, la emoción, el valor, contradicción, el lenguaje corporal. Esta pedagogía puede evidenciarse a través de la poesía, la canción, el dramatizado, la escritura, el silencio.
- **La narrativa:** Permite escribir lo que siente, lo que duele, lo que produce la felicidad, lo que me cambia y cambia al otro. En la narrativa de cuidados se pueden usar metáforas, la ensoñación, la fantasía y el mito.
- **La representación y la desnudez.** El cuerpo habla del dolor, el sufrimiento y la vulnerabilidad. A través de la desnudez, los seres humanos muestran sus más íntimos sentimientos: miedo, angustia, rabia, debilidad. Además hay en el acto de cuidar del cuerpo una entrega de lo más íntimo al otro. Es la confianza máxima que expresa en el otro la libertad para infligir alivio o dolor.

Desarrollo de la experiencia

En el 6º semestre de la carrera de enfermería, en el curso de Cuidado al adulto con enfermedad crónica, los estudiantes en práctica clínica realizan la construcción de una narrativa a partir de una experiencia de cuidado.

Por su parte, el docente da como elementos para la elaboración de este escrito, los siguientes: elaboración de un texto máximo de 2 hojas que contenga: Título de la experiencia de la cuidado, narración de la experiencia de cuidado, transformación de la persona que se cuidada, como del profesional que presta el cuidado, análisis de los elementos del arte que se evidencian en el acto de cuidado descrito en la narrativa; identificación de los elementos del metaparadigma, enfoque teórico que podría orientar el cuidado, enfoque teórico que podría orientar el cuidado y acciones de cuidado, desde el arte que usó el profesional presente en la narrativa, transformaciones humanas del profesional y de la persona cuidada.

Referencias

- Gómez, O. y Gutiérrez, E. (2011) La situación de enfermería: Fuente y contexto del conocimiento de enfermería: La narrativa como medio para comunicarla. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez, M. (2008). Arte y ciencia de la enfermería. *Revista médica electrónica*, 30(1). Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol1%202008/tema19.htm>
- Molina, M. (2002) La ética en el arte del cuidar. *Investigación y educación en enfermería*, 20(2), 118-130.
- Nightingale, F. (2002). *Notas de enfermería: Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Barcelona, España: Mapfre.
- Wiedenbach, E. (1963). El arte de ayudar. *American Journal of Nursing*, 1 (11), 54-57.

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones



Educando a adultos mayores: vivencia en un aula universitaria

María del Carmen Zea Herrera¹

Resumen

Las transiciones acompañan siempre a las personas, son cambios de un lugar o estado a otro. Concretamente, el tránsito de adultez a vejez es la etapa que con mayor tiempo podríamos preparar, comprender, aceptar y adaptar o el periodo que trae modificaciones en la corporeidad, la cognición y las relaciones entre la sociedad y la persona mayor.

Por lo tanto, se comparte la experiencia educativa: *Educando a adultos mayores: vivencia enfermera en un aula universitaria*, la cual surge en el programa Aula Universitaria de Mayores –AUM- Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia (2006-2018), Medellín, Colombia.

Ante los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, enfermería tiene una enorme plataforma de desempeño como profesión y disciplina, que le permite impactar favorablemente no solo las experiencias vitales de personas y las vivencias de familias, sino también los indicadores de salud, envejecimiento, calidad de vida y bienestar de las poblaciones, mediante el ejercicio de sus actividades y funciones asistenciales, investigativas y docentes.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, educación en salud, enfermeras. envejecimiento.

Educating the elderly; nursing experience in a University lecture room

Abstract

Transitions always accompany the people. They are changes from a place/state to another. This refers more specifically to the transition from adulthood to old age as the stage we would have more time to prepare, to understand, to accept, and to adapt, as a period that brings modifications to the corporeality, the cognition and the relations between the society and the elderly.

The educational experience called “Educating the elderly; nursing experience in a University lecture room”, which emerged in the program “Elderly University lecture room” (AUM in Spanish), Faculty of Nursing, University of Antioquia (2006-2018, Medellín, Colombia) is shared.

In the face of demographic, social and epidemiologic changes, nursing has an enormous performance platform as a profession and as a discipline, that allows it to favorably have a favourable impact not only on the vital experiences

¹ Doctora en Psicogerontología, Universidad de Valencia-España. Especialista en Rehabilitación en Enfermería, Enfermera y Docente Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Aula Universitaria de Mayores. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Correo electrónico: carmenzea-herrera@hotmail.com - delcarmen.zea@udea.edu.co

of people and families, but also on the indicators of health, aging, quality of life and well-being of the populations, by means of the practice of their activities and their care, research and educational functions.

Key Words: elderly, health education, quality of life, nurses, aging.

Introducción

Desde hace cerca de 12 años (noviembre de 2006) y de manera ininterrumpida, la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia ha liderado una iniciativa de educación no formal para personas mayores de 60 años, de distintos niveles educativos y condiciones sociales, en un programa de Extensión Solidaria llamado Aula Universitaria de Mayores, en el cual, durante 4 semestres académicos de 50 horas cada uno, se trabajan diferentes dimensiones de la vejez y del envejecimiento humano, tales como: aspectos físicos, cognitivos, espirituales, sociales, ocupacionales, comunicativos, éticos y lúdicos.

Los principios y valores del programa son el respeto, la participación, la horizontalidad, la interdisciplinariedad y la solidaridad intergeneracional, porque incluye participaciones de docentes, estudiantes de pre y posgrado de enfermería y de otras profesiones. Algunas de las metodologías utilizadas son: lecturas dirigidas, videoforos, conferencias magistrales, conversatorios, discusiones/debates, demostraciones, representaciones o dramatizaciones, trabajos grupales, foros, visitas/salidas gerontagógicas, talleres, laboratorios, feria de las habilidades y otros.

Actualmente, además de grupos en la formación académica del AUM, existen otros grupos, como el teatro y el voluntariado de personas mayores, que permiten a los egresados del programa, mantener los nexos con la universidad, mientras se movilizan y recrean, despliegan sus capacidades artísticas, culturales, se integran, participan, aportan su vocación de servicio y tiempo libre a personas necesitadas y vulnerables de la ciudad de Medellín.

Desarrollo de la experiencia

Contexto: En nuestro entorno las personas mayores con alguna frecuencia son excluidas de los espacios sociales o académicos por las representaciones sociales y estigmatizaciones que se tienen respecto a que en la avanzada edad son: personas inflexibles, que hay bajos niveles de productividad, que no hay aptitudes para nuevos aprendizajes, que no tienen capacidad de aplicación de disímiles conocimientos, que son ignorantes tecnológicos, que ya no vale la pena, que el futuro son los niños, que sus conocimientos están obsoletos, entre otros.

Las aulas universitarias promueven en la sociedad una nueva cultura del envejecimiento, el ejercicio de ciudadanía frente a los deberes y derechos específicos de los mayores fortalecen la interacción social y favorecen la solidaridad intergeneracional. En las personas mayores fomentan un mejor desarrollo físico, cognitivo, espiritual y cultural, replantean estilos de vida para alcanzar mayor nivel de salud y bienestar, propician más participación, toma de decisiones informadas, aumentan la creatividad, la integración familiar y social, motivan el fortalecimiento de capacidades inexploradas, permiten cumplir anhelos o sueños vitales, favorecen la construcción o reconstrucción

de proyectos de vida, generan adaptación a la etapa vital que atraviesan, orientan, significan y dignifican los días restantes de la existencia, trascienden en una experiencia eminentemente disfrutable y humana, que les permite el reencuentro consigo mismos y con otros.

Para la Universidad, el programa representa, además de la articulación de sus ejes misionales, un trabajo intersectorial e interdisciplinar: Docencia, Investigación y Extensión, constituye una verdadera interacción institucional con la comunidad, la actuación con, para y por un grupo etario especial, que tradicionalmente ha sido vulnerable, el reconocimiento social de personas y grupos, la posibilidad de generar conocimientos científicos específicos en el tema de las personas mayores, vejez y envejecimiento, el logro de desarrollos o productos académicos para la Facultad de Enfermería y la satisfacción del beneficio o impacto social por el mejoramiento de la calidad de vida de esos alumnos, familias y comunidades que llegan al programa, ya que su compromiso es ser multiplicadores de conocimientos y prácticas.

En síntesis, los estudiantes del AUM, vienen a la universidad a “Aprender a vivir mejor, a envejecer saludable y dignamente”.

Lema: “Nunca es tarde para alcanzar nuestros ideales, a partir de la experiencia que nos da el pasado, de las capacidades que tenemos en el presente y de las metas que nos plantea el futuro” (Zea, 2009).

En Colombia, para años muy próximos, se espera un incremento acelerado de la población adulta mayor, que aumenta consecuentemente con las necesidades de una adecuada formación en el tema de cuidado de la salud y de la vida, de los cuidadores, pero es deseable que sea desde las primeras etapas vitales (Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo, 2015).

El cuanto, al envejecimiento y bienestar de la población mayor, el estudio poblacional SABE Colombia (2015) encontró que el 84 % de las personas mayores padecen más de una condición crónica de salud (Multimorbilidad). Referente al cuidado y a los cuidadores, principalmente son mujeres, adultas y mayores, 2/3 partes además del rol de cuidador tienen otros trabajos diferentes, el 61 % son hijas, cuidan muchas horas al día, por largo tiempo, (meses y años), cuidan a varias personas (simultáneamente o en tiempos distintos), reconocen dificultades para el descanso y cuidado de sí mismos, 54 % refieren falta de preparación para el cuidado (Colciencias, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Otros hallazgos afines de investigaciones locales con metodologías cualitativas (De La Cuesta, 2004; Zea y Torres, 2007; Muñoz y Zea, 2017) muestran que, no solo el aumento del número de personas mayores es preocupante, sino la llegada de enfermedades degenerativas, discapacitantes, generadoras de dependencia y de situación de cronicidad, que ponen en evidencia los costos y las complejidades del cuidado para las personas enfermas y para quienes los cuidan, los cuales conforman un binomio de cuidado y para los sistemas de salud. Por tanto, se comprende el cuidado como una acción humana continua, que pretende conservar y asistir la salud, la vida de sí mismos o de otros, en el marco de las responsabilidades, compromisos, deberes y derechos individuales y colectivos.

Objetivos:

- Socializar la experiencia del Aula Universitaria de Mayores.
- Mejorar la calidad de vida de los mayores asistentes al programa.
- Dignificar la experiencia del envejecimiento de los estudiantes del AUM.
- Optimizar la adaptación en la transición adultez/vejez de los alumnos.

Métodos: Se recoge la experiencia de más de una década del cuidado humanizado del programa educativo, proceso enseñanza-aprendizaje del cuidado de la vida y la salud de los mayores (2006-2018).

Resultados

- Las personas mayores apenas inician una transición de ser un grupo vulnerable a una relativa figuración como grupo importante en el contexto académico y social.
- La salud como una dimensión y meta principal de los mayores, debe ser prioridad individual y colectiva para distintos sectores, especialmente, para salud y educación.
- Con el proceso de envejecimiento normal son esperables cambios biopsicosociales, que implican modificaciones en la forma de enseñar y aprender sobre el cuidado de las personas mayores, es decir, se requieren pedagogías y didácticas diferentes en este grupo de edad.
- La calidad de vida, dignidad y adaptaciones en el envejecimiento deben trascender el discurso teórico, pues, el aprendizaje de los mayores es práctico, afectivo, concreto, toman elementos que le sirven para la vida cotidiana.

Conclusiones

- Los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos exigen de enfermería como ciencia, disciplina y profesión nuevos abordajes de la situación del envejecimiento, que incluyen posturas individuales y decisiones colegiadas, colectivas.
- La nueva cultura y la integración intergeneracional son procesos de convivencia social necesarios y prioritarios en las temáticas y vivencias de vejez y envejecimiento.
- Las aulas universitarias de mayores son programas que aún resultan insuficientes, ya que requieren enfoques pedagógicos y didácticos diferenciados del resto de la educación de los adultos y jóvenes. Es importante considerar una oferta mayor de ellas en diversas regiones y ciudades del país.
- La calidad de vida, dignidad y adaptación al proceso de envejecimiento deben abordarse de manera práctica, con talleres y reflexiones particulares, que permitan a las personas mayores tomar decisiones informadas para su futuro.

- Enfermería es una profesión y disciplina que puede hacer invaluable aportes al grupo de las personas mayores y de sus familias, además de cualificar los servicios de salud y educación con los temas de vejez y envejecimiento tiene una potencial contribución al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones y la sociedad.

Referencias

Colciencias, Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

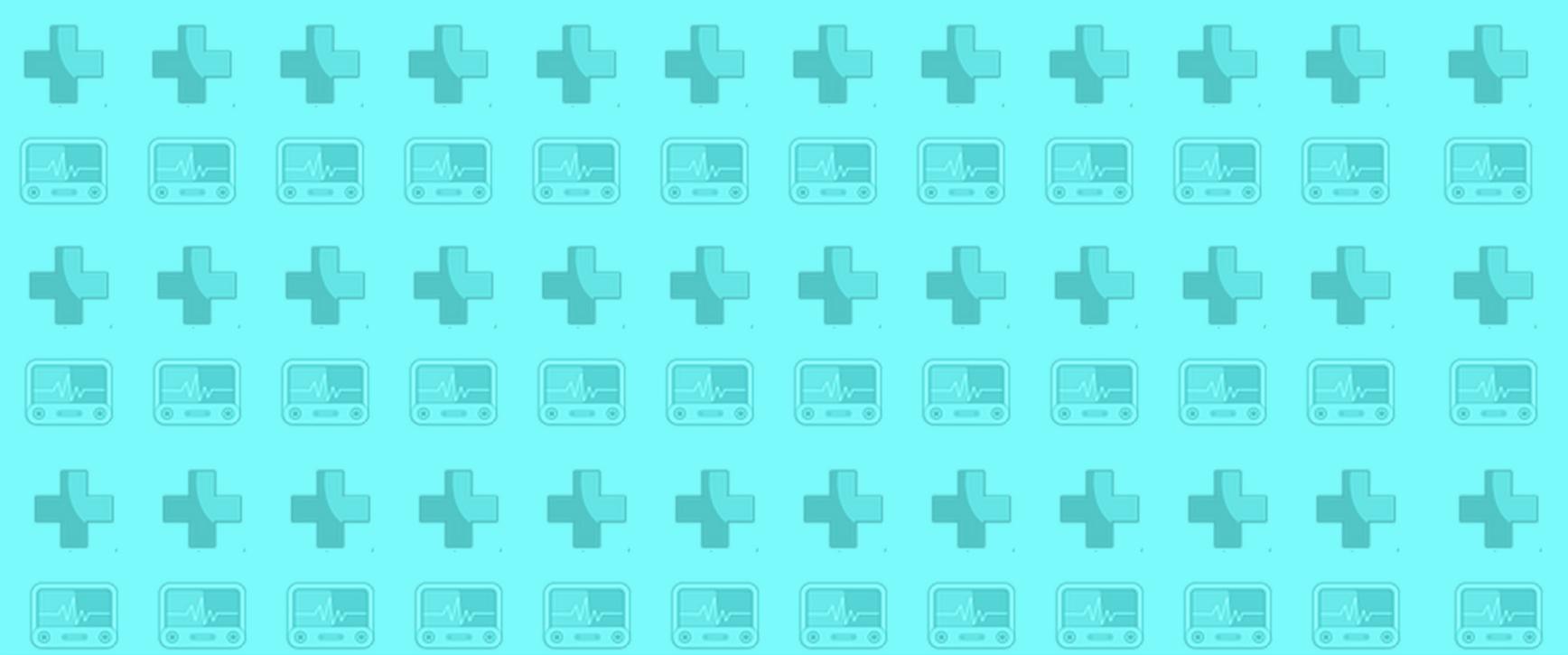
De la Cuesta Benjumea, C. (2004). *El cuidado artesanal la invención ante la adversidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia

Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo. (2015). *Misión Colombia Envejece: Resumen ejecutivo*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha Publicaciones.

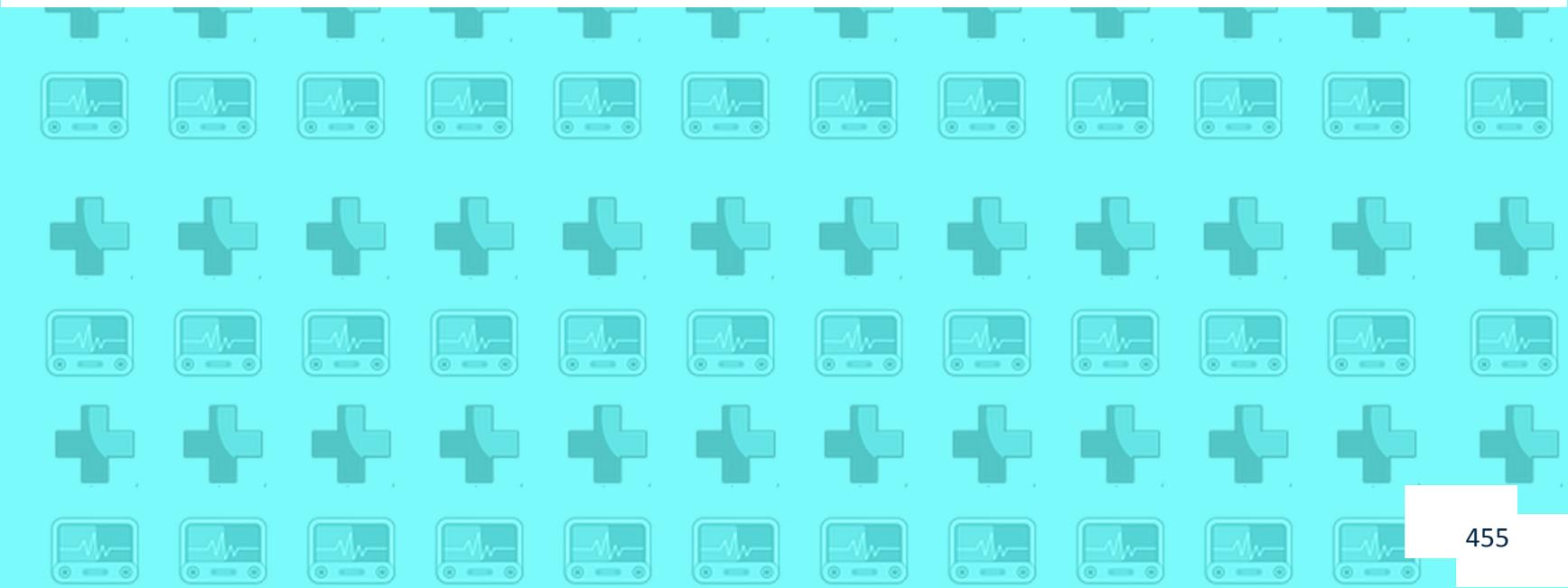
Muñoz, M. y Zea, M. (2017). Necesidad de cuidados culturalmente congruentes en personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1), 25-36. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1306>

Zea, M. y Torres, B. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 40-49

Zea, M.C. (2009). La experiencia del aula universitaria de mayores: enseñanza-aprendizaje de cuidado y autocuidado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 244-253.



Modalidad Póster



SAPS: Prototipo Software Web y Móvil, en visión de la calidad de los programas de protección específica y detección temprana

Laura Isabel Ospina Garavito¹
Nataly Johana Arce Hernandez
Laura Isabel Ospina Garavito
David Fernando López Rúaes

La enfermería es una disciplina encargada de brindar cuidado y que está en constante innovación tecnológica para ayudar a la suplencia de necesidades en los usuarios. En Colombia, en cuanto a protección específica y detección temprana, encontramos una desinformación por parte de los ciudadanos, sumado a la falta de ejecución de las mismas. Mediante investigaciones realizadas en Medellín, Cali y Manizales se encontró que el conocimiento, uso de servicios de salud y en particular los de promoción y prevención son bajos, el 62 % de la población encuestada no está enterado de estos. Por ello, surge la idea de generar un prototipo *software* en visión de la calidad de los programas de P y D, a través de un sistema de gestión tecnológica para plataformas web y móvil. En visión de impactar positivamente en la salud poblacional, favorecer la comunicación e información a usuarios por medio de la aplicación móvil, generar una valoración integral y optimizar el tiempo de la enfermera. Teniendo en cuenta que, según Asomóvil, los colombianos utilizan en promedio cuatro horas al día el celular y el 80 % de encuestados usa internet, este resultado es mayor en estratos bajos lo cual impulsa positivamente el software.

Descripción de la población objeto de la investigación

Toda la población colombiana que cumpla con los criterios establecidos en la Resolución 0412/2000 enfocada a la protección específica y detección temprana.

Resultados Parciales

- Fase de iniciación culminada.
- Inicio de fase de planeación: Requisitos funcionales y no funcionales de la plataforma web y móvil.
- Dos de cuatro capítulos totales estructurados llamados así: Conceptos generales y Protección específica.

Referencias

Arredondo, C. y González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enfermería*, 18(1), 32-36.

¹ Enfermera profesional. Correo electrónico: Njarceh@uqvirtual.edu.co

Modalidad Póster

Curbelo, P., Águila, O., Ruiz, P., Rodríguez, T. y Pérez, H. (2013). Software educativo de Morfología con enfoque interdisciplinario para tercer año de Licenciatura en Enfermería. *Revista Edumecentro*, 5(2), 172-186.

Díaz, C., Zapata, Y. y Aristizábal, J. (2015). Acceso y satisfacción con servicios curativos: Análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2. Cali, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 155-178. doi: 10.11144/Javeriana.rgygs14-29.assc

Martínez, E. y López, M. El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*, 2, 1-21. doi: 10.14198/recien.2011.02.03

Realpe, C., Escobar, G., Largo, B. y Duque, B. (2002). Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. *Colombia Médica*, 33(3), 102-107.

Rocha, P., Prado, M., Wal, M. y Carraro, T. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(1), 113-116.

Vialart, N. (2007). Apuntes y experiencias en el desarrollo de la informática en Enfermería de Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 1-11.



UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO

S.A.P.S PROTOTIPO SOFTWARE: CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE P Y D PARA PLATAFORMAS WEB Y MÓVIL

ARCE HERNANDEZ NATALY JOHANA; LOPEZ RUALES DAVID FERNANDO; OSPINA GARAVITO LAURA ISABEL; OSPINA PATIÑO CARLOS ARTURO; OSSA ZAMUDIO ELKIN FABIAN.

ASESORES: Mg. CARMEN AYDE FERNANDEZ RINCÓN; Ing. EINER ZAPATA GRANADA



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

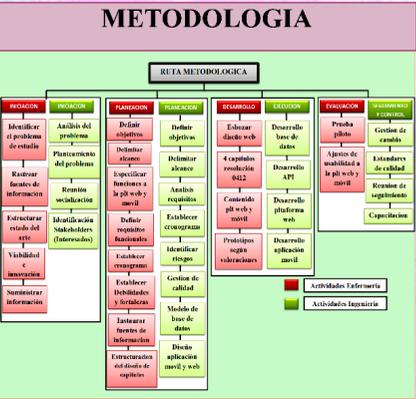
INTRODUCCION

La enfermería es una disciplina encargada de brindar cuidado, estando en constante innovación tecnológica para ayudar a la suplencia de necesidades en los usuarios. Por ello surge la idea de Generar un prototipo software en visión de la calidad de los programas de P y D, a través de un sistema de gestión tecnológica para plataformas web y móvil. En visión de impactar positivamente en la salud poblacional, favorecer la comunicación e información a usuarios por medio de la aplicación móvil, generar una valoración integral y optimizar el tiempo de la enfermera. Teniendo en cuenta que Según Asomóvil, los colombianos utilizan en promedio cuatro horas al día el celular y el 80% de encuestados usa internet siendo mayor en estratos bajos lo cual impulsa positivamente el software.

OBJETIVO GENERAL

Generar un prototipo software en visión de la calidad de los programas de Protección específica de la salud y Detección temprana de la enfermedad, a través de un sistema de gestión tecnológica para plataformas web y móvil.

METODOLOGIA



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la necesidad de diseñar un prototipo software en visión de la calidad de los programas de Protección específica de la salud y Detección temprana de la enfermedad, a través de un sistema de gestión tecnológica para plataformas web y móvil.
- Planear un prototipo software en visión de la calidad de los programas de Protección específica de la salud y Detección temprana de la enfermedad, a través de un sistema de gestión tecnológica para plataformas web y móvil.
- Desarrollar y evaluar la usabilidad del contenido temático y estructural de un prototipo software en visión de la calidad de los programas de Protección específica de la salud y Detección temprana de la enfermedad, a través de un sistema de gestión tecnológica para plataformas web y móvil.

RESULTADOS ESPERADOS

- Prototipo de plataforma web y móvil en visión de la calidad en P y D generado a través de la ejecución de tres fases denominadas: Planeación, Desarrollo y Evaluación.
- Manual enfermero en torno al contenido temático y estructural de la plataforma web y móvil compuesto y dividido en cuatro capítulos con información relacionada a: Conceptos generales, Protección específica, Detección temprana y Valoraciones (Personal, Familiar y Contextual).
- Divulgación de los resultados obtenidos a la comunidad científica y académica por medio de publicación de artículo científico y ponencias en congresos afines.

BIBLIOGRAFIA

Díaz Grajales C., Zapata Bermúdez Y., Aristizábal Grisales J.C. Acceso y satisfacción con servicios curativos: Análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2. Cali, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2015; 14(29): 155-178. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs14-29.assc>

REALPE, C., ESCOBAR, G., LARGO, B., DUQUE, B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. *Colombia Médica*, North America, 33, Nov. 2009. Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/colombiamedica/article/view/222/231>. Date accessed: 26 Feb. 2016.

Rocha Patricia Kuentzen, Prado Marta Lenise do, Wal Marlene Lowen, Carraro Telma Elise. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev. bras. enferm.* [Brasília, 2008; Feb. 05]; 61(1): 113-116. Available from: http://www.scielo.br/rsoc/ppl?script=art_text&pid=SB034-71672008001100118&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0304-71672008001100118>



Modelo de cuidado de enfermería hacia las personas no oyentes

Natalia Franco Gallego¹
Carmen Victoria Toro Rubiano²

Este proyecto nace a partir de una necesidad tangible en el contexto, ya que, las personas que viven en condición de no oyente se encuentran con limitaciones para recibir el cuidado de enfermería; por ello, se debe tener en cuenta, en primer lugar, el concepto de la discapacidad auditiva, ésta se entiende como una alteración en las estructuras o funciones del sistema auditivo que afectan la realización de actividades que implican la comunicación oral (Organización Mundial de la Salud, 2018). De acuerdo al contexto colombiano, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) registra que, en el año 2015 existe una población de 3.051.217 discapacitados, que equivale al 6,3 % de la población total del país; de este total, el 0,34 %, con 157.417 personas corresponden a quienes presentan dificultad con la voz y el habla.

Por otro lado, existen las leyes que han surgido en Colombia para la población objeto de estudio, entre ellas principalmente está la Ley 324 de 1996 y la Ley 982 de 2005, las cuales están enfocadas en mejorar y garantizar la calidad de vida de esta población a partir de la no discriminación, el acceso a intérpretes y la formación de estos, el acceso a diferentes espacios culturales, a la inclusión social, el reconocimiento del Lenguaje de Señas Colombiano (LSC), a la integración a la familia, entre otros.

Para el profesional de enfermería es realmente un reto, dado que desde la literatura se puede observar que hay limitaciones para lograr una adecuada comunicación y por lo tanto su cuidado se ve afectado; en España, México y Brasil se han realizado diversas investigaciones respecto al tema, pero no han establecido una ruta que permita brindar cuidado, ya que sólo se ha dedicado a documentar la problemática más no a intervenirla, es por esto que el presente proyecto pretende el planteamiento de un modelo integral de cuidado de enfermería hacia las personas no oyentes.

Descripción de la población objeto de la investigación

La presente investigación tiene como población objeto las personas con discapacidad auditiva o no oyentes.

Se dice que alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB. La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda; alrededor de 466 millones de personas en todo el mundo padecen pérdida de audición discapacitante, se calcula que, en 2050, más de 900 millones de personas, es decir, una de cada 10, sufrirá una pérdida de audición discapacitante. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018, s.p.).

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: nfrancog@uqvirtual.edu.co

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: cvtoror@uqvirtual.edu.co

Modalidad Póster

Las personas con pérdida auditiva profunda o ‘sordos’, suelen comunicarse mediante lenguaje de señas, la pérdida de audición suele tener varias causas, entre ellas se encuentran las congénitas y las adquiridas y suele traer consecuencias funcionales, sociales, emocionales y económicas. “La mitad de los casos de pérdida de audición pueden prevenirse a través de medidas de salud pública.” (OMS, 2018, s.p.).

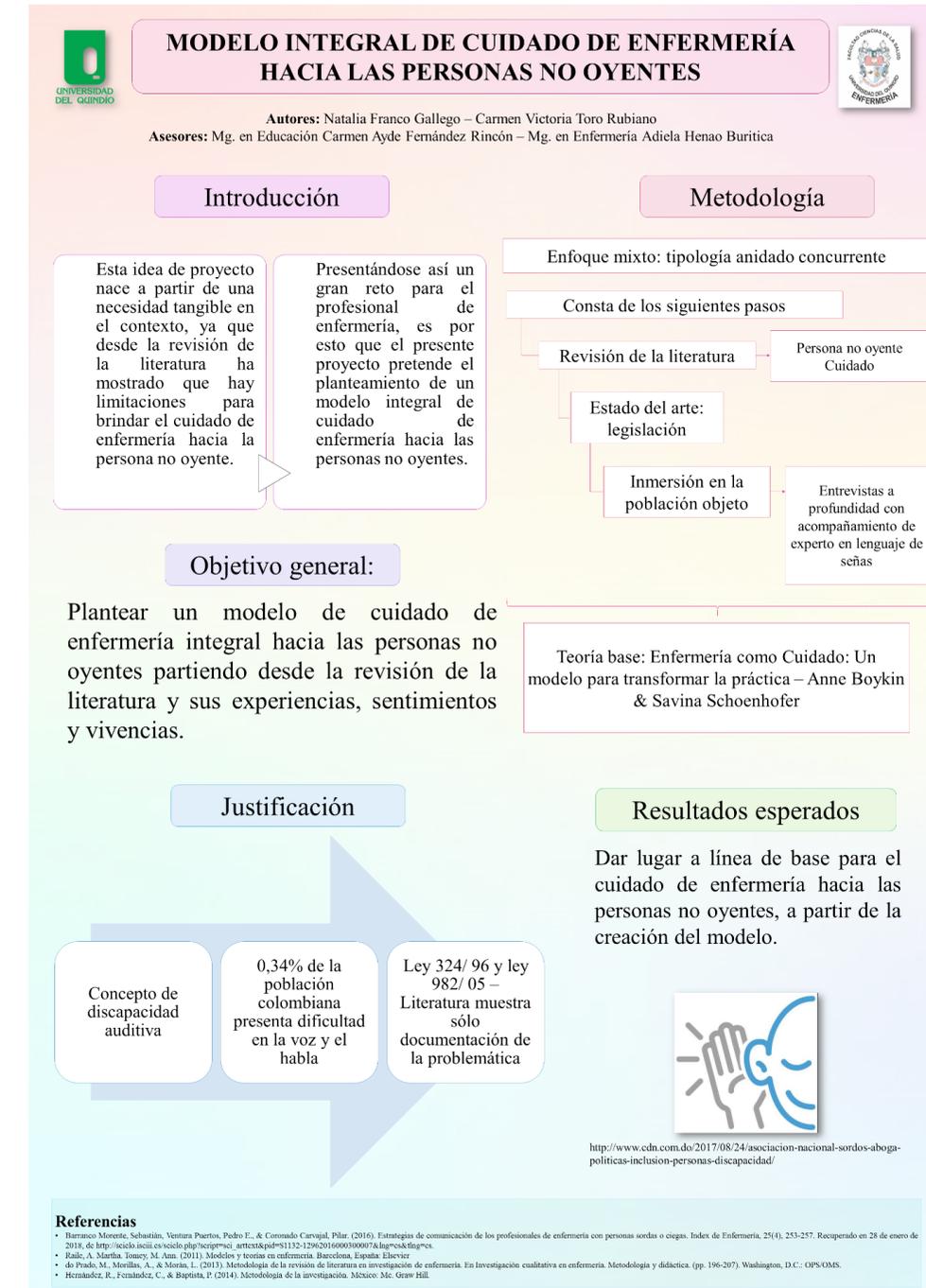
La investigación será realizada en Armenia-Quindío, el contacto con la población objeto y las entrevistas serán desarrolladas por medio de un experto intérprete de lenguaje de señas; así mismo se busca realizar convenio y acercamiento a una fundación para personas con discapacidad auditiva en el Quindío.

Resultados Parciales

- Construcción capítulo acerca de las personas no oyentes, que permitirá dar una contextualización sobre la población objeto y su entorno.
- Construcción de capítulo acerca de cuidado, que permitirá el enriquecimiento de la disciplina y del proyecto como tal.
- Construcción de capítulo enfocado a las leyes que contemplan a las personas no oyentes o discapacidad auditiva, que aporte información base al producto final que será modelo integral de cuidado de enfermería.
- Dar lugar a línea de base para el cuidado de enfermería hacia las personas no oyentes, a partir de la creación del modelo.

Referencias

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Sordera y pérdida de la audición*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>



Modelo de cuidado de Enfermería en un marco de reconocimiento a la diversidad de género: un paradigma sin hegemonía de género

Sebastián Alzate Betancourt¹

Juan David Loaiza Tabares²

Natalia Andrea Marín Oviedo³

María Nancy Tique Poloche⁴

Introducción

La expectativa de vida de las personas trans es de tan solo 35 años en Latinoamérica. Situación que se confirma al tener en cuenta el contexto de salud que se desarrolla actualmente en el Quindío y las vivencias de los integrantes del proyecto a lo largo de formación académica, pues se percibe en los distintos sectores de la sociedad, incluyendo el sector sanitario, que existen pocas herramientas para responder a las necesidades en salud de la población, específicamente, las necesidades de personas trans, por lo tanto, se requiere generar un modelo de cuidado de Enfermería que garantice una atención integral a las personas trans.

Objetivo general

Diseñar un modelo de cuidado de Enfermería que dé respuesta a la necesidad de reconocimiento de la diversidad de género.

Objetivos específicos

1. Describir las necesidades de cuidado que tienen las personas trans.
2. Comprender los cuidados de enfermería que deben brindarse a las personas trans.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: sebasalbe@gmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: juanloaiza_t@hotmail.com

³ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: namix_1429@hotmail.com

⁴ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: marianancytique@gmail.com

Modalidad Póster

Justificación

En diversos estudios han sido identificadas ciertas barreras de acceso en la atención de salud dirigida a la comunidad transgénero, tales como: la discriminación por la orientación sexual o identidad de género, hasta un 39 % de los casos, la invisibilización (Mejía y Benavides, 2008), el estigma, la vulneración, el desconocimiento de los servicios, el trato impersonal, la incomodidad, el temor, los sentimientos negativos, la falta de interés de los profesionales de salud, el lenguaje verbal y no verbal despectivo, el no respeto por la intimidad con otros profesionales de la salud (Báez, Camacho, Martínez y Rojas, 2016), entre otras. Debido a estas situaciones algunas personas esconden su identidad sexual, con el fin de recibir una adecuada atención en salud, puesto que los profesionales encargados no saben comportarse cuando esta población requiere asistencia, ya que muestran una carencia de conocimiento, que se ve reflejado en intentos por ofrecer una atención dentro de un sistema binario (mujer-hombre), acompañado de unas políticas que no incluyen las necesidades particulares de las personas transgénero (Aylagas, García y Rodríguez, 2018). A esto se suma la no identificación del paciente por el nombre o pronombre preferido, lo cual causa molestias que conducen a una mala relación con los profesionales de la salud e impacta en la calidad de la atención (Halloran, 2015). Con base en lo anteriormente expuesto se abre la necesidad de implementar un cuidado en la atención de salud de manera equitativa para la comunidad Trans, donde no exista la hegemonía de género, para ello es indispensable abordar el código deontológico, la declaración universal de los derechos humanos y algunas sentencias relacionadas con la comunidad, cuyo objetivo es la reducción en el riesgo de presentar enfermedades o sus efectos, ya que los problemas de salud más comunes que presenta dicha población, según diferentes estudios realizados por asociaciones trans en América Latina y el Caribe son las alteraciones en la salud mental, por ejemplo: el estrés, la ansiedad y la depresión, esto al mismo tiempo lleva al aislamiento social y al suicidio; problemas en la consejería en VIH y otras ITS; en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; la automedicación y administración de hormonas, inyecciones de relleno y otras formas de modificaciones corporales; otros problemas de salud, como los dermatológicos, dentales, alteraciones del sueño, problemas nutricionales, heridas y problemas de salud asociados con el trabajo sexual (Báez et al., 2016).

Metodología

El presente es un estudio de carácter mixto puro (Cual/Cuant) del tipo integración múltiple, cuya metodología constará de dos fases. La primera fase corresponderá al proceso investigativo, el cual se encuentra conformado por tres etapas, donde se inicia con un estado del arte en la búsqueda sistemática de información en los idiomas de español o inglés, mediante bases de datos, como: Science Direct, Google académico, McGraw-Hill, Alt healthwatch, Medline complete, Academic search complete, PUBMED entre otras; para generar conceptos tanto del cuidado y de Trans y como del panorama de la población trans, teniendo en cuenta la epistemología, fuentes teóricas, contexto legal (nacional e internacional), su entorno biopsicoemocional, social y el sistema de salud (nacional e internacional). En la segunda etapa se ejecutará el trabajo de campo para la obtención de información en la construcción del conocimiento sobre que es vivir trans, esta información se recolectará mediante una entrevista que se le realizara tanto a expertos como a la población focal. La etapa final de esta primera fase comprende el cruce entre la información

arrojada en la revisión sistemática y lo encontrado en el trabajo de campo, para generar unas conclusiones. En cuanto a la segunda fase del proyecto se establecerá en dos etapas; en la primera etapa, a partir de las conclusiones arrojadas en la anterior fase, serán la base para crear los lineamientos del modelo de cuidado, el cual irá articulado con la teoría de Jean Watson. Finalmente se concluirá con la segunda etapa comprendida por la socialización del modelo con profesionales, docentes, entidades y población participante si así lo requieren.

Población objeto

La población objeto está constituida por personas de la comunidad trans y expertos relacionados con el tema a investigar, cuyas edades deben ser superiores a los 18 años.

Muestreo y recolección de datos

Este proyecto al ser de metodología mixta cuenta con dos tipos de muestreo, para la recolección de datos, tanto cualitativo como cuantitativo, los cuales se establecen de la siguiente manera:

1. Para búsqueda y recolección sistemática de los datos que generan los conceptos de “Cuidado, trans y situación trans” se determina que la muestra es de 20 artículos para cada concepto, estos cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:
 - Diseño del estudio: mixtos, cuantitativos y cualitativos.
 - Palabras claves: Cuidado, enfermería, modelo, trans.
 - Idioma: español, inglés.
 - Rango temporal: artículos cuya publicación no es mayor de 15 años (2003-2018).
 - Fuente de la información: Bases de datos y buscadores académicos
 - Procedencia: nacional e internacional
2. Para la recolección de datos que generaran el concepto que “Qué es vivir trans” se empleará una entrevista a profundidad, donde la muestra se seleccionará a través de un muestreo estratificado guiado por propósito (no proporcional).

Resultados parciales

El cuidado hace referencia al compromiso moral de la enfermería de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera es transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico y a las necesidades de una población o un individuo en particular.

Concepto de cuidado en el posacuerdo con base al conocimiento y experiencia de enfermero/as y expertos

Erika Julieth Chilito Sánchez¹
Luisa Fernanda Jiménez Jaramillo²
Stefany Marín Díaz³
Shelly Zamorano Salgado⁴

El presente trabajo corresponde a la construcción del concepto de cuidado en el posconflicto, teniendo en cuenta, el conocimiento y experiencia de enfermeras (os) que hayan estado involucrados en situaciones de conflicto armado, al igual que de expertos (sociólogos y politólogos), quienes pueden compartir sus conocimientos para definir posconflicto desde su campo de aplicación.

Se entiende por posconflicto como el período de tiempo que sigue a la superación total o parcial de los conflictos armados; por ello el objetivo principal consiste en generar el concepto de cuidado de enfermería en el posconflicto, con base al conocimiento y experiencia de enfermeras (os) y expertos.

El proyecto se desarrollará a través de una investigación mixta, que consta de tres fases; en la primera fase, se realizara un meta-análisis, en el cual se llevará a cabo una revisión en bases de datos de diferentes artículos, investigaciones y documentos, con el fin de efectuar el análisis de cada uno de ellos; la segunda fase consistente en elaborar una entrevista semiestructurada, que se realizará a enfermeras y expertos, quienes se involucraran mediante la estrategia intencional, con el objetivo de conocer su punto de vista sobre el cuidado en el posconflicto; el procesamiento de la información se llevará a cabo mediante categorización emergente y triangulación de datos; la tercera fase consiste en la generación del concepto de cuidado de enfermería en el posconflicto teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las fases anteriores.

Por lo tanto, se espera que al finalizar el presente proyecto se logre la construcción de un concepto de cuidado de enfermería en el posacuerdo, a partir del conocimiento y experiencia de las enfermeras, que fueron participes de alguna manera en el conflicto armado del país y aquellos expertos politólogos y sociólogos, que por medio de sus conocimientos expresen el punto de vista desde otra rama del conocimiento, para responder de manera pertinentee integral a las necesidades actuales de cuidado de la sociedad colombiana. Además, se espera dar un paso en la vinculación de enfermería en el proceso de posacuerdo colombiano.

Palabras clave: conflicto armado, cuidado de enfermería, postacuerdo, posconflicto.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Erika.j.chilito@gmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Luisa.jimenez21@hotmail.com

³ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: smarind@uqvirtual.edu.co

⁴ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Shellyzs1997@gmail.com

Modalidad Póster

Descripción de la población objeto de la investigación

- Enfermeras (o) que tengan la experiencia o hayan estado involucradas en situaciones de conflicto y/o postacuerdo.
- Expertos (sociólogos y politólogos) que manejen el tema de conflicto y posacuerdo.

Resultados Parciales

- Elaboración del meta-análisis.
- Operacionalización de la teoría de enfermería.
- Elaboración de categorización y guion de entrevista.

Referencias

Colliere, M. (2003). *Promover la vida*. México: Interamericana McGraw-Hill.

Marriner, A. y Alligood, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería* (5^a ed.) Madrid: Harcourt.

Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de Educación*, 11(15), 103-124. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2013.011.015.005>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Personal sanitario. Recuperado de http://www.who.int/topics/health_workforce/es/

Balderas, K. (s.f.). Elementos que constituyen la identidad profesional de enfermería. Recuperado de <http://atlante.eumed.net/wp-content/uploads/profesion.pdf>

Ortiz, G. (20 de septiembre 2016). ¿Es posible construir una paz estable y duradera sin salud?. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/salud-en-el-posconflicto-34333>

Parrado, Y. (2016). La enfermería en el postconflicto. *Avances en enfermería*, 34(2). doi: 10.15446/av.enferm.v34n2.61619

CONCEPTO DE CUIDADO EN EL POST-ACUERDO CON BASE AL CONOCIMIENTO DE ENFERMERAS Y EXPERTOS

Chilító Sánchez Erika Julieth, Jiménez Jaramillo Luisa Fernanda, Marín Díaz Stefany, Zamorano Salgado Shelly
cuidadopostconflicto@gmail.com



REFERENCIAS

- La enfermería y los grandes conflictos bélicos. universidad de Cantabria María José Fernández Fernández [internet]. 2015 [citado 4 febrero 2018]. Disponible en: https://repositorio.unica.es/xmlui/bitstream/handle/10802/6754/f_fernandez20151.pdf
- Fajardo M. D. (2014). Estudio sobre los orígenes del conflicto social armado, razones de su persistencia y sus efectos más profundos en la sociedad colombiana. Recuperado 2 Febrero 2018, a partir de <http://www.centrodememoriainstitucional.gov.co/ocs/cear/comision/FajardoM.pdf>
- Chelhuán Esguerra, G. El postconflicto en Colombia: una realidad mediática. trabajo de pregrado Pontificia Universidad Javeriana, (2009). [fecha de consulta: 05/02/2018]; disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis301.pdf>



En la mente de todos: un modelo de atención del cuidado de Enfermería

Daniela Gallego Erazo¹
Maryi Juliana Hurtado Gómez²
Paola Andrea López Gil³
Maria Mónica Peñaloza Beltrán⁴

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2013, párr. 5).

Si bien, en la actualidad se ha dado mayor importancia a la salud mental y ha sido tema de múltiples investigaciones y una prioridad en salud pública, las estadísticas muestran que:

Las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. (Posada, 2013, s.p.).

Por lo anterior, se plantea el objetivo: diseñar un modelo de atención para las personas con sufrimiento psíquico, con el fin de generar un abordaje integral a dicho grupo poblacional, mediante una revisión sistemática, la opinión de expertos y la participación activa del paciente y su familia.

Esta investigación es un estudio Mixto con igualdad de estatus y se llevará a cabo de forma concurrente y secuencial, se utilizará la estrategia de nido, la cual estudia diferentes grupos o niveles para obtener una perspectiva más amplia, se recogerán los datos que posteriormente se integrarán en el análisis. Se tendrá tres puntos de partida, a partir de los cuales se recolectará la información necesaria para el diseño del modelo. Primero se realizará una revisión sistemática de la literatura, a través de una búsqueda en bases de datos como Scopus, Discovery, PubMed, Science Direct, DynamedPlus, Google académico, entre otras; se utilizarán las siguientes palabras clave: Modelo de atención, Sufrimiento psíquico, Cuidado, Salud mental y Enfermería. Una vez extraída y recopilada la información de interés se ordenará, siguiendo uno o varios criterios. La codificación de las características de los estudios se realizará mediante categorías, como: Sufrimiento psíquico, salud mental, familia, modelo de atención, niveles de atención en salud mental y limitaciones en la atención en salud mental; en el segundo paso se utilizará un muestreo intencional para seleccionar dos grupos de participantes (expertos y grupo focal conformado por el individuo y su familia), para lo cual se tendrá en cuenta los criterios de selección de cada grupo y la firma del consentimiento

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Gallegodaniela09.dg@gmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Maryi_juiana@hotmail.com

³ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Paolalopezgil@gmail.com

⁴ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Monicapb.14@gmail.com

Modalidad Póster

informado para realizar una entrevista semi-estructurada; la información recolectada será analizada a partir de un análisis conceptual donde se integrarán los tres puntos (revisión sistemática, expertos, grupo focal).

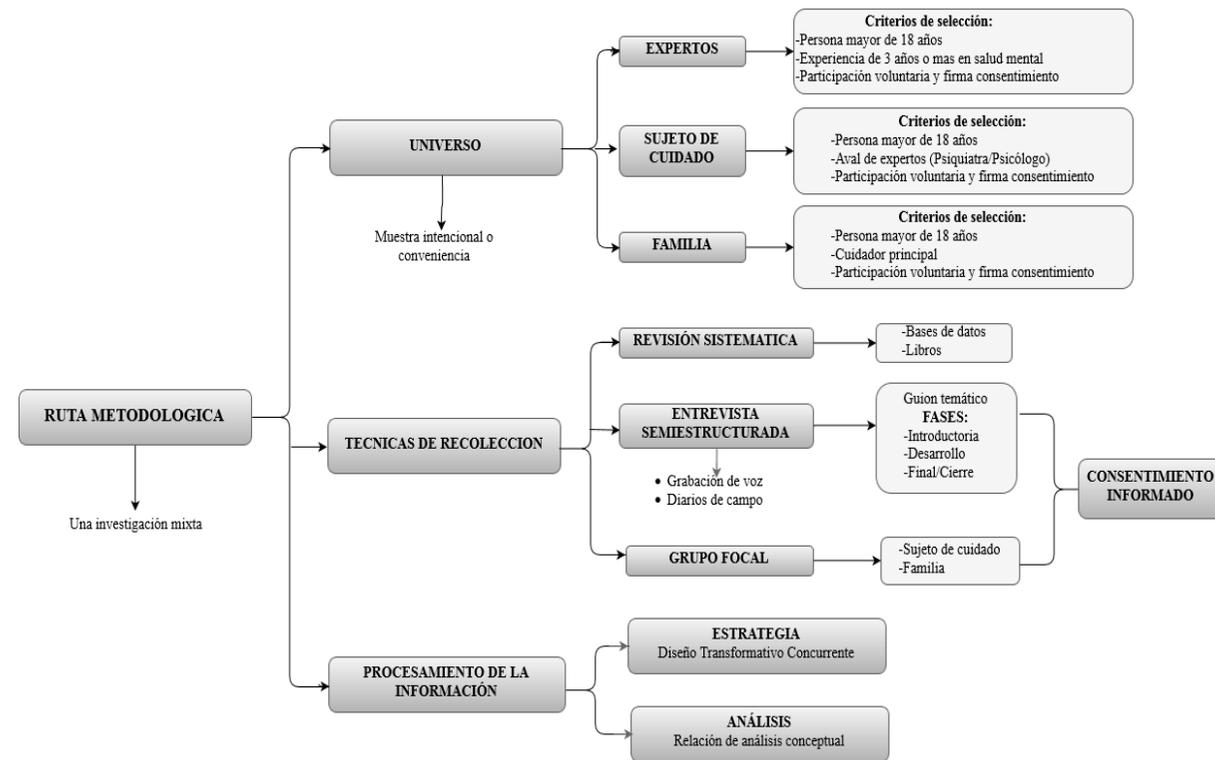


Figura 1: Ruta Metodológica

Palabras clave: cuidado, enfermería, modelo de atención, salud mental y sufrimiento psíquico.

Descripción de la población objeto de la investigación

Se utilizará un muestreo intencional para seleccionar los participantes de la investigación, dividido en 3 grupos poblacionales y conformado por personas que voluntariamente deseen participar en la investigación, a través de la firma del consentimiento informado, así:

- Expertos en la temática de salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, entre otros.) mayores de 18 años, con experiencia de 3 años o más en el campo de la salud mental.
- Sujetos de cuidado, personas mayores de 18 años, en periodo intercrítico con aval de un experto (psiquiatra o psicólogo) y quienes durante la semiología psiquiátrica no presente alteraciones.
- Familia, personas mayores de 18 años, que desempeñen el papel de Cuidador Principal de la persona con sufrimiento psíquico.

Resultados Parciales

Actualmente se está realizando la revisión sistemática de la literatura, donde se han encontrado aproximadamente 25 artículos en diversas bases de datos, pertenecientes a las categorías inductivas: salud mental, familia, modelo de atención, y limitaciones en la atención en salud mental. Se espera completar una búsqueda de 50 artículos y con base a la información recolectada en la revisión sistemática, las entrevistas a expertos en salud mental, y el grupo focal, se diseñará un modelo de atención del cuidado de enfermería para personas con sufrimiento psíquico, donde se contemplen todos los aspectos para una atención integral.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2013). Ley 1616. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51292>
- Ospina, N. (10 de octubre de 2015). 1 de cada 5 adultos tiene algún trastorno mental. *El colombiano*. Recuperado de <http://m.elcolombiano.com/adios-al-estigma-de-pacientes-con-alteraciones-mentales-DD2858360>
- Galvis, M. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1.108-1.120. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- Ministerio de Salud, Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* (Tomo 1). Recuperado de http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_1.pdf
- Sandoval, J. y Richard, M. (s.f.). La Salud Mental en México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenermental.pdf>
- Vera, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental "continente y contenido". *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 49, 205-224.
- Augsburgeri, C. y Gerlero, S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Revista de temas sociales Kairos*, 9(15). Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/augsburger_gerlero_construccion.pdf
- Wagner, L., Runte, A., Torres, F. y King, M. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciencia & Saude Colectiva*, 16(4), 2.077-2.087.
- Reyes, L. (2007). Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería. [On-line]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400002

Aguirre, D. (2009). Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería. Factores que la afectan. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400021

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf>

Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001

EN LA MENTE DE TODOS UN MODELO DE ATENCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA



AUTORES:
DANIELA GALLEGO ERAZO, MARYI JULIANA HURTADO GÓMEZ, PAOLA LOPEZ GIL, MARIA MÓNICA PEÑALOZA BELTRÁN
Gallegodaniela09.dg@gmail.com, maryi_juliana@hotmail.com, paolalopezgil@gmail.com, moni-capb.14@gmail.com

ASESORAS:
Enfermera MGS EN EDUCACIÓN CARMEN AYDE FERNANDEZ
Enfermera MGS EN ENFERMERIA SALUD FAMILIAR INGRID CAICEDO MARTINEZ



INTRODUCCIÓN

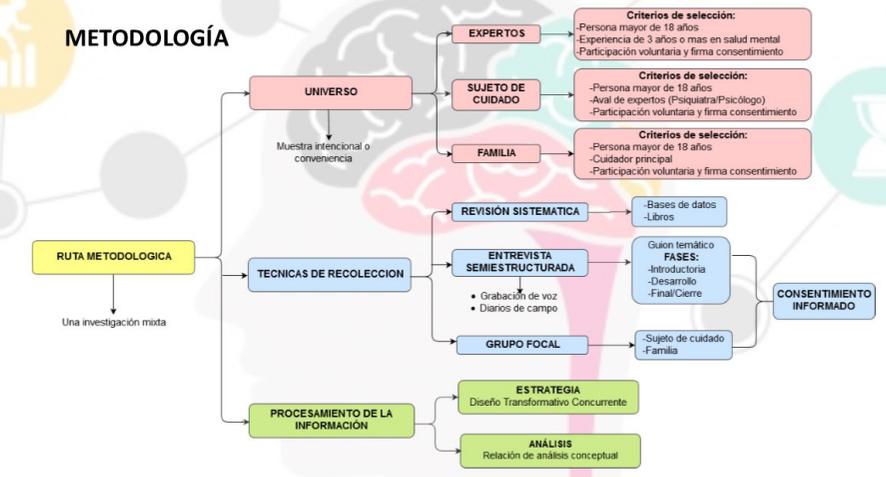
En la actualidad se ha dado mayor importancia a la salud mental:
- Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021
- la ley 1616 del 2013

Se incrementarán de 10,5 % a 15 % en el año 2020 (Posada, 2013)
La depresión por sí sola representa el 36.5%
Un 85,5% - 94,7% no acceden a algún servicio de salud

Objetivo General
Diseñar un modelo de atención para las personas con sufrimiento psíquico con el fin de generar un abordaje integral a dicho grupo poblacional mediante una revisión sistemática, la opinión de expertos y la participación activa de la persona y su familia.

Modelo de atención
- ¿Qué hay actualmente? (Revisión sistemática)
- ¿Qué dicen los expertos? (Entrevista)
- ¿Qué necesita la persona y su familia? (Entrevista)
= Abordaje integral

METODOLOGÍA



1. Ley N° 1616. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá D. C. 21 de Enero de 2013. Recuperado de <http://www.ckdlabogota.gov.co/sisjur/normas/No1616.pdf>

2. Galvis, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>

3. Tejada P. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: Prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. Recuperado de http://muelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen6_numero2/006_Articulo4_Vol6_No2.pdf

4. Encuesta Nacional de Salud Mental (2015). Tomo 1. Recuperado de http://www.visiondweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_1.pdf

designed by freepik.com

Agencia de autocuidado con enfoque en promoción de la salud

Leidy Johanna Carvajal Ramirez¹

Ana Maria Triana Ocampo²

Isenberg y Evers diseñaron el primer instrumento para la valoración de agencia de autocuidado, el cual fue traducido al español por Edilma de Reales en Colombia, aunque el instrumento es basado en la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, su enfoque en la promoción de salud no se ve evidenciado en el instrumento ASA. El instrumento ha sido utilizado y citado en diferentes trabajos y ocasiones, sin embargo, este ha sido objeto de críticas en diversos artículos por su enfoque en enfermedades crónicas y no a la promoción de salud como lo plantea la teoría de Dorothea Orem.

Como objetivo general se realizara una valoración del instrumento y la eficacia del artículo *agencia de autocuidado* traducido por Edilma de Reales, el cual se realizara en medio de un análisis comparativo con relación a la teoría de Dorothea Orem.

El proyecto se desarrollará por medio de un metanálisis, el cual estará dividido por fases; la primera fase constará de una revisión científica, donde se tomarán las palabras clave para su búsqueda, como: Escalas de valoración, Teorías: agencia de autocuidado y modelo holónico, Agencia de Autocuidado y Promoción de la salud; estos datos se tomarán de plataformas, entre ellas: Medline, Scielo, Google Academic y se le realizará un análisis e interpretación de la información; la segunda fase consiste en realizar una interpretación del concepto de agencia de autocuidado y promoción de la salud; la tercera fase será la realización del metaanálisis con una confrontación de documentos revisados y concepto de agencia de autocuidado

Descripción de la población objeto de la investigación

Escala de Valoración (ASA)

Resultados Parciales

Reestructuración del instrumento actual y/o proposición de un nuevo instrumento de valoración de agencia de autocuidado, con enfoque en promoción de la salud tomando como ejemplo el área de sexualidad.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Leidy_hupi@hotmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: anaandres10@hotmail.com

Modalidad Póster

Competencias del profesional de enfermería desde su rol en el proceso de paz y posacuerdo en Colombia

Alexandra Díaz Hermoso¹

María José Ayerbes Cerón²

La historia del conflicto armado en Colombia está marcada por una lucha de 50 años entre el Estado, grupos armados ilegales, el narcotráfico y una sociedad civil inmersa en las confrontaciones. El país vive unos de los hechos más importantes de su historia, una negociación de paz que busca una salida política a una guerra que aumentó los niveles de pobreza, exclusión e inequidad; ahora el reto es asumir la etapa del posacuerdo desde el perdón, la reconciliación, la tolerancia, la solución a los problemas sociales y políticos, y el aporte del sector privado y empresarial en la reconstrucción del tejido social de las comunidades y de los guerrilleros de las FARC que suscribirán el acuerdo. (Márquez y Restrepo, 2016, p. 15).

Por ello, este proyecto busca comprender las competencias del profesional de enfermería en relación con los procesos de atención, de acuerdo a las necesidades de las personas reintegradas a la sociedad en el proceso de paz y posacuerdo. Es un estudio cualitativo de tipo Fenomenológico, donde se conocerá las competencias que describa el profesional en cuanto al posacuerdo con base a las competencias universales establecidas por el Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); asimismo, se realizará la inmersión al campo, donde se aplicará una entrevista por medio de un taller investigativo a los profesionales de enfermería; como estrategia se usarán grupos focales con previa realización de cuadro de operacionalización para la creación de las preguntas de la entrevista y de esta manera tener un guion de entrevista, donde se conserve siempre los aspectos bioéticos.

Descripción de la población objeto de la investigación

Enfermeros profesionales residentes en la ciudad de Armenia- Quindío que tengan de uno a tres años de experiencia laboral.

Resultados Parciales

Comprender las competencias que el profesional de enfermería describa en cuanto a los procesos de atención a las personas en el posacuerdo, ya sea adecuando las competencias establecidas por el CIE, agregando o encontrando falencias de éstas, según lo expresado por el profesional, y en caso de carecer de ellas, generar estrategias para la implementación y/o desarrollo de éstas.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Jadiazh_1@uqvirtual.edu.co

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Mara0531@hotmail.com

Modalidad Póster

Referencias

- Márquez, M. y Restrepo, J. (2016). Los empresarios: proceso de paz y posconflicto en Colombia. Responsabilidad social. *Revista Internacional de Economía y Gestión de las Organizaciones*, 5(1), 15-21.
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. doi: [org/10.4067/S0717-95532011000300002](https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002)
- Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235. doi: [org/10.4321/S1132-12962015000300009](https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009)
- Calderón, J. (2016). Etapas del conflicto armado en Colombia: hacia el posconflicto. *Revista de estudios Latinoamericanos*, (62), 227-257.
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Construcción de paz y post-conflicto*. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/politicas-de-estado/politica-de-atencion-a-victimas/Paginas/Construcción-de-paz-y-postconflicto.aspx>

COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DESDE SU ROL EN EL PROCESO DE PAZ Y POSACUERDO EN COLOMBIA

Autores: Vanessa Yela, Catalina Sánchez, Juan Carlos, Alexandra Díaz, María José Ayerbes. Asesoras Adieila Henao, Carme Arde Fernández

INTRODUCCION

La historia del conflicto armado en Colombia está marcada por una lucha de 50 años entre el Estado, grupos armados ilegales, narcotráfico, y una sociedad civil inmersa en confrontaciones. El país vive uno de los hechos más importantes de su historia: una negociación de paz que busca una salida política a una guerra que aumentó los niveles de pobreza, exclusión e inequidad. Ahora el reto es asumir la etapa de posacuerdo desde el perdón, la reconciliación, tolerancia, la solución a los problemas sociales y políticos y el aporte del sector privado y empresarial en la reconstrucción del tejido social de las comunidades y de guerrilleros de las FARC que suscribirán el acuerdo (Restrepo Guzmán, 2016).

OBJETIVO:

Comprender las competencias del profesional de enfermería en relación con los procesos de atención, de acuerdo a las necesidades de las personas reintegradas a la sociedad en el proceso de paz y posacuerdo.

METODOLOGIA

- ✓ Estudio cualitativo de tipo fenomenológico
- ✓ Competencias establecidas por el CIE
- ✓ Entrevista a profundidad y taller investigativo.
- ✓ Creación de preguntas
- ✓ Guión de entrevista
- ✓ Aspectos bioéticos

RESULTADOS ESPERADOS

Comprender las competencias que el profesional de enfermería describa en cuanto a los procesos de atención a las personas en el posacuerdo, ya sea adecuando las competencias establecidas por el CIE, agregando, o encontrando falencias de estas, según lo expresado por el profesional, y en caso de carecer de ellas, generar estrategias para la implementación y/ o desarrollo de estas.

REFERENCIAS

Alejandra, & García V., Marcela. (2018). ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>

Calderon Rojas, Jonathan. (2016). Stages of the armed conflict in Colombia: towards post conflict. *Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos*, (62), 227-257. Retrieved October 21, 2017, from http://www.socio.org/multimedia.php?script=so_artt@#id=51665_8574201600010027#img-en&img-en

Posconflicto colombiano, el dilema de la nueva lucha contra el terrorismo. (26 de 02 de 2015). Obtenido de Posconflicto colombiano, el dilema de la nueva lucha contra el terrorismo. <http://www.socio.org.co/pdf/posu/11m3/v11n3a30.pdf>

Cultura de la donación de órganos desde la perspectiva de Madelein Leininger

Angie Romero Hincapié¹
Gloria Constanza Ruiz Valencia²
Angie Paola Ortega Méndez³
Carolina Vargas Rodríguez⁴
Sharom Eliana Muñoz Puentes⁵

Esta investigación se plantea desde el concepto de donación de órganos, entendida como: “la remoción de órganos o tejidos del cuerpo de una persona que ha muerto recientemente o de un donante vivo, con el propósito de realizar un trasplante” (Rachen, 2012, p. 9. Teniendo en cuenta que en 1933 se realizó el primer trasplante se genera el siguiente interrogante: ¿Por qué a pesar de que hace mucho tiempo se realiza esto, las personas aún no tienen la suficiente cultura para donar?, además, Colombia ha sido un país en el cual el tema de la donación de órganos y de tejidos para fines de trasplantes y otros usos terapéuticos no ha tenido un gran auge, ni siquiera después de la Ley 1805 del 2016, la cual declara a todos los colombianos como donantes. Además, existe una gran demanda por parte de los pacientes en las listas de espera, poca cantidad de oferta y pérdida de donadores potenciales que se ve influenciada por diferentes factores (religiosos, educativos, sociales, económicos, entre otros). El Quindío, según salud pública, tiene un importante porcentaje de morbilidad por enfermedades crónicas, la hipertensión, la diabetes, las enfermedades tiroideas y la hipercolesterolemia, que tendrán como consecuencia el daño de uno o varios órganos y la probabilidad de que los quindianos necesiten un trasplante será cada día mayor; por ello, se desea realizar la investigación, mediante el conocimiento de la cultura sobre donación de órganos y tejidos en la población de Armenia-Quindío, indagar sobre los mitos y creencias, describir las vivencias de la cultura de donación de órganos y tejidos e identificar las conductas de donación, y saber cuál es el nivel de conocimiento de la Ley 1805 de 2016; es importante que haya una actualización y se conozcan los principales factores que determinan la aceptación y la no aceptación por parte de la población hacia el trasplante, por medio de un estudio cualitativo de tipo microetnográfico, ya que se analizará un hecho social, como lo es la donación de órganos, además, se tendrá en cuenta la evolución de los conceptos y/o de las percepciones de las personas que sean potencialmente donantes y lo manifiesten; dicha información será obtenida por medio de una entrevista a profundidad, la cual se le realizará a personas mayores de 18 años que deseen participar voluntariamente de la investigación y firmen el consentimiento informado, de igual manera no se tendrá en cuenta las personas que no sean mayores de edad, no

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío.

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío.

³ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío.

⁴ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: cvrodriguez251@gmail.com

⁵ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: Sharom.eliana98@gmail.com

Modalidad Póster

firmen el consentimiento, se retiren de manera voluntaria y tengan déficit cognoscitivo o pérdida de salud mental; las entrevistas se analizarán de manera manual con codificaciones y triangulación. Esto le dará herramientas a la enfermería para saber a qué participantes principalmente debe estar dirigida la educación y que tipo de contenido debería tener según las necesidades de conocimiento de los entrevistados.

Descripción de la población objeto de la investigación

Cualquier persona mayor de 18 años de la ciudad de Armenia Quindío, la cual quiera participar del proyecto investigativo, este de acuerdo con el consentimiento informado y no presente ningún déficit cognoscitivo o pérdida de salud mental.

Resultados Parciales

Directos

De acuerdo con los objetivos planteados se espera poder explorar la cultura de la donación de órganos y tejidos en Armenia-Quindío, con el fin de tener un panorama mucho más amplio sobre este tema que en la actualidad tiene alta importancia. Se cree que la interpretación de creencias, valores motivacionales y vivencias de cada entrevistado va a determinar cuál es realmente el proceso y la trascendencia detrás de la donación de órganos y tejidos.

Indirectos

Este estudio permitirá a los estudiantes de enfermería de esta investigación tener la información necesaria para brindar información y orientación clara sobre la educación como principal intervención. Es de vital importancia determinar conocimiento acerca de la Ley 1805 de 2016 por los entrevistados, ya que declara a todos los colombianos como potenciales donantes y al desconocerla se está ignorando el derecho a decidir sobre la donación de los órganos y/o tejidos al momento de fallecer.

Referencias

- Rachen, N. (2012). *Historia y definición de conceptos sobre trasplante, donación y tráfico de órganos* (trabajo de grado). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/9394/RachenCelyNohemi2012.pdf;jsessionid=10FDF574A41D35C08B17C42039D3973?sequence=1>
- Congreso de Colombia (2106). Ley 1805. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201805%20DEL%2004%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>
- Castañeda, D., Alarcón, F., Ovalle, D., Martínez, C., González, L., Burbano; L.,... Lozano, E. (2014) Actitudes y creencias sobre la donación de órganos en Colombia: ¿Dónde se deben enfocar los esfuerzos para mejorar las tasas nacionales de donación? *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 17-25.

Leal, E., Dos Santos, M., Barbosa, M. y Komatsu, M. (2014). Vivencia de enfermeros en el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 226-33 doi: 10.1590/0104-1169.3276.2406

Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de antropología*, 22(32). Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf

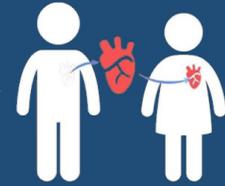
Lillo, M., Gironés, P., Sierras, M., Riquelme, J. y Domínguez, J. (2017). Aproximación fenomenológica al significado e impacto de la donación de órganos en la familia. *Aquichan*, 17(1), 18-29. doi: 10.5294/aqui.2017.17.1.3

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Donación de órganos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/donacion-trasplantes-organos-tejidos.pdf>

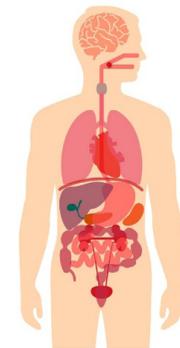
Vélez, E. (2007). Donación de órganos, una perspectiva antropológica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10(3), 19-25.

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones

CULTURA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DESDE LA PERSPECTIVA DE MADELEINE LEININGER EN ARMENIA-QUINDÍO



Autores: Angie Romero H., Angie Paola O., Carolina Vargas, Gloria Constanza Ruiz, Sharom Eliana Puentes. **Correo:** angie1595@hotmail.es
Asesora: Adielia Henao Buritica, Carmen Ayde Fernandez Rincon.



JUSTIFICACIÓN

El trasplante de órganos se ha convertido en una práctica mundial que ha alargado la duración y mejorado enormemente la calidad de miles de vidas. (OMS,2010)

OBJETIVO

Conocer la cultura sobre donación de órganos y tejidos en la población de la ciudad de Armenia entre los períodos comprendidos agosto 2017 y mayo 2018.

MARCO REFERENCIAL

Cultura
Donación
Creencias
Percepción
Mito

Marco conceptual
Marco legal



Marco teórico
Marco contextual



Estudio cualitativo de tipo microetnográfico, se utilizará el método de la etnoenfermería de Madeleine Leininger.

METODOLOGÍA

La muestra será intencional, se realizará hasta obtener saturación de la información.

La información será obtenida por medio de una entrevista ha profundidad. Analizada de manera manual, con codificaciones y triangulación.

ECONÓMICO



SOCIAL

CIENTÍFICO

LEGAL

IMPACTO

RESULTADOS ESPERADOS



La interpretación de creencias, valores motivacionales y vivencias de cada entrevistado va a determinar cuál es realmente el proceso y la trascendencia detrás de la donación de órganos y tejidos.



BIBLIOGRAFÍA

- Angie Romero H., Angie Paola O., Carolina Vargas, Gloria Constanza Ruiz, Sharom Eliana Puentes. (2018). Cultura de la donación de órganos desde la perspectiva de Madeleine Leininger en Armenia-Quindío. *Revista Colombiana de Enfermería*, 32(1), 1-10. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/rce.v32n1.100000>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Trasplante de órganos y tejidos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Leininger, M. M. (2008). *Teoría de las transiciones en enfermería: una perspectiva cultural*. Nueva York: Elsevier.
- Leininger, M. M. (2008). *Teoría de las transiciones en enfermería: una perspectiva cultural*. Nueva York: Elsevier.
- Leininger, M. M. (2008). *Teoría de las transiciones en enfermería: una perspectiva cultural*. Nueva York: Elsevier.

Correlación entre contaminación ambiental y variación en la saturación de oxígeno

Vilma Tamara Ortiz Nievas¹
Juan Carlos Narváez Burgos²
Diego Ernesto Jurado Portilla³

La investigación pretendió determinar la relación entre la variación en la concentración ambiental de partículas menores a 10 micrómetros emitidas por vehículos pesados y automóviles, así como la de variables intervinientes y las variaciones en los porcentajes de saturación de oxígeno en tejidos periféricos, en población expuesta a estos contaminantes, tanto en ambientes interiores como exteriores de la ciudad de San Juan de Pasto.

Es una investigación cuantitativa, de inducción científica, con medición directa de muestras meteorológicas, de calidad de aire y de saturación de oxígeno que permitieron explicar la variación de la saturación de oxígeno en presencia de contaminantes ambientales producido por flujo vehicular. Es de tipo Observacional - No experimental, donde el investigador no tuvo control de variables independientes (meteorológicas, climáticas, de actividad del individuo y de niveles de exposición), las cuales sucedieron en de forma natural; se determinó el flujo vehicular en las zonas de estudio y la medición de emisiones de gases o partículas PM_{10} . Su diseño es Correlacional –Transversal, que permitió parametrizar mediante la interrelación de las variables. Se verificó hipótesis correlacional entre la concentración de contaminantes externos y los niveles de saturación de oxígeno en población vulnerable. La población de estudio vinculó ambientes exteriores e interiores, donde se realizaron mediciones de calidad de aire y los niveles de saturación de oxígeno en individuos que se encontraban en estos ambientes. Se tuvo como Hipótesis a verificar: Las variaciones de concentración de contaminantes ambientales provenientes de la combustión vehicular no presentan una relación lineal positiva, ni alto grado de fortaleza con los porcentajes de saturación de oxígeno en la sangre de la población expuesta. Donde:

X: número de vehículos

$Y_p = f(X)$: concentración de material particulado ambiental

$W_p = f(Y_p)$: concentración de material particulado en interiores

$Z_p = f(W_p)$: porcentajes de saturación de oxígeno en la sangre de población expuesta

¹ Magíster en Enfermería, Universidad del Valle. Docente Universidad Mariana. Correo electrónico: tabata269@gmail.com

² Correo electrónico: ing.jcnb@gmail.com

³ Correo electrónico: djp951@hotmail.com

Hipótesis Estadística:

H1: A mayor X, Mayor Yp

H2: A mayor Yp , menor Zp

H3: A mayor Wp, menor Zp

Tolerancia: coeficiente de correlación (0.7<r>0.9)

Descripción de la población objeto de la investigación

La población y muestra fue de carácter intencional de acuerdo a las categorías de elección. Para la selección de la muestra de población expuesta en interiores y exteriores se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo para las mediciones, las cuales serían continuas por periodos de más de 12 horas; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se realizó una encuesta preliminar que sirvió de filtro para identificar quienes cumplían con los criterios efectiva, minimizando así la probabilidad de sesgo.

Resultados

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo planteado, se obtuvo la correlación entre variables ambientales y de salud, sistematizándose la saturación temporal menor al coeficiente 98 %; consecutivamente, se correlaciono externamente e internamente la concentración de partículas PM₁₀, condiciones ambientales y saturación de oxígeno; por zona y día, donde se calculó el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de determinación (r^2_{xy}), para dar a conocer la proporción de variabilidad compartida entre las variables de estudio (porcentaje de varianza explicada por la relación); así como también, el coeficiente de no determinación o de alineación, el que permite comprender la proporción de la variabilidad no explicada. Posteriormente, se realizó una comparación de tendencias entre ambientes internos y externos. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de tendencias de porcentajes de variabilidad explicada en ambientes externo e interno

Comparación de tendencias			
Saturación Externa		Saturación Interna	
Variable	%	Variable	%
PM 10 Externo	14	PM 10 Externo	14
PM 10 Interno		PM 10 Interno	14
Densidad Vehicular	14	Densidad Vehicular	14
Velocidad del viento	2	Velocidad del viento	10

Dirección del viento	9	Dirección del viento	2
Temperatura	10	Temperatura	10
Humedad	10	Humedad	9
Radiación	14	Radiación	

Los resultados reportaron que, al comparar la tendencia de los porcentajes de variabilidad explicada se puede observar con claridad: que en ambientes externos la variable radiación es la que explica en mayor porcentaje los cambios en la SO₂ externamente; seguida en menores porcentajes del PM10 externo, la densidad vehicular, la temperatura y la Humedad, las variaciones de la SO₂ interna se ven explicadas por la presencia de PM10 interno y externo, densidad vehicular en igual porcentaje, seguida de la velocidad del viento, temperatura y humedad en porcentajes menores, evidenciándose una vez más lo que la literatura dice en relación a los contaminantes ambientales internos, que son los que con mayor dificultad se dispersan, lográndose acumular, al igual que los contaminantes externos al interior de las viviendas; en tanto no hay suficiente ventilación en las mismas, lo cual contribuye a acrecentar la problemática de salud, vulnerables a enfermedades respiratorias por acumulación de partículas tanto internas como las provenientes del exterior, así como también, los contaminantes ocasionados por los vehículos entran al interior por rendijas de puertas y ventanas, trasportados por la dirección y velocidad del viento.

Tabla 2. Coeficiente de correlación de Pearson y de determinación en la zona no centro barrio residencial

Variable X	Variable Y	r	r ² _{xy}	1- r ² _{xy}	Día
Saturación Externa	Aerosol Externo	0,225	5%	95%	Domingo
	Humedad	-0,247	6%	94%	Sábado
	Radiación	0,19	4%	96%	Sábado
	Densidad vehicular	-0,185	3%	97%	Sábado
	Temperatura	0,109	1%	99%	Domingo
Saturación Interna	Variable Y	r	r²_{xy}	1- r²_{xy}	Día
	Aerosol interno	0,381	14%	86%	Viernes
	Aerosol externo	0,387	14%	86%	Sábado
	Temperatura	0,167	4%	96%	Sábado
	Velocidad del Viento	-0,228	5%	95%	Domingo
	Dirección del Viento	-0,145	2%	98%	Domingo

Los datos permiten evidenciar que las variaciones en la SO₂ en las personas expuestas al exterior de la vivienda se explican en un 6 %, debido a la humedad del ambiente, 4 % con la radiación, un 5 % aerosoles externos, 3 % densidad vehicular y 1 % con la temperatura. Con respecto a las personas que se encuentran al interior de las viviendas, la variación de la SO₂ de debe un 14 % a la presencia de PM₁₀, internos y externos, un 4 % con la temperatura, un

5 % con la velocidad del viento y un 2 % con la dirección del viento. Es importante tener en cuenta que en el sector donde se realizaron estas últimas mediciones se encuentra equidistante de la zona céntrica, siendo una zona netamente residencial donde las puertas y ventanas permanecen cerradas la mayor parte del tiempo, hecho que no sucede en sitios comerciales, donde las puertas están abiertas al público permitiendo que el aire contaminado circule y no se quede atrapado al interior.

Con respecto a la contaminación en interiores es relevante dar a conocer que conlleva a una pérdida de confort, cuando en el interior de la vivienda existen procesos y actividades que causan emisiones y pérdida de la calidad del aire, algunas de estas actividades, tales como: la preparación de alimentos con combustibles inadecuados, limpieza y barrido de espacios, aplicación de productos químicos volátiles como disolventes, arrastre de polvo y microorganismos por deficientes procesos de limpieza (Korc y Quiñones, 2003; Ott y Siegmann, 2006); llega a afectar en salud, principalmente a población infantil y a adultos con deficiencias respiratorias agudas, (Barrios, Peña y Osses, 2004); Según Barrios et al. (2004.), el aumento de $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de material particulado con diámetro aerodinámico menor a $10 \mu\text{m}$ trae como consecuencia la disminución del 40 % sobre flujo máximo pulmonar en niños menores de 5 años.

Es importante destacar que los contaminantes exteriores logran entrar al interior de las viviendas que no tienen buena ventilación, las condiciones meteorológicas en exteriores, como la temperatura y el gradiente térmico motivan el movimiento mucho más que el viento, lo cual logra inducir partículas y gases al interior de viviendas y oficinas, pero esto es discutido cuando los campos de viento tienden a aumentar en diversidad de direcciones y magnitudes en periodos muy cortos de tiempo.

Estos fenómenos de transporte, que suceden en la micro-escala atmosférica, permiten la dispersión de los contaminantes, guardando restricciones por sus características fisicoquímicas, como tamaño, capacidad de intercambio y posibilidades de reaccionar; los elementos gaseosos como óxidos y moléculas aromáticas (de tamaño entre 0.00001 y 0.001 micrómetros) sufren una difusión continua a través de procesos basados en el cambio de materia, desde un lugar de alta concentración hacia lugares donde la concentración es inferior, fenómeno simulado de forma teórica por la ecuación de Fick (Pasquill y Smith, 1983); las partículas y aerosoles (de tamaño entre 0.01 y 10 micrómetros) que son emitidas a la atmosfera sufren movimientos regulados por variaciones en la viscosidad y la densidad del aire. En ambos casos, el flujo de advección provocado por el viento permite un mayor desplazamiento horizontal de los contaminantes desde la fuente, sin embargo la difusión provocada por movimientos moleculares logra una mayor cobertura y distribución de contaminantes en una mayor área del territorio. Estos fenómenos suceden gracias a efectos dinámicos de infiltración por medio de los sistemas de ventilación, como ventanas y conductos (ventilas y respiraderos en edificios). (Feijó y Meiss, 2012).

Conclusiones

Las variaciones de contaminantes provenientes de la combustión vehicular no presenta una relación lineal positiva, ni alto grado de fortaleza con los porcentajes de SO_2 en sangre de población expuesta. En este sentido se acepta como hipótesis el H_0 .

Referencias

- Barrios, S., Peña, F. y Osses, S. (2004). Efectos de la contaminación atmosférica por material particulado en las enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 21-29. doi: 10.4067/S0717-95532004000200004
- Feijó, J. y Meiss, A. (2012). El DB-HS3 "Calidad del aire interior" del CTE en la rehabilitación de edificios de viviendas. *El instalador*, 501, 14-27.
- Korc, M. y Quiñones M. (2003). Diagnóstico comparativo de la calidad del aire de los interiores de las viviendas de dos poblaciones indígenas del Perú (documento interno). Lima, CEPIS. Recuperado de <https://docplayer.es/2692649-Diagnostico-comparativo-de-la-calidad-del-aire-de-los-interiores-de-las-viviendas-de-dos-poblaciones-indigenas-del-peru.html>
- Ott, W. y Siegmann, H. (2006). Using multiple continuous fine particle monitors to characterize tobacco, incense, candle, cooking, wood burning, and vehicular sources in indoor, outdoor, and in-transit settings. *Atmospheric Environment*, 40(5), 821-843. doi: 10.1016/j.atmosenv.2005.08.020
- Pasquill, F. y Smith, F. (1983). *Atmospheric Diffusion* (3^{ra} ed.). Reino Unido: Ellis Horwood Chichester

CORRELACION ENTRE CONTAMITACION AMBIENTAL Y VARIACIÓN EN LA SATURACIÓN DE OXIGENO

INTRODUCCION

En la actualidad a nivel mundial la problemática de contaminación ambiental afecta la salud de la personas, es así como surgió la necesidad de indagar acerca de la relación entre partículas contaminantes y saturación de oxígeno periférico en personas expuestas y no expuestas

OBJETIVO

Determinar la relación entre la concentración de contaminantes en partículas PM10 y el porcentaje de saturación de oxígeno en población expuesta a estos contaminantes en ambientes internos y externos.

METODOLOGIA

Investigación de tipo cuantitativo correlacional, donde se realizaron mediciones de saturación de oxígeno y muestreo de micropartículas en ambientes internos y externos

RESULTADOS:

Comparación de tendencias de porcentajes de variabilidad explicada en ambientes externo e interno

COMPARACIÓN DE TENDENCIAS			
SATURACIÓN EXTERNA		SATURACIÓN INTERNA	
VARIABLE	%	VARIABLE	%
PM 10 EXTERNO	14	PM 10 EXTERNO	14
PM 10 INTERNO		PM 10 INTERNO	14
DENSIDAD VEHICULAR	14	DENSIDAD VEHICULAR	14
VELOCIDAD DEL VIENTO	2	VELOCIDAD DEL VIENTO	10
DIRECCIÓN DEL VIENTO	9	DIRECCIÓN DEL VIENTO	2
TEMPERATURA	10	TEMPERATURA	10
HUMEDAD	10	HUMEDAD	9
RADIACIÓN	14	RADIACIÓN	

Coefficiente de correlación de Pearson y de determinación zona centro barrio residencial

Variable X	Variable Y	r	r ² _{xy}	1 - r ² _{xy}	Día
Saturación Externa	Aerosol Externo	0,225	5%	95%	Domingo
	Humedad	-0,247	6%	94%	Sábado
	Radiación	0,19	4%	96%	Sábado
	Densidad vehicular	-0,185	3%	97%	Sábado
	Temperatura	0,109	1%	99%	Domingo
Saturación Interna	Aerosol interno	0,381	14%	86%	Sábado - Viernes
	Aerosol externo	0,387	14%	86%	Sábado
	Temperatura	0,167	4%	96%	Sábado
	Velocidad del Viento	-0,228	5%	95%	Domingo
	Dirección del Viento	-0,145	2%	98%	Domingo

Fuente esta investigación



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE INGENIERÍA AMBIENTAL



<https://bit.ly/2jDdXnP>

CONCLUSIONES:

Las variaciones de contaminantes provenientes de la combustión vehicular no presenta una relación lineal positiva, ni alto grado de fortaleza, con los porcentajes de SO₂ en sangre de población expuesta

AUTORES:

Vilma Tamara Ortiz Nievas
Juan Carlos Narvaez Burgos
Diego Ernesto Jurado Portilla

BIBLIOGRAFIA:

- AI RNOW. (2014). Good up high bad nearby- what is ozone?. Recuperado de: <http://www.Epa.Gov/air/ozaqs/gooduphigh>
- ALOIS D., WAGNER G. Aparato respiratory. Cap. 10 enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo recuperado de: <http://www.Inshtrab.com/contenidos/documentacion/textosonline/enciclopediaoit/tomo1/10.Pdf>
- ARAUJO MELO, J., BELARCAZAR MELO, E., Bolaños bravo, M. et al. (2015). Relación entre los niveles de saturación de oxígeno en la población expuesta y la calidad de aire respirado en la ciudad De San Juan De Pasto. Tesis pág. 88

Humanización del cuidado de enfermería desde la teoría de las transiciones



El cáncer de mama en la pareja

Myriam Erazo Martínez¹
Mildred Rosero Otero
Karina Gallardo Solarte

Descripción de la investigación

En la actualidad, la enfermedad oncológica es percibida como la más amenazante por la población en general, hasta tres veces más que las enfermedades cardiovasculares. Más allá de las características físicas del cáncer, éste suele suponer un impacto severo en diversas áreas del paciente, como: social, económica, laboral, familiar y de pareja, que pueden y suelen resultar afectadas y/o desestabilizadas. De esta manera el Cáncer de Mama impacta en muchas esferas de la vida de las pacientes; en muchos casos, los efectos secundarios de algunos tratamientos, tornan imposible enfrentar de modo adecuado y productivo su vida diaria.

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo y es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1,67 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados en el año 2012 (25 % de todos los cánceres). Es el cáncer más frecuente en las mujeres de regiones menos desarrolladas con 883.000 casos. Las tasas de incidencia varían casi cuatro veces a través de las regiones del mundo, con tasas que van del 27 por cien mil en África y Asia Oriental a 92 por cien mil en América del Norte (Villarreal et al., 2015).

En Colombia el cáncer es un problema de salud pública en aumento, que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas imponiendo un reto para el sistema de salud. Según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer. (Ospina, Huertas, Montaña y Rivilas, 2015, p. 1).

Se reporta para Colombia una incidencia de 35,7 por 100.000 habitantes, con una prevalencia a 5 años de 32,6 %. Para los departamentos como Bolívar, Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Cundinamarca, Atlántico, Antioquia, San Andrés y Providencia hay un reporte alto de tasas de incidencia anuales ajustadas por edad que oscilan entre 32,6 a 54,8 (Instituto Nacional de Cancerología, 2015).

Lo anterior exige generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para promover los factores protectores, aumentar la detección temprana, reducir la discapacidad y mortalidad evitables, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, así como asegurar un desempeño costo- efectivo del sistema sanitario, (Ospina et al., 2015).

Ramírez Campos indicó que en países desarrollados, los avances en el tratamiento y en la instauración de programas organizados de tamizaje han influido en la tendencia al descenso de las cifras de mortalidad por este tipo de cáncer.

¹ Magíster en Enfermería, Universidad del Valle; Especialista en Docencia, Universitaria, Universidad de Nariño; Especialista en Enfermería Materno Perinatal, Universidad de Nariño - Universidad del Valle; Enfermera, Universidad Mariana. Docente, Universidad Marina. Correo electrónico: mpem71@hotmail.com

Modalidad Póster

Destacó que en el país se han realizado esfuerzos importantes por parte del Ministerio, entre ellos la adopción del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, el cual plantea intervenciones oportunas, certeras y coordinadas con la finalidad de reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad por esta enfermedad.

Según reportes del Ministerio de Salud, en Colombia el cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública, debido a que por su causa anualmente fallecen 2.649 mujeres. Las acciones desarrolladas por el Gobierno Nacional tienen como retos lograr y mantener hábitos de vida saludable para las mujeres y sus familias, alcanzar una cobertura mayor para la detección de la enfermedad en estadios tempranos y mejorar la oportunidad en la atención de las pacientes diagnosticadas. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014, s.p.).

Población objeto de la investigación

Estudio exploratorio, descriptivo, con una población de 492 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y sus parejas, pertenecientes a los departamentos de Nariño y Putumayo, y una muestra constituida por 150 parejas de los mencionados departamentos. Se utilizó el cuestionario sociodemográfico creado por Anderson (2004) de la Universidad Nacional de Colombia, contando con su respectivo aval para su utilización. El presente estudio contó con la aprobación de los Comités de Bioética de la Universidad Mariana y de la Institución Oncológica en la cual se realiza la investigación, además, se aplicó consentimiento informado a la pareja.

Resultados Parciales: Investigación en curso.

Referencias

Instituto Nacional de Cancerología-ESE. (2015). Magnitud de cáncer en el país-Incidencia estimada-departamento Bogotá. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/content/estadisticas>

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de octubre de 2014). Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia. *Boletín de Prensa 298*. Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>

Ospina, M., huertas, J., Montaña, J. y Rivilas, G. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a>

Villarreal, C., Platas, A., Bargalló, J., Lasa, F., Reynoso, N., Águila, C.,...Mohar, A. (2015). Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista Mexicana de mastología*, 5(1), 12-17.



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE LA SAPIENZIA

Mg. Myriam Erazo Martínez
PhD. Mildred Rosero Otero
Mg. Karina Gallardo Solarte

EL CÁNCER DE MAMA EN LA PAREJA

Introducción

En la actualidad la enfermedad oncológica es percibida como la más amenazante por la población general, hasta tres veces más que las enfermedades cardiovasculares. Más allá de las características físicas amenazantes del cáncer, éste suele suponer un impacto severo en diversas áreas del paciente como: social, económica, laboral, familiar y de pareja, que pueden y suelen resultar amenazadas y/o desestabilizadas.

De esta manera el Cáncer de Mama impacta en muchas esferas de la vida de las pacientes; en muchos casos, los efectos secundarios de algunos tratamientos, tornan imposible enfrentar de modo adecuado y productivo su vida diaria.

Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo y es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1,87 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados en el año 2012 (25% de todos los cánceres). Es el cáncer más frecuente en las mujeres de regiones menos desarrolladas con 883.000 casos. Las tasas de incidencia varían casi cuatro veces a través de las regiones del mundo, con tasas que van del 27 por 100.000 en África Medio y Asia Oriental a 92 en América del Norte.

Formulación del Problema.

¿Cuál es la experiencia de la pareja con cáncer de mama con respecto a: relación y calidad de vida, satisfacción marital, salud y depresión?

Objetivo general:

Analizar la experiencia de la pareja con cáncer de mama con respecto a: relación y calidad de vida, satisfacción marital, salud y depresión.



<http://bit.ly/2FnAkrC>



<http://bit.ly/2sLMMi3>

Método

Estudio exploratorio, descriptivo, con una población de 492 Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y sus parejas pertenecientes a los Departamentos de Nariño y Putumayo, y una muestra constituida por 150 parejas de los mencionados departamentos. Se utilizó el Cuestionario sociodemográfico creado por Anderson (2004) de la Universidad Nacional de Colombia, contando con su respectivo aval para su utilización. El presente estudio contó con la aprobación de los Comités de Bioética de la Universidad Mariana y de la Institución Oncológica en la cual se realiza la investigación y se aplicó consentimiento informado a la pareja.

Referencias Bibliográficas

Cynthia Villarreal-Garza, Alejandra Platas, Juan Enrique Bargalló-Rocha, Federico Lasa, Nancy Reynoso, Christian Águila-Mancera, Robin Shaw-Dulin, Claudia Arce-Salinas, Fernando Lara-Medina, Bertha Alejandra Martínez-Cannon, Alejandro Mohar-Betancourt. Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Enero-Abril, 2015 / Volumen 5, Número 1 / pp 12-17. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2015/ma151c.pdf>

Evaluación del estado nutricional de los adultos mayores pertenecientes al programa Colombia Mayor, del corregimiento de Bomboná, municipio de Consacá - Nariño, mediante la aplicación del Test Mini Nutritional Assessment (MNA), periodo 2016-2018

Diana Ceballos¹
Nathalia Rosero²
Mildred Rosero Otero³

La pirámide poblacional está cambiando a nivel mundial, y Colombia no es la excepción:

El aumento progresivo de la población colombiana, especialmente, el grupo de los adultos mayores, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social. En sólo un siglo el país pasó de 4'355.470 personas, a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6,3 % (2'612.508) es mayor de 65 años; el 54,6 % pertenece al sexo femenino y el 45,4 % de las personas mayores son hombres. El 75 % de la población en general, vive en las cabeceras municipales, a pesar de que en áreas rurales hay mayor tasa de fecundidad, lo cual se traduciría en un incremento natural de la población allí ubicada; pero el efecto es contrarrestado por las altas tasas de migración (...). Se espera que para el 2050 el total la población sea cercano a los 72 millones (...) y con más del 20 % de los pobladores por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura poblacional de forma rectangular. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f., pp. 1-2).

De forma particular, los Adultos Mayores del municipio de Consacá corresponden al 30,81 % del total de la población, de los cuales 15,8 % está en proceso de envejecimiento y 15 % en vejez. Por otra parte, "la desnutrición es un problema común en los adultos mayores, relacionada tanto con los cambios propios del envejecimiento como con otros factores de salud, sociales y económicos" (Giraldo, Paredes, Idarraga y Aguirre, 2017, p. 39), los cuales pueden afectar su estado de salud y pueden aumentar el grado de malnutrición, que puede ser, por deficiencia: desnutrición; o por exceso: sobrepeso y obesidad, lo cual, es considerado como un síndrome geriátrico.

¹ Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: dianaceballosm@gmail.com

² Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: roseronat52@gmail.com

³ Doctora en Enfermería, Universidad Andrés Bello de Santiago de Chile. Asesora de la investigación. Correo electrónico: roseronat52@gmail.com

Modalidad Póster

El estado nutricional de esta parte de la población está relacionado con el propio proceso de envejecimiento, el cual está influenciado por el estado nutricional mantenido a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias y coexisten enfermedades crónicas y agudas. Asimismo, el estado nutricional del anciano se relaciona con el deterioro de sus capacidades funcionales, con una habitual polimedicación y con la situación socioeconómica en que se encuentra. Schneider. (como se citó en Bernal, Vizmanos y Celis, 2008, p. 44).

El Bienestar Familiar (2009) en la Encuesta Nacional de Nutrición 2010, en la cual se evaluaron a 117.205 personas entre 0 y 64 años, evidenció: i) mayor déficit nutricional en niveles bajos de SISBÉN y en áreas rurales; ii) anemia y déficit ferropénico en todos los grupos evaluados; iii) dieta desbalanceada con mayor consumo de carbohidratos; iv) bajo consumo de frutas y verduras e insuficiente actividad física en todas las edades; adicionalmente se encontró mayor porcentaje de sobrepeso y de obesidad en el sexo femenino. Sin embargo, es importante anotar que esos datos no son extrapolables a los adultos mayores, pues la valoración nutricional en este grupo, especialmente en los más viejos, requiere medidas antropométricas diferentes, así como la elaboración de instrumentos específicos.

Dentro del contexto regional y local existen problemáticas que están asociadas con un deficiente acceso a servicios de salud, el aumento de riesgo de enfermedades propias de la edad, la desnutrición, discriminación social, económica y familiar, bajo nivel de vida e insuficientes ingresos, escasa participación política, económica y social, bajos recursos económicos de sus familias, desprotección y/o abandono por parte de la familia y la institucionalidad, baja cobertura en programas nacionales, subvaloración del adulto mayor por parte de la sociedad y la familia, incremento de enfermedades crónicas no trasmisibles y la ausencia de una política pública territorial que permita articular acciones a favor de esta población (Bienestar Familiar, 2009).

Respecto al diagnóstico del Plan de Desarrollo Municipal, en el municipio de Consacá, del departamento de Nariño, Colombia (2016), se presentan deficiencias en los adultos mayores en cuanto a patologías adyacentes, entre las cuales se encuentran: anemia, insuficiencia intestinal, deterioro físico y cognitivo, pero lo más preocupante es que se evidencia niveles de desnutrición relacionados a un bajo peso con un índice (IMC), esto preocupa y llama la atención de las entidades responsables de garantizar los derechos de esta parte importante de la población, ya que el aumento de enfermedades abarca un mayor encadenamiento de síntomas que afectan a la salud, no solo del adulto mayor si no de sus cuidadores, lo que hace que haya mayor responsabilidad por parte de ellos, esto puede provocar cansancio por parte del cuidador y empeorar el estado de salud del adulto mayor.

Por lo anterior, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores pertenecientes al programa Colombia Mayor del corregimiento de Bombona, municipio de Consacá – Nariño, una vez aplicado el test Mini Nutritional Assessment (MNA), periodo 2016-2018?

El objetivo del estudio fue: Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores pertenecientes al programa Colombia mayor, del corregimiento de Bomboná, municipio de Consacá - Nariño, mediante la aplicación del test Mini Nutritional Assessment (MNA), periodo 2016-2018.

Descripción de la población objeto de la investigación

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal; diseñado para describir y cuantificar el estado nutricional, valorado a través del Test Mini Nutritional Assessment (MNA) y el comportamiento de variables socio-demográficas de los adultos mayores que hacen parte del programa Colombia Mayor, que residen en el corregimiento de Bombona, municipio de Consacá (Nariño), durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018.

La población objeto de estudio está ubicada en el corregimiento de Bombona, jurisdicción del municipio de Consacá, en el departamento de Nariño. Teniendo en cuenta los datos suministrados por la Oficina del SISBEN de la Alcaldía Municipal, en Bombona habitan 222 adultos mayores, de los cuales 169 están incluidos en el programa social Colombia Mayor y 53 no hacen parte de dicho programa.

Considerando las características de la investigación es preciso plantear la muestra respecto a la población objeto de estudio, ya que para poder clasificar los resultados de los niveles de nutrición de los adultos mayores es necesario trabajar al grupo que reciben algún tipo de beneficio por parte de programa Colombia Mayor; de esta manera la muestra es de 146 adultos mayores.

Resultados Parciales

El rango de edad que predominó en los adultos mayores del municipio de Consacá, corregimiento de Bomboná fue de 76 a 80 años; el género que predominó fue el masculino con un 53 %, mientras que el género femenino tuvo un porcentaje de 47 %.

En el estado nutricional se pudo evidenciar, después de aplicar el MNA, que los adultos mayores en riesgo de malnutrición, está representado con un porcentaje del 52 %, en estado nutricional normal se encuentra el 31 % de los adultos mayores y en malnutrición el 10 %.

Referencias

- Alcaldía Municipal de Consaca – Nariño. (2016) Plan de desarrollo territorial periodo 2016-2019. Somos más, unid@s por un mejor Consacá. Recuperado de http://alcaldiaconsacacanarino.micolombiadigital.gov.co/sites/alcaldiaconsacacanarino/content/files/000063/3122_pdm-2016--2019-consaca.pdf
- Bernal, M., Vizmanos, B. y Celis, A. (2008). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropolo*, 16, 43-55.
- Bienestar Familiar. (2009). Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>.

Giraldo, N., Paredes, Y., Idarraga, Y. y Aguirre, D. (2017). Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia: Un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 21(1), 39-48. doi: org/10.14306/renhyd.21.1.288

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

Schneider, M. (2006). *Introduction to the public health* (2^{da}. ed.) Ontario: Jones and Bartlett.



EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES AL PROGRAMA COLOMBIA MAYOR, DEL CORREGIMIENTO DE BOMBONA, MUNICIPIO DE CONSACÁ - NARIÑO, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA), PERIODO 2016-2018.

Autoras: Diana Marisol Ceballos Malua
Nathalia Rosero Rodríguez
Asesora: Ph. Mildred Rosero Otero

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Debido al proceso de envejecimiento que se presenta en la población adulto mayor cabe destacar que hay problemas nutricionales relacionados tanto con los cambios propios del envejecimiento como con otros factores de salud, sociales y económicos. Los cuales pueden afectar su estado de salud, y pueden aumentar el grado de malnutrición, la cual por deficiencia: desnutrición; o por exceso: sobrepeso y obesidad, es considerada como un síndrome geriátrico.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional de los adultos mayores pertenecientes al programa Colombia mayor, del Corregimiento de Bomboná, Municipio de Consacá -Nariño, mediante la aplicación del test Mini Nutritional Assessment (MNA), Periodo 2016-2018. Con el fin de diseñar un programa de educativo, fomentando el autocuidado en cuanto a la alimentación y estilos de vida saludable, para mejorar la calidad de vida de esta población estudio de adultos mayores

JUSTIFICACIÓN

La tendencia demográfica durante los últimos años en el municipio de Consacá se ha incrementado considerablemente con respecto a la población adulta, actualmente los adultos mayores representan el 30% de la población total, por otro lado no hay estudios que reporten datos oficiales sobre el estado nutricional de las personas de la tercera edad, se considera además que esta parte de la población presenta problemáticas de índole social y nutricional

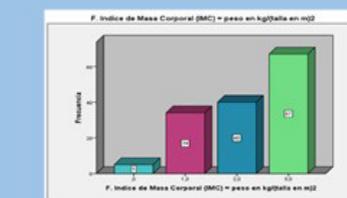
METODOLOGÍA

La característica del problema de investigación permite ubicarlo dentro del paradigma cuantitativo. El enfoque que se utilizará se determina como empírico-analítico. La presente investigación se enmarca dentro de un estudio de tipo descriptivo, y de corte transversal. En Bombona habitan 222 adultos mayores de los cuales 169 están incluidos en el programa social Colombia Mayor. La muestra se realizó con 146 de los adultos mayores del programa.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Índice	Presencia	Porcentaje	Índice	Presencia	Porcentaje
0	0	0,0	2	2,0	1,4
1	5	3,4	3	20,5	14,1
2	10	6,8	4	27,4	18,8
3	13	8,9	5	34,3	23,5
Total	28	19,2	10	68,5	46,8
Porcentaje	1	7,1	3	20,5	14,1
Total	146	100,0	146	100,0	100,0



RESULTADOS

En el trabajo de investigación se obtiene como resultados que la población Adulto Mayor del corregimiento de Bombona que pertenece al Programa Colombia Mayor, presenta riesgo de malnutrición, tanto por exceso como por defecto, de tal forma se busca implementar una propuesta educativa para mejorar el estilo de vida saludable en esta población.

BIBLIOGRAFIA

PARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA DANE. Censo 1905 y 2005.
GIRALDO Nubia, PAREDES Yenni, IDAGARRA Yelithza, AGUIRRE Daniel. Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia: Un estudio transversal. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2017.
REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019. 2007.



adultos+mayores+consaca&t bm=isch&source



Editorial
UNIMAR

Universidad Mariana
Calle 18 No. 34-104 San Juan de Pasto
<http://www.umariana.edu.co/EditorialUnimar/>