



Ciencia y Cuidado

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander

ISSN 1794-9831
Volumen 6
Número 1
Enero-Diciembre 2009



Revista **Ciencia y Cuidado**

Volumen 6 / Número 1 / Enero-Diciembre 2009 - ISSN 1794-9831

RECTOR:

HÉCTOR MIGUEL PARRA LÓPEZ

DECANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD:

LUZ MARINA BAUTISTA RODRIGUEZ

DIRECTORA PROGRAMA DE ENFERMERÍA:

GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA

DIRECTOR GENERAL:

LUZ MARINA BAUTISTA RODRÍGUEZ

COMITÉ EDITORIAL:

Enf. Mgs. Dianne Sofía González Escobar – U.F.P.S
Enf. Mgs. Maria Mercedes Ramírez Ordóñez – U.F.P.S
Enf. Mgs. Maribel Trujillo – ESE Hospital Local Pamplona
Md. Especialista Carlos Humberto Mora – ESE Hospital
Universitario Erasmo Meoz

COMITÉ CIENTÍFICO:

Enf. Mgs. Olga Marina Vega Angarita – U.F.P.S
Enf. Mgs. Gloria Esperanza Zambrano Plata – U.F.P.S
Enf. Mgs. Nohema Godoy Godoy – COOMEVA
Md. Especialista Mauricio Sarrázola
Universidad de Pamplona

EDITOR:

CÓDIGO PUBLICIDAD

Calle 10 No. 1-59 Oficina 201 - Tel: 5726310 – Cúcuta

Diseño y Diagramación: Orlando Villamizar

CORRECTOR DE ESTILO:

Lic. y Especialista Mónica Jurgensen Rangel

FOTO PORTADA:

Estudiantes y Docentes Programa de Enfermería

Revista Ciencia y Cuidado se publica anualmente por la Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander,
Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrio Colsag
Teléfono: 5753364, email: revcyc@motilon.ufps.edu.co

PARES EVALUADORES EXTERNOS

RUTH ADRIANA CASTELLANOS PAIPA

Psicóloga, Especialista en Docencia Universitaria
Docente UFPS

NESTOR ARISTIZABAL ALZATE

Psicólogo
Docente Titular
Docente Investigador Universidad Antonio Nariño

GLADYS SANCHEZ VILLAMIZAR

Enfermera
Docente Universidad de Pamplona

DORIS BEATRIZ OTERO HERNANDEZ

Enfermera
Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria y Renal
Especialista en Gestión y Desarrollo de Proyectos de Investigación
Docente Universidad Francisco de Paula Santander

LIGIA TERESA MORA DELGADO

Enfermera
Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud
Directora programas de salud a distancia

ROSA MARÍA ANDRADE

Enfermera
Especialista en Practicas Pedagógicas
Especialista en Docencia Universitaria
Coordinadora practicas programas salud a distancia

GLADYS MORA LEAL

Bacterióloga
Especialista Gestión Aplicada a los Servicios de Salud
Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud
Profesional Especializada en Salud Pública,
Laboratorio Departamental de Salud, IDS

GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

Enfermera
Especialista en Servicios de Salud
Especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud
Asesora de Planeación ESE Hospital Universitario
Erasmó Meoz

CLAUDIA ELIZABETH TOLOZA MARTINEZ

Psicóloga
Especialista en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social
Docente UFPS

DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

Enfermera
Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud del paciente crónico
Magíster en Educación de Adultos
Docente UFPS

OLGA MARINA VEGA ANGARITA

Enfermera
Especialista en enfermería medico quirúrgica con énfasis en Neuro
Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud del Paciente Crónico
Docente UFPS

ALIX BOHORQUEZ DE FIGUEROA

Docente Jubilada UFPS
Magíster en Salud Pública

DEISY ASTRID MACHUCCA ALBARRACIN

Enfermera
Especialista Gerencia en Servicios de Salud
Docentes Escuela Auxiliar de Enfermería

SUMARIO

Editorial	7
Sección Investigación	
La Enfermera Comunitaria focaliza la resiliencia del escolar ante la violencia para el fomento de la salud escolar y familiar	9
Nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía	19
Afrontamiento de las familias ante las consecuencias generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico	26
Calidad de atención y relaciones familiares en la asistencia a los controles del servicio de consulta externa	32
Conocimientos y registros clínicos en el paciente con trauma craneoencefálico	38
Practica de cuidado de los pacientes que conviven con VIH/SIDA desde la perspectiva de sus valores y creencias	44
Otras Secciones	
Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica	51
El cuidado de los adultos mayores en la perspectiva de la educación en Enfermería	63
Construcción, evolución y evaluación de la teoría	70
Sección Información de la Facultad	
III Congreso Colombo-Venezolano y I Internacional de Salud Pública	76
II Encuentro Internacional de Cuidado	89
Normas de publicación Revista Ciencia y Cuidado	81

EDITORIAL

La organización como paso fundamental del proceso administrativo favorece el establecimiento de las relaciones entre los elementos del sistema para un fin designado y la forma de llevar a cabo lo que se quiere conseguir.

Ante la existencia de cambios permanentes en el sector salud, enfermería como profesión del área de la salud requiere utilizar los elementos de la organización para proponer nuevas formas de organizarse que muestren el aporte de la profesión en la atención en salud.

La organización como función administrativa se refiere al acto de disponer de recursos humanos y materiales para que en conjunto y bajo un ordenamiento contribuyan en la consecución de objetivos.¹ En otras palabras es la forma que asume toda agrupación humana para lograr un propósito mediante la definición, agrupación y asignación de actividades y funciones necesarias para alcanzar las metas de la empresa.

El propósito de la organización en enfermería se orienta a combinar o relacionar a individuos o grupos que deben realizar una serie de acciones, garantizar los medios necesarios para la ejecución de las actividades de forma que el trabajo se realice de manera consciente, racional y coordinada logrando asegurar los fines propuestos en la planificación de la institución de la cual hace parte.²

Su importancia radica en establecer relaciones funcionales de dirección y los niveles de responsabilidad del talento humano en este caso de enfermería. En este orden de ideas la organización permite de acuerdo a la magnitud de la empresa, recursos, objetivos y producción estructurar sus partes definiendo la composición, jerarquía, función, niveles de autoridad y de responsabilidad; lo cual se verá reflejado formalmente en la manera como se toman las

decisiones, se establecen vías de comunicación y se coordinan esfuerzos para lograr lo propuesto.

Durante los últimos años, que son ya decenios, la economía y la gestión plantea como una sombra sobre los profesionales de la salud; especialmente en enfermería por desconocimiento de lo que produce, el “producto” o “valor agregado” de la actividad de enfermería está todavía mal definido y es mucho más difícil de cuantificar y de valorar que la producción hospitalaria, seguramente debido a múltiples causas, entre las que se destacan:

- a. Se ha dedicado muy poco esfuerzo a la definición y estandarización de la producción del cuidado de enfermería
- b. Una parte de la actividad de enfermería se dedica a la “producción conjunta” de atención al paciente, inseparable de la actividad del médico y del resto del equipo interdisciplinario.
- c. Los resultados son menos tangibles, están más dirigidos a mejorar la calidad de vida y el bienestar anímico del paciente, que es subjetivo, que a productos medibles con indicadores objetivos a corto plazo.³

Con este contexto teórico del significado de producción en enfermería, es relevante destacar que la propuesta de organización para la producción de enfermería en Colombia⁴ se constituye en la mejor

¹ BARQUIN C, Manuel. Administración en enfermería. Mac Graw Hill. Mexico.1995. pág. 13.

² Administración en servicios de enfermería. Salamanca-España. 1999. Pág. 27

³ GONZALEZ LOPEZ, Beatriz. Fundamentos económicos sanitarios de la atención que presta enfermería. IV congreso nacional de enfermería. España. 2002.

⁴ PEÑA RIVEROS, Beatriz y VEGA VEGA, Yolanda. Lineamientos para un proyecto de organización de enfermería orientada hacia la producción. Una propuesta desde la academia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogotá. 2001.

alternativa para que los profesionales de enfermería demuestren que la profesión debe ser reconocida y valorada por la contribución y producción que genera en la atención en salud lo cual se ve reflejado en el desarrollo de procesos, procedimientos o actividades que implican costos para el servicio o la institución.

En este sentido la propuesta planteada esta contextualizada para que el profesional de enfermería según lo planteado en la Ley 266/96 pueda asegurar brindar un cuidado de enfermería con calidad científica, técnica, social, humana y ética.

El tipo de organización planteada es importante implementarla en primera instancia porque fundamenta los roles básicos y funcionales del profesional de enfermería, haciendo más dinámico, amplio y significativo el ejercicio profesional,⁵ permitiendo estructurar y visionar en cada institución de salud el ser y hacer de enfermería.

En segunda instancia porque propicia la calidad en la práctica profesional, mediante la creación y el establecimiento de estándares e indicadores que permitan realizar comparaciones y establecer niveles de cumplimiento o no.

Así mismo fortalece la necesidad de realizar investigación basada en la evidencia lo cual favorece la construcción de un cuerpo de conocimientos científicos, que deben ser probados y mejorados para ser aplicados favoreciendo la mejora de los cuidados que se brindan. De igual manera, plantea la necesidad desde lo administrativo de contar con manuales y protocolos que orienten asertivamente el desempeño profesional, y los cuales sólo surgirán mediante la participación activa y la relevancia que se dé al iniciar procesos de investigación.

En tercera instancia motiva a generar una cultura de calidad del día a día, fundamentada en cómo lo hago, y que aspectos establecen la diferencia, de esta manera se generara un valor agregado, una cultura de servicio, el mejoramiento continuo de los procesos y un estilo

diferencial de los cuidados realizados y ofertados por enfermería.⁶

En cuarta instancia favorece el establecimiento de un sistema de evaluación del desempeño que permita conocer y valorar el comportamiento laboral del personal durante un periodo dado, precisando tanto los objetivos y las metas para cada actividad, así como un programa que permita dar seguimiento, retroalimentar y medir el desempeño del personal.

En quinta instancia permite promover la sistematización de la información de tal manera que se pueda sistematizar la atención y administración del cuidado de enfermería, lo cual facilitara la planeación y evaluación.

⁵ PEÑA, Beatriz. Aproximación al Ethos de enfermería desde la generación del cuidado. Bogotá. 2003. Pág. 5

⁶ COSTA. Joan. Imagen corporativa en el siglo XX, el nuevo paradigma. I Congreso Iberoamericano de Comunicación Estratégica. Venezuela, 22-23 Noviembre de 2001.

SECCIÓN INVESTIGACIÓN

La Enfermera Comunitaria focaliza la resiliencia del escolar ante la violencia para el fomento de la salud escolar y familiar

The community nurse's school focuses
Resilience to violence to promote school health and family

Marina Sánchez Sanabria,*
Mariemma Socarras Vega y Francia Esther Herrera Salazar.
Naylim Zulieth Brito Baquero, Josiris Beatriz Salcedo Rodríguez
Jessica Viviana Villalobos Armenta

Resumen

La misión educativa institucional es cada vez mas imposible de lograr ante los problemas de violencia intrafamiliar y escolar, situación que es retomada por el grupo de investigación Control de Calidad de los Procesos en Salud para promover el entorno cultural saludable en la promoción de la Resiliencia que incida en la adopción de comportamientos saludables y prósperos.

El estudio se realizó en una escuela de la comuna cinco de Valledupar-Colombia. Es una investigación cualitativa etnográfica con diseño de "Grupo Focal," para analizar todo el contexto del escolar afectado en las áreas social, afectiva y personal permitiendo develar el dignificado de la Resiliencia

El rol de enfermería comunitaria debe favorecer el desarrollo de la capacidad humana del niño que vive en violencia continua para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por las experiencias de adversidad" (Grotberg, 1995), como tema central del presente estudio, precisando posibles mecanismos que apuntaron al desarrollo de la autonomía para su autocuidado y adaptación de la disciplina, la mediación, la competencia social, entre las más relevantes, favorece la funcionalidad del hogar, entornos saludables y escuela saludable por parte de un equipo transdisciplinar.

Palabras Claves:

Competencia cultural, enfermería comunitaria.

* Enfermera. Docentes Titular Universidad Popular del Cesar, Grupo de investigación: Control de Calidad de los Procesos en Salud, semilleros de investigación enfermeras egresadas.macris01co@hotmail.com
Recibido: 12 septiembre/08 - Aceptado: 6 Febrero/09

Summary - Abstract

The institutional educational mission is increasingly impossible to obtain in the presence of domestic and scholars violence, this situation is taken up by the investigation group 'Quality Control in Process Health' to promote a healthy cultural environment in the promotion of resilience that affects in the adoption of healthy and prosperous behaviors.

The study was conducted in a school in the district five of Valledupar, Colombia. It is an ethnographic qualitative research design focus groups to analyze the whole context of the affected school in the social, emotional and personal unveil the dignified allowing the Resilience

"The infirm role in the community must benefit the development of human capacity of children living in continues violence to confront, overcome themselves and be strengthened or transformed by experiences of adversity" (Grotberg, 1995), as a central subject of this study, determining precisely possible mechanisms that to pointed up the development of autonomy for them-care and adaptation for discipline, mediation, social competence, between the most important, favoring the home functionality, environment and school healthiest by a trans-disciplinary team.

Keywords

Cultural competence, community nursing.

Introducción

En el departamento del Cesar en el año 2004 se presentaron 9.847 casos de violencia intrafamiliar de los cuales 1430 casos se registraron en Valledupar, han sido valiosos los esfuerzos que el sistema de salud lidera en los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con las estrategias de salud familiar y escolar para fortalecer los conocimientos del autocuidado para que sean cuidadores de sus generaciones futuras pero infructuosos en la medida que además de persistir en los mismos afectados, surgen nuevos casos como fenómeno socio epidemiológico.

En este aspecto, pareciera que los programas de salud comunitaria no son lo suficientemente efectivos, una vez siendo observado durante las prácticas académicas en enfermería en salud pública que se viene realizando en escuelas de la comuna cinco de Valledupar desde hace quince años, puesto que en los procesos comportamentales del niño han estado influenciados por los modelos prevalentes en el ambiente familiar y escolar presenciando sucesos de agresión física y verbal y éste a su vez, termina copiando tales modelos, sometido en ocasiones a castigos por sus mismos docentes debido a su deficiente rendimiento y comportamiento escolar, convirtiendo la relación con sus compañeros en un sin número de sucesos violentos que desembocan en una actitud de rechazo y albergando sentimientos de egoísmo, intolerancia, rencor y proyectando una imagen negativa hacia su entorno, mas cuando los padres desesperados por su comportamiento, lo critican, lo reprenden, lo castigan, sin darse cuenta de su responsabilidad generando más violencia creyendo que la solución está en los golpes y en el maltrato.

Sin duda como lo afirma Abramovay (2005) "la violencia, hoy en día, es uno de los factores que más peso tiene en la baja calidad de la enseñanza. A partir de tal premisa, todos víctimas, de una u otra forma, nuestras vidas cotidianas se ven alteradas por escuelas que las circunstancias han convertido, en casos

extremos, en verdaderos campos de batalla. Por ese motivo, es del todo necesario fijar la atención en las experiencias que tienen la capacidad de estimular la promoción de nuevas formas de cambio y de transformación global"¹.

Se debe retomar las competencias culturales en enfermería comunitaria y potencializar los comportamientos benéficos de los escolares como fortalezas y oportunidades para reorientar los caminos de la vida cotidiana de los seres que hoy serán el futuro de nuevas generaciones.

En la investigación se quiere prestar atención a cómo se construye la convivencia y a cómo, una vez consolidada dado por la capacidad de resiliencia del escolar para que la enfermería reoriente las competencias culturales formativas para el desempeño de la salud individual y colectiva a nivel comunitario.

Materiales y Métodos

La metodología aplicada es cualitativa fenomenológica, para comprender el significado de las vivencias en las relaciones familiares y aprendizajes caracterizando la resiliencia que adopta los informantes en su cotidianidad para adaptarse a su entorno y poder sobrevivir.

Contempló el diseño de grupo focal conformado por el cuidador primario (profesor, padre o madre, amigos o vecinos).

Analizando todas las posibilidades de fuentes de información tanto en tipo de personas y tipo de datos; la configuración final fue a través de proceso de investigación con estrategias metodológicas que permitieron comprender las vivencias y aprendizajes que cada sujeto de estudio adopta para la

¹ Abramovay Miriam. Violencia en las escuelas: un gran desafío. Revista iberoamericana de educación. n.º 38 (2005), pp. 53-66

identificación de una realidad social y cognitiva dentro de sus relaciones interpersonales.

Las estrategias de recolección de datos están sujetas a las características de los participantes, al grado de familiaridad con la realidad analizada y al nivel de madurez del proceso investigativo.

La población correspondió a estudiantes maltratados de una institución educativa de la Comuna Cinco de Valledupar Colombia en la jornada de la mañana de básica primaria; la selección de los mismos como participantes del estudio fue acordado por la oficina de psicoorientación, debido que es el sitio más confiable donde poseen los datos de los estudiantes con problemas familiares o de comportamiento.

Características de los sujetos de investigación. Se seleccionaron siete (7) niños, estudiantes de dicha institución como participantes, de los cuáles se retiró uno de la investigación quedando seis (6) estudiantes, así: 4 estudiantes de quinto grado y 2 estudiantes de cuarto grado. Clasificados en el nivel de rendimiento académico bajo.

Los Criterios de selección fueron: Fácil acceso a la vivienda, ser estudiante activo, cursando los grados cuarto y quinto de básica primaria, sin ningún lazo o parentesco con las investigadoras, con disposición, capacidad de expresión y confianza, contando con la autorización por escrito de los padres o cuidadores (consentimiento informado).

La credibilidad del proceso de la investigación se logró cuando a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recopiló información detallada y confrontada con los mismos participantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

Las preguntas de investigación que abordaron el estudio giraron en torno a: Cómo son las relaciones en la familia?, en la escuela?, con los docentes?, con los amigos? Cómo es el comportamiento en el ámbito

externo a la escuela?, Cómo es el comportamiento frente a las dificultades que se les presentan?, Qué sentimientos experimenta el docente en su labor con los estudiantes?, Cómo se expresa la afectividad del docente con sus estudiantes en el contexto del acto educativo?, Qué recursos utiliza el docente para fortalecer el vínculo afectivo con sus estudiantes?, Que opinión tiene el docente de los estudiantes participantes?, Cómo es el comportamiento de los estudiantes participantes en su proceso de aprendizaje?, En la relación con sus docentes?, En la relación con sus compañeros de curso?, En el ámbito académico?

Las áreas de desempeño a estudiar y sus categorías: Área personal: Hace referencia a los aspectos de crecimiento y desarrollo de la personalidad del estudiante, expresados en: identificación de cada grupo focal; valoración del estudiante; satisfacción por el lugar de estudio; desempeño del estudiante en la vida familiar y académica. Valores que se reflejan en un poder personal como su proyección, autorregulación, comunicación, toma de decisiones y solución de problemas en todas las áreas de crecimiento y de su desarrollo. Área social: Es el desempeño del estudiante en su entorno y viceversa (compañeros, profesores y familia), valorados en: desempeño en la vida familiar, influencia de la relación de los padres, de amigos, de familia, de sus docentes en la vida académica del estudiante. Aspectos que son de vital importancia para su salud mental y necesaria para su desarrollo integral. Área afectiva: Es la expresión dada por el estudiante en términos de satisfacción, proyección influencias que recibe el alumno por parte de familia, amigos, profesores y que influye en su vida académica; manifestadas en gran parte en su autoestima, seguridad y emociones del estudiante y su entorno.

La investigación se realizó durante 13 meses, de Agosto de 2007 a Septiembre de 2008; desarrollándose en las siguientes fases: 1ª Fase: Basada en la interacción investigador-sujeto de investigación, en este proceso se obtuvo información sobre aspectos de la vida

personal, familiar y social. 2ª Fase: En esta fase se obtuvo información de los cuidadores relacionadas con el comportamiento del menor en el hogar 3ª Fase: En esta fase se obtiene información de los amigos del menor. 4ª Fase: Consiste en la organización y categorización de la apropiación de la información. Una vez que se recolecta la información cada una de las investigadoras, revisó y depuró la información obtenida de los grupos focal, realizando la respectiva codificación, análisis y síntesis, develando dimensiones en las respectivas áreas de desempeño: personal, social y afectiva.

Se adoptaron los presupuestos de la teoría fundamentada para argumentar el manejo y análisis de la investigación. Por cada entrevista realizada, se ejecutó inmediatamente su análisis: categorizando respuestas y conclusiones; construyéndose memorando y diagramación y con comparaciones. Para la continuidad del proceso de recolección de datos y para la construcción teórica. Posteriormente se estableció la discusión que permitió elaborar las conclusiones respectivas.

El proceso de validación se fue desarrollando en la medida que se realizaba la investigación, según los criterios dados por Jonson B. (1997): descriptiva, interpretativa y teórica: validez descriptiva se evidencia a través de la respectiva codificación, categorización para darle una organización a la información. La validez interpretativa se obtiene en la medida en que los puntos de vista, los pensamientos, las intenciones y las experiencias son comprendidos y reportados por las investigadoras, haciendo continua reflexión a través del análisis e interpretación de los significados o propiedades develadas y validez teórica se obtuvo mediante la conceptualización inductiva en la medida en que se contrastaban las premisas y conceptualizaciones derivadas de los datos, con las teorías utilizadas para la investigación como base teórica de comparación.

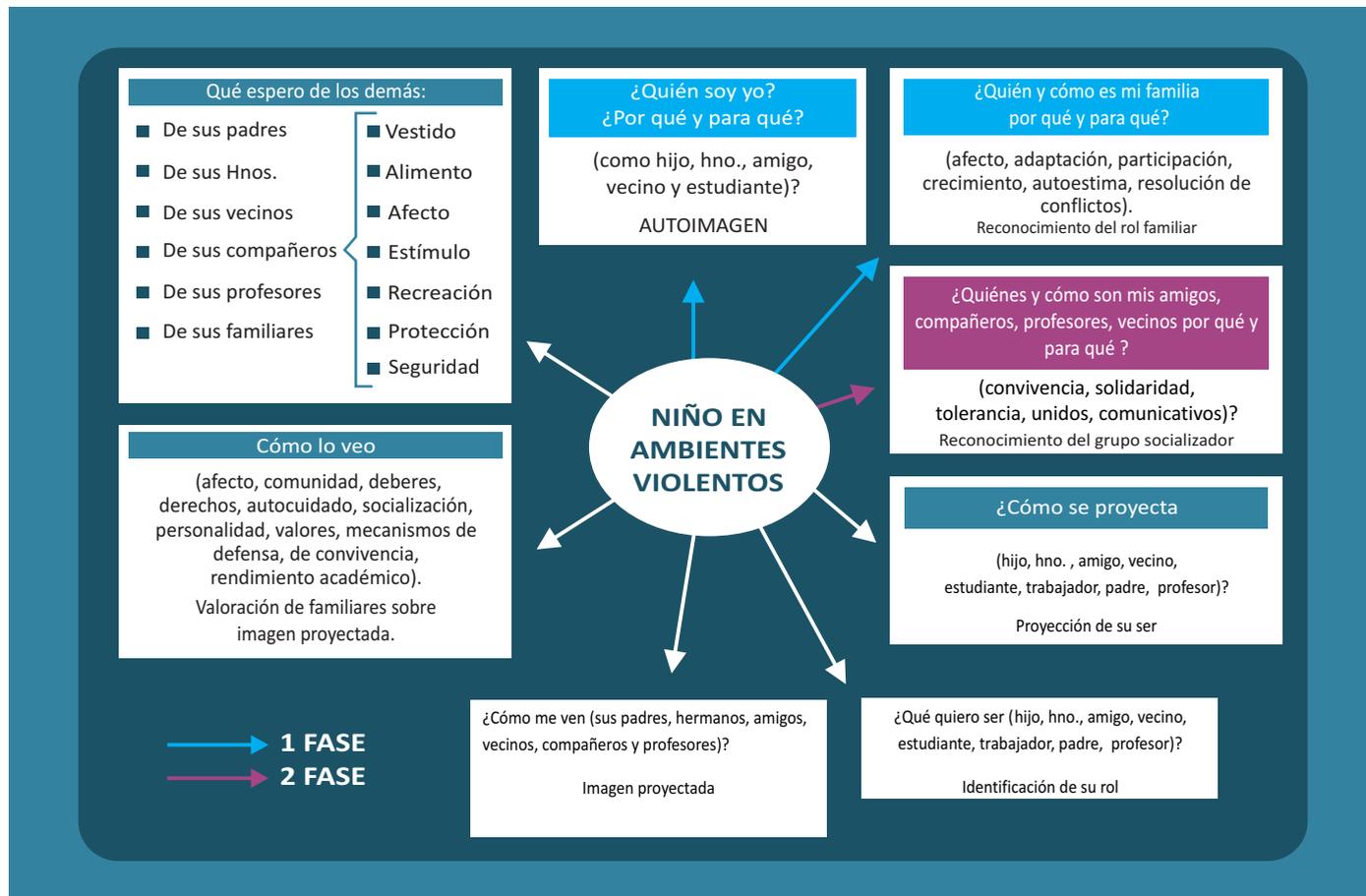
Se organizó y analizó la información por grupo focal teniendo en cuenta que lo puede formar el cuidador

primario que es adulto mayor que cuida, forma y adiestra, es decir sus padres, tíos o profesores y los amigos.

El análisis comparativo y reflexivo de los resultados facilitó la interpretación para establecer grandes dimensiones e indicadores de estudio: auto imagen, identificación de su rol, Reconocimiento del grupo socializador y familiar, Proyección de su ser, identificación de su rol, imagen proyectada, Valoración de los seres cuidadores primarios, seguridad y protección (ver diagrama matriz). La teoría fundamentada sirvió para orientar el proceso de análisis con algunas modificaciones empleadas por Huberman (1998) y por Coffey y Atkinson (2003) en el proceso de codificación.²

² Coffey, A. Atkinson, P. (2003) *Encontrar el Sentido a los Datos Cualitativos. Estrategias Complementarias de Investigación*. Colombia. Editora Universidad de Antioquia

Cuadro 1: Diagrama matriz de las dimensiones develadas. 2008. Valledupar-Colombia



Resultados

En el primer paso de la codificación se encontraron propiedades más convergentes en cada categoría matricial. A continuación se presenta las dimensiones y expresiones develadas más relevantes:

En algunas dimensiones no se devela aportes significativos dados por los amigos o por los seres cuidadores primarios

Se confunden sentimientos de amor, de odio, de no saber qué es lo que se siente:

Escolar:

“Mi mamá dijo: y que no le dé comida a él, y ayer en la noche iban a comprar el desayuno, compraron 500 de guineo y yo fui a una tienda que venden caro y por 500 pesos me dieron cuatro guineos y ella

dijo y que no me le den comida y yo no desayuné.”

“Hay una vecina que se llama Luz Marina, que vive al lado, y ella... yo juego con el hijito de ella... y ella ayer me llamó que me iba a dar comida, como yo no había almorzado, pero yo le dije que no... porque me daba pena”

“quiero que mi mamá cambiara, “que sea buena”

te voy a pegar 2 correazos por haberme dicho mentira”

Ser Cuidador:

“Me preocupa por las consecuencias que puede tener dichas amistades “Vino con el otro niño por allá, que ese pelaito tiene malas costumbres y se cogieron una cartera cuando yo llegué, se le pegó el pelao atrás y le botaron hasta unos papeles que tenía ahí y vino el pelao que le pagara una plata que tenía en la cartera...” “A veces yo voy al colegio y allá lo encuentro, a donde está Breiner, peleando, dándose puños, todo, con los pelaitos del colegio. Me dice el profesor que el siempre para así peleando”

Amigos: “es una persona muy solidaria” “cuando alguien no tiene las cosas que él tiene, él se las presta”

Los castigos se encuentran ligados a la valoración de la economía familiar, donde son sometidos además del maltrato físico inequívoco, a períodos de hambre. La falta de afecto, de comprensión, de confianza, de colaboración son las principales carencias experimentadas que llevan a que el menor se comporte inadecuadamente ante su entorno social, sin comentar su vida, sus problemas o su cotidianidad porque ve y siente la vida pesada.

Tienden a copiar los modelos:

Escolar:

“Mi grupo de amigos es Luís Daniel con él me gusta jugar y yo soy el que manda”

“Jugar ayudarlos en lo que necesitan cuando tienen problemas”
“Usted tiene que salir adelante porque sino como me vas a ayudar a mí más adelante”

Ser Cuidador:

“El problema es de casa, es muy difícil hablarles porque ya le quieren a uno refutar...asi como hacen en su casa”

“Entre ellos se cubren y uno termina corrigiendo y escuchando problemas y no doy la clase...”

“Hay unos que vienen con el almuerzo de ayer, y...el hambre los duerme en clase o se ponen a rabiar o a robarle al otro para comer por la misma hambre, que se puede hacer ahí, ah?..”

Los tipos de conductas agresivas, acciones, palabras, gestos, son asimilados a la vida cotidiana. En el aprendizaje de conductas, la observación de un modelo es un elemento facilitador poderoso. Los patrones de conducta parecen interiorizarse a través de la identificación con un modelo, que le parezca ser indirectamente “de protección”, tornándolos rebelde, desobediente, indisciplinado, agresivo, acto que reconoce el escolar no ser adecuado, características que lo definen o llevándolo a la fragilidad y distorsión de su personalidad y carácter”.

Como plantea Bandura (1971) considera que el

modelado se ha venido reconociendo como uno de los medios más poderosos de transmisión de valores actitudes y patrones de pensamiento y de conducta. Es lógico pensar que los niños al observar modelos agresivos y atender a ellos con consecuencias placenteras responderán fácilmente a estímulos antisociales y así tendrán cada vez más oportunidades de aprender formas de comportarse socialmente inaceptables.

Es necesario que la comunidad académica sinergien sus estrategias formativas proactivamente y se precise mancomunadamente que se espera formar en cada hijo, es una tarea difícil, lenta pero más vale formar para la vida que hacer computadoras de conocimiento débil.

Se distorsionan los roles paternos en los procesos de crianza por ser indiferentes, irresponsables, adictos y violentos contra los miembros de su familia:

Escolar:

“Yo le digo a ese hombre que no le pegue más y él ya no le pega más y después se encariñan” “...entonces mi papá empieza a pegarle a mi mamá y vengo y agarro \$200 barras ahí y voy y llamo a mi hermana”, “La deportista viene acá y a veces cuando está borracho lo jode”. “Un día mi papá llegó a mi casa y mi papá empezó a pegarle y yo fui trotando a las Rocas (un barrio aledaño) y le dije a mi hermana y mi hermana solucionó el problema”.

Ser Cuidador:

“el día que quiero tomar, lo...el...no las tomamos los dos...”
“Tengo que verlo con mis ojos para saber si es un muchachito que se le moja la canoa...sería una vergüenza para mí”.

Ambientes familiares que no dan seguridad y protección trae confusión respecto a sus sentimientos de amor, rabia o dolor con referencia al padre. De acuerdo a la situación vivida el niño adopta mecanismos de defensa (agresivos, indolentes, indiferentes, se une con otros en similares situaciones para descargar emocionalmente su inconformidad) y de protección distorsionando su personalidad y carácter (tímidos, nerviosos y frágiles que en su proceso de socialización, éstos les distorsionan su identificación de género).

Los padres son parte fundamental en la vida de un niño, debido a que no sólo son fuente de amor y de apoyo económico, sino porque constituyen el primer modelo a seguir de sus hijos. A partir de éste, ellos adoptan un patrón o conducta frente a como desenvolverse en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Entornos violentos (casa, escuela y comunidad) influyen en la adopción de roles como de víctima a victimarios:

Escolar:

“Le pegué a una pelaita....ahhh si!!!....y...y porque el profesor hoy me pegó?”

“porque me echan todas las culpas a mí.” “...en el colegio siempre para pegándome por eso porque me porto mal, peleo con los amigos”, “ahorita estábamos dándonos calvazos”, “Con los pelaos me pongo a jugar con ellos, pero ellos a veces son muy trastes y empiezan a pegarme”

“Yo me relaciono con mis compañeros bien y peleo porque me buscan la pelea”

“porque yo me porto bien con mi mamá este...o a veces me porto mal”, “mi papá siempre ve que es él que empieza y me regaña a mí”, “ayer que me pusieron una de español no la hice y me dio dos reglazos en cada mano”.

“nos damos trompa jugando a veces, también salimos de pelea de verdad, porque los amigos hacen que me ponga sobrenombres, y le digo “que no me ponga sobrenombres porque van a ver”

“Mi comportamiento es regular, porque a veces hago caso. Me pongo guapo cuando me mandan hacer mandados”. “no me la llevo bien con Jhon Jairo y Mary”. “cuando tengo rabia con él, me voy con mi mejor amigo a hablar o le ayudo con las tareas”.

Ser Cuidador:

“No me para bola”, “De verlo a él como se descontrola, que ya yo no lo puedo dominar” “A veces me sale con groserías”, “A veces me hace coger rabia, que hay veces que no viene uno de buen humor”

Amigos:

“él no tiene más amigo sólo yo, porque los demás pelean con él. Cuando a veces trae un balón no le gusta prestarlo y lo acusan con el profe. Además, porque siempre le echan las culpas a él de todo”

“Bien, es juguetón. Algunas veces tiene problemas porque no le gustan que le mientan a nadie de su familia por eso no les paramos a los que los molestan; él, yo, el mozo y Jhon. Ellos son los que empiezan a decirle “donde está mi abuelita que es tú mamá” Jonathan les da juego y ellos se ponen a echarle groserías”

“desde niño ha sido así, el es como aislado de sus hermanos, a veces juega un ratico con la niña más pequeña y salen de pelea sobre todo él, se pone guapo”. “del colegio tiene dificultades con las notas, trato de aconsejarlo y estar encima de él. Si ha tenido problemas con los compañeros es porque le sacan la piedra. El hace parte del grupo de batuta y me sorprende lo bien que lo hace”

Se observan niños que padecen agresión de sus compañeros, se sienten no sólo agredidos, sino sin recursos para comunicar los sentimientos de inseguridad y confusión ante sus docentes y familiares, de tal manera que terminan tomando la “justicia” por su propia cuenta.

A pesar de lo amenazador que puede parecer una persona agresiva, es importante reconocer que generalmente tienen una muy baja autoestima, no tienen confianza en sí mismos, buscan poder y control.

Las características resilientes no sólo son reveladas al exterior sino que permanecen ocultas en el interior creciendo con el vivir cotidiano en estos ambientes. Otras permanecen escondidas hasta que llega un agente lo suficientemente belicoso para hacerlos estallar y terminar en un comportamiento agresivo hacia ellos mismos.

El concepto de resiliencia implica no únicamente a la persona y sus fortalezas o debilidades internas, sino que es un concepto interactivo con el medio ambiente, de ahí su localización en enfermería comunitaria. .

Resiliencia no es igual a resistencia, ya que ésta última alude a una fortaleza o debilidad constitucional; la resiliencia se produce, en cambio, al negociar con el medio ambiente al enfrentar con éxito la adversidad.

De Negri, Armando (2006):afirma que “rescatar el pensamiento es una tarea imperante en las sociedades subordinadas, pensando en la subjetivación que nos abra camino a la transformación de nuestras propias realidades”, de allí que en el proceso formador tanto la inexistencia de respuestas frente a los problemas como la injusticia social deben ser objeto de estudio para fortalecer el desarrollo integral del escolar, trabajando transectorialmente el empoderamiento

del niño, de los padres y de la comunidad.³

Es importante saber que la resiliencia aumenta la calidad de vida y la sensación de bienestar, por ello la resiliencia es efectiva no solo para enfrentar adversidades sino también para promover la salud mental y emocional.

Márquez-Fernández (2001),⁴ expresa que la racionalidad moderna ha configurado el sentido de la realidad y la existencia del mundo, en contraposición con los cambios producidos por el giro lingüístico de la postmodernidad, centrándose en que “el ser es en sí mismo lo que es, ya que no podemos crear el mundo por las objetivaciones, sino a través del cómo de su ser, del ser en el mundo y del ser con los otros”; quiere decir que si el mayor tiempo del escolar en su interacción es en la escuela, corresponde al profesor y a la enfermera comunitaria hacer más hincapié en conocer al escolar para sincronizar esfuerzos y estrategias de acompañamiento modelador del desarrollo integral psicocognitivo, social y afectivo.

Cuando se habla de conflictos escolares, Alzate (1998) es para dar cuenta de problemas activados por la agresividad destructiva que tiene como protagonistas a los alumnos; la agresividad es consustancial al ser humano, opera en muchas ocasiones de manera positiva por ser impulsora del progreso y... es aquí donde la enfermera comunitaria o enfermera de salud escolar debe sensibilizar dichas oportunidades y fortalezas para disminuir las amenazas y debilidades.⁵

En relación, los niños resilientes de ambientes violentos no necesariamente se encuentran rodeados de contextos violentos dentro de su hogar, pero si existen factores presentes en su comunidad que lo afectan directamente o indirectamente como lo son las maquinatas, la televisión, otros hogares vecinos y los niños del barrio.

³ De Negri, Armando. (2006). Memorias primer Simposio Internacional en Promoción de la Salud y Política Social. Bogotá, Colombia

⁴ Márquez, A., Fernández.(2000). Razon post-moderna y discurso antrópico. Revista venezolana de ciencias sociales. unerm.

⁵ Alzate, R. (1998): Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica, Bilbao, Universidad del País Vasco.

La relación docente-estudiante no son enriquecedoras sino de represión y coercitivas:

Escolar:

“Porque el profesor mandó a decir que hiciéramos todos los niños, que lleváramos un noticiero, entonces como en mi casa no hay televisor, el profe pasa pegándome con la regla en la mano”. “A veces cuando ellos no entienden las tareas yo les digo: Ey vamos a hacer las tareas en mi casa”. Hace referencia a sus padres: “Porque mis padres a veces me sacan, a todos, y a veces no les colaboro y me regañan.” “Este...un día estaban pasando al tablero para ver quién hacía una resta bien y pasaron a mis compañeros y habían cuatro, y la hicieron mal, y el que la hiciera bien le pegaba cinco reglazos a cada uno, y después me pasaron a mí y yo la hice bien y después me tocaba pegarle cinco reglazos a cada uno y eran cuatro, eran cuarenta reglazos. Eran veinte, y yo le dije: profe yo no sé los quiero pegar y me pegó a mí.” Refiriéndose al entorno Familiar: “A veces no hago caso, a veces sí...desobedezco”

La relación docente-estudiante, se encuentra afectada negativamente, observa el amedrentamiento y los actos de violencia tienen características en común: ambos son actos de crueldad, existe la intimidación verbal, de conductas y aquella que escala a violencia física, el amedrentamiento es vivido como un acto de crueldad sin embargo el amedrentador no necesariamente vive el acto como cruel, y puede incluso no estar consciente del daño que le genera a la otra persona.

Aquellos niños que viven en el silencio por la violencia en que viven, pueden actuar impunemente y terminan encontrando “competencia”. La enfermera debe contar con recursos preventivos para actuar contra este fenómeno.

El concepto de adaptación es muy importante para entender al de resiliencia y éste sentido de adaptación es un factor protector en sí mismo puede no ser necesariamente positivo, lo que siempre es positivo es su efecto.

Los alumnos y las alumnas, al estar en contacto permanente con agentes más relevantes de socialización, son portadores de unas representaciones, de unas valoraciones y de unos sentimientos, que, en la interacción con la realidad

social, dan lugar a unas actitudes ante el estudio, el trabajo, la amistad, la violencia... que se manifiestan en conductas o en comportamientos (Ayestarán, 1994).⁶

El constructo teórico es: La enfermera comunitaria en su labor de la promoción de la resiliencia del escolar retoma las características resilientes y los factores resistentes para trabajar proactivamente por la salud y bienestar de los implicados en el proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano.

Conocer las acciones específicas de autocuidado para la salud (yo tengo, yo soy, yo puedo), y la enfermedad aplicado a contextos interculturales adversos. Es importante señalar que una persona resiliente no necesita tener todos estos aspectos, pero uno no es suficiente. La interacción entre varios factores es dinámica, va variando a lo largo de las etapas del desarrollo humano, y cambia de acuerdo a la situación de adversidad. Estos factores de resiliencia pueden actuar en forma independiente o interactuar entre ellos, intensa o moderadamente, en algunas situaciones o en forma acumulativa, para prevenir o para minimizar el resultado de la crisis o la adversidad crónica, y para contribuir al realce y/o la transformación de la vida de cada uno" (Grotberg, 1995).

Conclusiones

A nivel de la sociedad y del ambiente, destacan como fuentes de violencia: Las desigualdades sociales, con grandes sectores afectados por la pobreza y por el desempleo, en contraste con la opulencia de algunos grupos. Este desequilibrio estructural actúa como caldo de cultivo propicio para la inadaptación y para las conductas antisociales de los menores

Generalmente la violencia dada a partir del entorno escolar o comunitario es el amedrentamiento por razones de la proyección de su familia, del mismo

escolar y del concepto que le tienen los compañeros que en procesos de interacción conflictiva agreden su autoestima como al considerarlo homosexual u otra estigma que debilita o intimida.

Es evidente la necesidad de fortalecer las competencias interculturales en la resiliencia del escolar como:

Comprender la presencia de barreras socioculturales, afectivas y psicológicas presentes en el desarrollo de su personalidad y carácter. (Confianza en sí mismo, coraje, persistencia, tolerancia, relación afectiva estable).

Sensibilizar la diversidad para entender y compartir los conceptos elementales en torno al ethos cultural, (percepciones frente a la etnicidad, género, preferencia sexual, edad, enfermedades; roles de desempeño a nivel de familia, escuela y comunidad).

Describir y analizar la propuesta Intercultural de proyectos de desarrollo a nivel comunitario, familiar y escolar con esquema metodológico para apoyar la replicación.

Comprender las diferentes percepciones sobre la salud y el proceso de cuidado integral del escolar que poseen los diferentes grupos poblacionales, y a nivel familiar.

Analizar los condicionantes sociales que propician las adicciones, distorsionan el desarrollo integral de la familia y sus integrantes con propuestas para comprender y atender a los implicados.

Compartir y sensibilizar a la familia, ambiente escolar y comunidad con las acciones que se realizan en las instituciones de la localidad.

Presentar los elementos que propician la participación comunitaria desde el enfoque intercultural.

Remover las barreras culturales ubicando los recursos necesarios para el desarrollo de la otredad,

⁶ Ayestarán, S. (1994): El proceso de socialización en los/as jóvenes de Euskadi, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco

desarrollando un vínculo afectivo, siendo modelos de rol, estar enterado.

Al trabajar con escolares en planes de acción preventiva, debemos producir intervenciones que modifiquen o mejoren su respuesta frente a los peligros que predisponen un comportamiento no adaptativo.

Bibliografía

(1) Abramovay Miriam. Violencia en las escuelas: un gran desafío. Revista iberoamericana de educación. n.º 38 (2005), pp. 53-66

(2) Alzate, R. (1998): Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica, Bilbao, Universidad del País Vasco.

(3) Ayestarán, S. (1994): El proceso de socialización en los/as jóvenes de Euskadi, Vitoria- Gasteiz, Gobierno Vasco

(4) Burke Meter. Historia y teoría social. México. Instituto Mora. (1997). p.22

(5) Coffey, A. Atkinson, P. (2003) Encontrar el Sentido a los Datos Cualitativos. Estrategias Complementarias de Investigación. Colombia. Editora Universidad de Antioquia

(6) De Negri, Armando. (2006). Memorias primer Simposio Internacional en Promoción de la Salud y Política Social. Bogotá. Colombia

(7) Fernández García, I. (1998): prevención de la violencia y resolución de conflictos, Madrid, Narcea.

(8) Guerra Feria, Jaime. Violencia intrafamiliar. Bogotá. Segunda edición. p:23.

(9) Gutiérrez, María del Carmen. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá. Unisabana

(10) Henderson G. Edith. Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia. Buenos Aires. 2003.

(11) Márquez, A.. Fernández.(2001). Razón post-moderna y discurso antròpico. Revista venezolana de ciencias sociales. unermb. vol. 4 nº 2, p.275.

(12) Martínez Valentín, Otero Pérez (2005). Conflictividad escolar y fomento de la convivencia. Revista iberoamericana de educación. n.º 38 (2005), pp.33-52

(13) Policía Nacional. Diagnóstico comuna cinco. Barrio la Nevada. 2007

Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía

Anxiety level before surgery in patients scheduled for surgery

Vilma Margot Vivas*
 Patricia Girón, Leidy Rico,**
 Astrid Urbina, Jessica Jiménez,**
 Marcy Ortega, Luz Adriana Delgado**

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo principal, establecer la relación entre el grado de información del procedimiento quirúrgico con el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía de la Fundación Mario Gaitan Yanguas en el periodo comprendido de octubre-noviembre del 2008. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. Para la recolección de la información se utilizó Escala De Valoración De La Ansiedad De Spielberger Idare-Estado. La población está conformada por los pacientes que acuden al servicio de cirugía. Las variables utilizadas son información acerca de la cirugía, nivel de ansiedad y causas de la ansiedad. Se concluye que el 59% de los pacientes tenían conocimiento acerca del procedimiento, 50.9 % presentaron un nivel de ansiedad moderada; los procedimientos con mayor nivel de ansiedad fue colecistectomía 67% y herniorrafia inguinal 50%. En cuanto a la relación entre el procedimiento y el nivel de ansiedad, la cesárea + pomey y la conización presentaron un nivel de ansiedad alto; y la relación entre el grado de información del procedimiento y el nivel de ansiedad, se encontró que, a pesar de que la mayoría de los pacientes manifiestan conocer el procedimiento, predomina el nivel de ansiedad moderada y baja.

Palabras Claves

Grado de información, procedimiento quirúrgico.

* Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Enfermera ESE Hospital Universitario Erasmo meoz. E-mail: vilmargot@hotmail.com

Abstract

This study's main objective, establish the relationship between the degree of information from the surgical procedure with the level of anxiety in the preoperative patients scheduled for surgery the Fundación Mario Gaitan Yanguas during the period from October to November 2008. We performed a quantitative study, descriptive, correlational and cross. For the collection of information was used Scale From Anxiety Rating Spielberger Idar-State. The population is made up of the patients who come to the service of surgery. The variables used are about the surgery, anxiety level and cause of anxiety. It was concluded that 59% of patients had knowledge about the procedure, 50.9% had a moderate level of anxiety; procedures at a higher level of anxiety cholecystectomy was 67% and inguinal herniorrhaphy 50%. On the relationship between the procedure and the level of anxiety, cesarean + Pomey and conization showed a high level of anxiety, and the relationship between the degree of information of the procedure and the level of anxiety, it was found that despite that the majority of patients manifest the process, the prevailing level of anxiety moderate and low.

Key Works

Degree of information , surgical procedures.

** Estudiantes de VII semestre programa de enfermería. Facultad Ciencias de la salud. Universidad Francisco de Paula Santander. paty_lamona@hotmail.com, minnie1787@hotmail.com, localilif@hotmail.com, jessica_jimenez1987@hotmail.com, markate_@hotmal.com, lilola22_115@hotmail.com. - Recibido: 24 octubre/08 - Aceptado: 18 marzo/09

Introducción

En la actualidad la ansiedad es considerada un problema de salud pública, según la OMS un 20 por ciento de la población mundial padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. Esta se define como una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actuales o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque solo sea por la circunstancia de parecer inciertos.¹ Algunas causas de la ansiedad son desorientación, abandono del entorno y roles habituales, la persona a quien se le practicara una cirugía está atemorizada, teme a lo desconocido, a la muerte, a la anestesia, pérdida del posible trabajo, responsabilidad por el sostenimiento de la familia; si a esto se le agrega las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos previos a la intervención, a los resultados de la cirugía, por tanto, se encuentra en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad.

Materiales y Métodos

El presente estudio es de abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. Descriptivo por que busca determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes. Correlacional porque pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos variables entre si y de corte transversal, por que mide las variables en un determinado momento del tiempo. La población y muestra es de 59 pacientes, conformada por los pacientes que acuden al servicio de cirugía de la Fundación Mario Gaitán Yanguas, en el periodo

comprendido por los meses de octubre- noviembre del 2008, y la muestra son los pacientes que se encuentren en el preoperatorio y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: Adultos mayores de 18 años de ambos sexos, Pacientes con patología quirúrgica, Pacientes que acepten participar como población de estudio y Paciente que se encuentra orientado en persona, lugar y tiempo.

Para la presente investigación se utilizó un formato estructurado como instrumento para la recolección de la información; este se divide en cuatro partes: la primera parte consta del título, el propósito de la investigación y algunos datos generales, la segunda parte indaga acerca del conocimiento que tiene el paciente en cuanto al tipo de procedimiento quirúrgico y el tipo de anestesia que se le va a administrar, la tercera parte valora el nivel de ansiedad del paciente que va a ser intervenido, está conformada por la escala de valoración del Estado de Ansiedad de Spielberger la cual consta de 20 ítems de selección múltiple con única respuesta, y la cuarta parte indaga sobre las causas de la ansiedad.

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta las normas éticas para la investigación con seres humanos plasmada en la resolución No 008430 del 4 de Octubre de 1993, permitiendo que cada individuo decida libremente si desea participar en ella o dando la opción de retirarse en el momento que lo desee, además se garantiza la total privacidad y no divulgación de los resultados con nombre propio, debido a que se analizaran de forma general.

Objetivos

General

Establecer la relación entre el grado de información del procedimiento quirúrgico con el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía en la Fundación Mario Gaitán Yanguas, en el periodo comprendido entre octubre-noviembre del 2008

¹ BRUNNER, L.S y suddarth D.S Manual de enfermería medico quirúrgica. 7 edición. México, interamericano, 19 Pág.

Específicos

- Determinar el grado de información previa
- Identificar el nivel de ansiedad preoperatoria
- Determinar los procedimientos quirúrgicos con mayor nivel de ansiedad.
- Establecer la relación entre los procedimientos y el nivel de ansiedad preoperatoria
- Establecer la relación entre el grado de información previa y el nivel de ansiedad preoperatoria.

Resultados y Discusión

Al aplicar el instrumento a los 59 pacientes programados para cirugía en la Fundación Mario Gaitán Yanguas, se encontró que los pacientes en su mayoría se situaban en el intervalo de edad de 37-45 años con un 23.7%, sobresaliendo el sexo femenino con un 77.9% de la población. En relación al estado civil de los pacientes, el 40% son casados. Estos resultados coinciden con otros estudios como el de ansiedad preoperatoria realizado POR RUIZ-López Eduardo y colaboradores en el hospital general de México (2000), donde se encontró un mayor predominio en los pacientes del sexo femenino, con una edad promedio entre los cuarenta (40) años.^{2,3} ASI COMO el estudio REALIZADO POR BARRILERO GÓMEZ, José Alberto (DONDE Se aprecia un predominio de las mujeres 52 (61,2%) sobre los hombres 33 (38,8%)⁴

El tipo de procedimiento quirúrgico que más se realizó en este periodo fue la herniorrafia umbilical con un 15.3% y la colecistectomía con un 15.3% y en menor proporción la tiroidectomía total, extracción de fibroma de mama con un 1.6%; estos datos son similares a los reportados por el estudio denominado Ansiedad Preoperatoria en el Hospital General de México en el año 2000 en el cual se encontró que el procedimiento quirúrgico realizado a la población de estudio en primer lugar fue la Herniorrafia umbilical e inguinal con 31.2% seguida de la colecistectomía con un 18.4%.⁵ En cuanto al apoyo familiar, se encontró que un 91.5% de los pacientes asistieron a la cirugía en compañía de familiares cercanos.

Es importante resaltar que del total de los pacientes entrevistados, se encontró que el 59% tenía conocimiento acerca del procedimiento que se le iba a realizar; caso contrario ocurre con el conocimiento del tipo de anestesia donde un 75% no conoce.

En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad, por lo tanto es necesario presentarse antes de su ingreso al hospital.^{6,7,8}

^{2,3} RUIZ-López Eduardo y colaboradores, Ansiedad Preoperatoria En El Hospital General De México, REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S. Vol. 63, Núm. 4 Oct.-Dic. 2000 PP 231-236. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Disponible en Internet:

<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/e-hg2000/e-hg00-4/em-hg004b.htm>

⁴ BARRILERO GÓMEZ, José Alberto; Casero Mayorga, José Antonio; Cebrián Picazo, Francisco; Córdoba Monedero, César Augusto; García Alcaraz, Francisco; Gregorio González, Eduardo; Hernández Martínez, Antonio Pérez Morote.; Jesús; Tébar Parreño, Francisco Javier. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. 1996. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Disponible en internet:

<http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>

⁵ RUIZ, Op Cit.

⁶ QUIÑONEZ, Mayda y colaboradores, Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices

[citado 12 de octubre de 2008] Available from internet: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.htm

⁷ MELO Alves, María Luisa. Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a Ser Sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos. 2007. [citado: 4 de octubre de 2008]. Available from internet: www.diariomedico.co/html.

⁸ Paz-Estrada, Carlos de la; Prego-Beltrán, Cesar y Barzaga-Hernández, Elián. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. En revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 29. No. 3 Julio-Septiembre 2006 pp 159-162

[citado: 4 de octubre de 2008]. Available from internet: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2006/e-cma06-3/em-cma063d.htm>

Valoración de la ansiedad

Cualquier paciente que ingresa a un centro de salud presenta angustia y ansiedad por el simple hecho de estar enfermo, y, más aún cuando se le informa que será sometido a un procedimiento anestésico quirúrgico, porque el enfermo en ocasiones genera una sensación de riesgo para su vida. Es por esto que, en todo medio hospitalario se debe llevar a cabo una revisión, planeación, supervisión, actualización y corrección de las vías por las cuales un paciente llega a la consulta, la hospitalización y el quirófano, para que disminuya la presencia de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario.

Con relación a la Escala Idare aplicada a los 59 usuarios programados para cirugía se encontró que un 50.9 % presentan nivel de ansiedad moderada, seguida del 35.6 % con ansiedad baja y solo un 13.5% se encontraban con nivel alto de ansiedad como se puede observar en la tabla 1; al comparar con la investigación realizada por Melo Alves (2007) SOBRE Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugías de Mama, donde fue aplicado el Test de IDARE I (Ansiedad de Estado) se encontró que de igual manera predominó el nivel de ansiedad Moderada con un 45,3%, sin embargo para el nivel alto se mostró un 35,8% lo que difiere con el presente estudio.⁹

TABLA. No 1. Escala de valoración de la ansiedad IDARE. Fundación Mario Gaitán Yanguas. 2008.

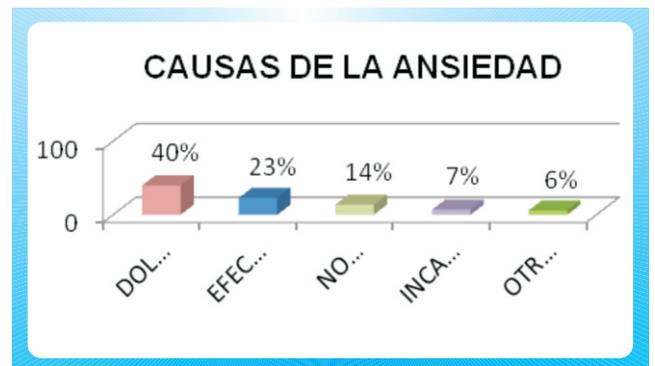
NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	%
MUY BAJA	-	-
BAJA	21	35.6%
MODERADA	30	50.9%
ALTA	8	13.5%
MUY ALTA	-	-
TOTAL	59	100%

Fuente: Formato Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (Idare-estado)

⁹ MELO Alves, María Luisa. Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugías de Mama. Ocipt.

CAUSAS DE ANSIEDAD

Grafica . No 1. Causas de la ansiedad. Fundación Mario Gaitán Yanguas. 2008.



Dentro de las causas de la ansiedad indagadas en el presente estudio se observó que según lo expresado por la población fue el dolor el más frecuente propulsor de ansiedad, puesto que fue manifestado por 40 usuarios; seguido a los efectos de la anestesia y desconocimiento del procedimiento quirúrgico con una frecuencia de 23 y 14 respectivamente y el de menor frecuencia fue el de la incapacidad para trabajar con solo 6 usuarios; cabe resaltar que entre los seis encuestados que mencionaron la opción otros el temor se relacionaba con posibles complicaciones durante el acto quirúrgico y en el peor de los casos a la muerte; En comparación con el estudio realizado por Carbonel Martín (2006) se observó que en cuanto a la valoración de la ansiedad, el 26% de los pacientes describieron estar inquietos con respecto a la anestesia, el 31% pensó continuamente en la anestesia; un 24% manifestó recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia y el 19% estuvo inquieto con respecto a la intervención, lo que coincide con el presente estudio por cuanto un 50% de los usuarios de igual forma tenía temor frente a los efectos de la anestesia.¹⁰

¹⁰ CARBONEL MARTIN, miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Cuba 2006. Revista mexicana de anestesiología. Vol. 29. No. 3 Julio-Septiembre 2006. pp 159-162 [citado: 4 de octubre de 2008]. Available from internet: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2006/e-cma06-3/em-cma063d.htm>

De otra parte el estudio realizado por Barrilero Gomez (1996) se encontró que el dolor es el acontecimiento que más preocupa a los encuestados, manifestando esta situación un 77,6% de la muestra; por el contrario el 22,4% restante no siente ningún temor ante el hecho de este y para la anestesia un 44,7% de las personas encuestadas no refieren ningún tipo de nerviosismo ante la administración de anestesia, mientras que un 55,3% si presentan cierta tensión; destacando que en estos últimos un 40,5% manifiestan mucha o muchísima preocupación lo cual muestra semejanza con el actual estudio que reporto como causa de mayor frecuencia el dolor (71.5%) seguido del temor hacia los efectos de la anestesia (50%).¹¹

Nivel de Ansiedad

TABLA No 2. Relación entre el tipo de procedimiento quirúrgico y el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. Fundación Mario Gaitán Yanguas. 2008.

Tipo de procedimiento quirúrgico	Nivel de ansiedad						TOTAL					
	MUY BAJA	BAJA	MODE RADA	ALTA	MUY ALTA							
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
CONIZACION	-	-	2	40	1	20	2	40	-	-	5	100
HERNIORRAFIA INGUINAL	-	-	3	37.5	4	50	1	12.5	-	-	8	100
POMEROY	-	-	1	50	-	-	1	50	-	-	2	100
CESAREA	-	-	3	75	1	25	-	-	-	-	4	100
LEGRADO	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-	3	100
RESECCION DE TUMOR	-	-	-	-	7	100	-	-	-	-	7	100
HERNIORRAFIA UMBILICAL	-	-	4	44.4	4	44.4	1	11.2	-	-	9	100
TIROIDECTOMIA	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100
COLECISTECTOMIA	-	-	2	22	6	67	1	11	-	-	9	100
LAPAROSCOPIA DX	-	-	2	67	1	33	-	-	-	-	3	100
CESAREA+POMEROY	-	-	1	20	2	40	2	40	-	-	5	100
SAFENOVARISECTOM	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100
EXTRACCION DE FIBROMA DE MAMA	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
TOTAL	-	-	21	35.5	30	51	8	13.5	-	-	59	100

Fuente: Formato Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (Idare-estado)

De acuerdo a la relación entre el procedimiento quirúrgico y el nivel de ansiedad que se presentó en los pacientes, se encontró que los procedimientos quirúrgicos, en los que se manejó un nivel de ansiedad baja fueron: conización, cesárea y hernia umbilical. En cuanto al nivel de ansiedad moderada se destacaron: herniorrafia inguinal, Herniorrafia umbilical, colecistectomía, cesárea + pomeroy; y el nivel de ansiedad alto predominó en: Conización y cesárea + pomeroy. Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que independientemente del tipo de procedimiento quirúrgico que se vaya a realizar, todos los pacientes presentan ansiedad, pero esta difiere en su nivel siendo baja, moderada o alta, puesto que en el caso de la cesárea + pomeroy que fue uno de los procedimientos en los que se presentó ansiedad alta, la paciente no solo le preocupa el éxito de la cirugía sino también, el estado de salud del bebe que esta por nacer. En el caso de la conización, la paciente tiene la incertidumbre, no solo de la cirugía sino también, del resultado diagnóstico, pues de este dependerá el tratamiento a seguir después de realizar la conización, dependiendo de si resulta negativo o positivo para malignidad.

TABLA No 3. Relación entre el grado de información previa y el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. Fundación Mario Gaitán Yanguas. 2008.

Conoce el procedimiento quirúrgico	Nivel de ansiedad						TOTAL					
	MUY BAJA	BAJA	MODE RADA	ALTA	MUY ALTA							
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
SI	-	-	13	37	20	57	2	6	-	-	35	100
NO	-	-	8	33	10	42	6	25	-	-	24	100
TOTAL	-	-	21	35.5	30	51	8	13.5	-	-	59	100
conoce el tipo de anestesia	Nivel de ansiedad						TOTAL					
	MUY BAJA	BAJA	MODE RADA	ALTA	MUY ALTA							
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
SI	-	-	8	53	5	33	2	14	-	-	15	100
NO	-	-	13	29	25	57	6	14	-	-	44	100
TOTAL	-	-	21	35.5	30	51	8	13.5	-	-	59	100

Fuente: Formato Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (Idare-estado)

¹¹ BARRILERO GOMEZ, Op Cit, 3

De acuerdo a la relación entre el grado de información del procedimiento quirúrgico y el nivel de ansiedad, se encontró que, a pesar de que la mayoría de los pacientes manifiestan conocer el procedimiento quirúrgico, predomina el nivel de ansiedad moderada y baja. Sin embargo, refieren en su mayoría que no conocen el tipo de anestesia, lo que incrementa su nivel de ansiedad, predominando entre moderada y alta.

Conclusiones

Al evaluar los datos socio demográficos se encontró que en general los pacientes que participaron en la investigación, se encuentran en el rango de edades entre 18- 80 años, en su mayoría pertenecientes al sexo femenino, y con un estado civil generalmente de casados

Cualquier paciente que ingresa a un centro de salud presenta angustia y ansiedad por el simple hecho de estar enfermo y más aun cuando se le informa que será sometido a un procedimiento anestésico quirúrgico, para el enfermo en ocasiones le puede generar una sensación de riesgo para su vida. Es por esto que, en todo medio hospitalario, se debe llevar a cabo una revisión, planeación, supervisión, actualización y corrección de las vías por las cuales un paciente llega a consulta, hospitalización y quirófano para que sea disminuida la presencia de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario.

Con relación al grado de información, se encontró que los pacientes en su mayoría refieren conocer el procedimiento quirúrgico, pero no el tipo de anestesia que se les va a administrar, esto correlaciona con el nivel de ansiedad, pues este se incrementa, situándose entre moderada y alta.

Entre los factores desencadenantes de la ansiedad en nuestro estudio destacan la preocupación por los efectos de la anestesia, así como el hecho de no obtener alivio para el dolor con los fármacos, tener molestias por la operación e incapacidad para trabajar.

Bibliografía

- (1) BARRILERO GÓMEZ, José Alberto; Casero Mayorga, José Antonio ; Cebrián Picazo, Francisco; Córdoba Monedero, César Augusto ;García Alcaraz, Francisco ; Gregorio González, Eduardo ; Hernández Martínez, Antonio Pérez Morote,; Jesús ; Tébar Parreño, Francisco Javier . Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. 1996. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Disponible en internet: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- (2) BAQUERIZO, Teresa. Aspectos emocionales en el paciente Quirúrgico, Madrid /España, [Citado: 12 de octubre del 2008]. Available from internet: http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/1/aspectos_psicologica.htm
- (3) BRUNNER, L.S y suddarth D.S Manual de enfermería medico quirúrgica. 7 edición. México, interamericano, 19 Pág.
- (4) CARBONEL MARTIN, miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Cuba 2006. Revista mexicana de anestesiología. Vol. 29. No. 3 Julio-Septiembre 2006. pp 159-162 [citado: 4 de octubre de 2008]. Available from internet: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2006/e-cma06-3/em-cma063d.htm>
- (5) ESCAMILLA, Marta. El estrés preoperatorio y la ansiedad. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Available from internet: www.cielo.com/contend/paho/2008/004583887
- (6) GIACOMANTONE, Eduardo. Ansiedad criterios para su manejo terapéutico. [Citado: 16 de octubre de 2008] Available from internet: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>

(7)GONZALES, Bustamante Guillermo. Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria – Perú 2005. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Available from Internet: C:\Documents and Settings\USUARIO\Mis documentos\investigación quirúrgica\page HTML à imprimir.htm

(8)LÓPEZ, Enrique Ruiz. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. 2000. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Available from internet: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=3311&id_seccion=328&id_ejemplar=380&id_revista=29

(9)MARTÍNEZ, Ponsich Pubill, paciente quirúrgico, [Citado: 11 de febrero de 2008]. Available from internet: www.elrincónde enfermería/PACIENTEQUIRURGICO.htm

(10)MELO Alves, María Luisa. Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a Ser Sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos. 2007. [citado: 4 de octubre de 2008]. Available from internet: www.diariomedico.co/html.

(11)PAZ-ESTRADA, Carlos de la; Prego-Beltrán, Cesar y Barzaga-Hernández, Elián. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. En revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 29. No. 3 Julio-Septiembre 2006 pp 159-162 [citado: 4 de octubre de 2008]. Available from internet: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2006/e-cma06-3/em-cma063d.htm>

(12)PÉREZ, Díaz Raquel. Marta de la c. Martín Carbonel. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices, Rev. Cubana Angiol y Cir Vasc 2000; 1(2):95-100

(13)QUIÑONEZ, Mayda y colaboradores, Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices [citado 12 de octubre de 2008] Available from internet: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.htm

(14)RUIZ-López Eduardo y colaboradores, Ansiedad Preoperatoria En El Hospital General De México, *REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO*, S.S. Vol. 63, Núm. 4 Oct.-Dic. 2000 PP 231-236. [Citado: 11 de octubre del 2008]. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/e-hg2000/e-hg00-4/em-hg004b.htm>

Afrontamiento de las familias ante las consecuencias generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico

Coping with families to the sequences generated in patients who suffered cranial trauma

Bohórquez de Figueroa Alix Zoraida**
 Jessica Julieth Turizo - Lesly Johanna Vergel***
 Ludy Maritza Sarmiento - Sandra Milena Pulido***
 Lina María Quintero***

Resumen

El Traumatismo craneoencefálico es la primera causa de muerte e incapacidad en la población < de 45 años, afectando principalmente a la población activa y originando terribles secuelas. La mayoría de las personas presentan diversos grados de discapacidad que los limitan para desempeñar los niveles de funcionalidad y estilos de vida previos a la lesión¹.

Todas estas secuelas devienen un golpe arrollador para la familia y demanda una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, el impacto es violento; cambia todo el sistema de prioridades y como todo evento estresante, está marcado por la incertidumbre y la ambigüedad. Presupone legitimar el indiscutible papel de la familia en la atención y afrontamiento por mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros durante el proceso de recuperación².

La realización de esta investigación cualitativa tiene como objetivo conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias ante las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico en el primer semestre de 2008, las cuales son una respuesta al cambio que requiere creatividad y producción de nuevas conductas, que le permitan a la familia obtener un grado de cohesión y adaptabilidad frente a las diversas problemáticas y cambios a lo largo del sistema familiar.

Palabras claves

Estrategias de afrontamiento, secuelas.

Enfermera. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander. e-mail: azbohorq@hotmail.com.

*** Estudiantes de enfermería V semestre Universidad Francisco de Paula Santander. e-mail: showy_83@hotmail.com.

Summary

The TEC is 1st cause of death and incapacity in the population < of 45 years, affecting mainly to the active populace and originating terrible sequels. Most of the people they present/display diverse degrees of discapacidad that limit s to carry out the previous levels of functionality and styles of life to the injury. All these sequels happen a sweeping blow for the family and demands a drastic variation and changes in their habitual operation, do not matter that age is a member of very outpost, or of a small boy in any case the impact is violent, changes all the system of priorities and each member will be overflowed by the overwhelming nonpredicted change and that, like all estresante event, it is marked by the uncertainty and the ambiguity. It estimates to legitimize to the unquestionable paper of the family in the attention and facing to maintain, to restore or to optimize the health of anyone of its members during the recovery process. The accomplishment of this qualitative investigation must like objective know the different strategies of facing used by the families before the sequels generated in the patients who underwent trauma encephalic skull in the first semester of 2008, which are an answer to the change that requires creativity and production of new conducts, that allow the family to in front of receive a rank of diverse cohesion and adaptability problematic and the changes throughout the familiar system.

Key words

Sequels, coping strategies.

¹ MORENO Pedro, BLANCO Carmen. Epidemiología y clasificación del daño cerebral. En Neuropsiquiatría del daño cerebral. Ed. I. Quemada; C. Pelegrin; J.M. Muñoz, 1996. Ed. Prou Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf

² ROCA Pérez m. apoyo Social. su significación para la salud humana. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela; 2000 Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero..pág. 1- 16

Recibido: 22 octubre/08 - Aceptado: 26 Febrero/09

Introducción

El Trauma Cráneo Encefálico se ha definido como la "epidemia silenciosa de nuestro tiempo trayendo como consecuencia, aumento en el número de personas con secuelas severas que requieren ayuda de su familia, servicios sociales o de rehabilitación³. Según los especialistas los familiares son los verdaderos afectados, ya que la persona vuelve a depender totalmente de ellos, cuando antes del accidente hacía una vida independiente. Supone uno de los mayores desafíos al que se puede enfrentar una familia, por su carácter repentino y brutal, por la sensación de injusticia, de incredulidad. Es un momento terriblemente difícil, el periodo de la unidad de Cuidados Intensivos y la hospitalización puede ser muy largo, por lo que la participación de la familia con su apoyo, estímulo y cariño, dan cierta sensación de seguridad al afectado.

Cuando la persona afectada es dada de alta, la necesidad de cuidados continuados necesita de una reorganización, cambio de papeles en la casa, asumir nuevas responsabilidades y la realización de nuevas tareas. Uno de los miembros de la familia se tiene que convertir en el pilar principal asumiendo el papel de interlocutor ante los profesionales y cubriendo las necesidades físicas y emocionales de la persona con lesión cerebral.

A la familia le puede resultar muy difícil comprender las secuelas cognitivas y de comportamiento del lesionado cerebral, por lo que recurren al apoyo de profesionales para una mejor comprensión y afrontamiento de este tipo de secuelas y la comunicación con grupos de apoyo para poder liberar las emociones y comenzar el proceso de aprender a vivir en estas circunstancias. Hay un cambio en las expectativas de futuro, cambio en los aspectos económicos; vivir en un estado permanente de intranquilidad, sensación de vulnerabilidad, sentimientos de culpa, soledad, depresión, son comunes en estas situaciones.⁴ Por tanto es importante

³ ANDERSON, V.A., et al. (2005). Outcome 30 months after traumatic brain injury in identifying factors contributing to child and family. *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 76, 401-408 Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/v2n7_107.pdf pag. 1-21

⁴ ANDERSON, V.A., 2005. *Ocupt*, Pág 1-6

que la familia logre identificar los recursos que emplean

y a partir de ello puedan mejorar las estrategias ya existentes o adquirir nuevas que le permitan superar satisfactoriamente todas las dificultades y eventos traumáticos que tengan lugar dentro de su dinámica familiar.

Materiales y métodos

La presente investigación es Cualitativa de tipo Fenomenológico. La muestra del estudio estuvo constituida por 3 informantes que cumplieron con los criterios de inclusión y los cuales se seleccionaron utilizando el muestreo por conveniencia, permitiendo así llevar a cabo la realización de las entrevistas a profundidad según Mays Pope. Previamente se elaboró un cuestionario con las preguntas a desarrollar en la entrevista para la obtención de la información y alcanzar el objetivo propuesto, además, como instrumento de ayuda se utilizó una grabadora de voz (Con previa autorización del informante) y notas metodológicas para facilitar el desarrollo de la misma y posteriormente un mejor análisis de la información.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de las familias participantes del estudio garantizando un ambiente que les proporcionara comodidad física, emocional y afectiva sin omitir juicios al significado de cada experiencia. El análisis de los datos se realizó aplicando los pasos según Janice M. Morce transcripción y lectura de entrevistas (análisis de contenido) codificación, identificación, definición y operacionalización de las categorías y definición etiquetas para cada categoría.

Objetivos

General

Conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias ante las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico.

Específicos

*Describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por la familia con posterioridad al evento traumático.

*Conocer que incide en las respuestas de las familias frente a las secuelas del evento traumático.

*Describir los cambios en el proceso de afrontamiento familiar.

Resultados y discusión

La población de informantes estuvo constituida por 3 mujeres cuidadoras principales de pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico en el primer semestre del 2008, con edades que oscilan entre 35-45 años; las cuales viven en el área urbana de Cúcuta con un nivel socioeconómico bajo (estrato 1) y quienes aceptaron voluntariamente participar en la investigación. Se les brindó información clara y precisa acerca de los propósitos y beneficios de la misma. Se realizaron 7 entrevistas en total (Informante 1: 3, Informante 2: 2, Informante 3: 2).

El afrontamiento de las familias se puede estructurar en 3 fases (ANA MARIA MONTILLA año (2006) "El Paciente y la Familia ante la Enfermedad")⁵ que se complementan y se viven de manera secuencial, las cuales se inician con una **Desorganización**, continua con una situación de **Recuperación** y se llega a una **Reorganización**; donde permiten al cuidador familiar descubrir e identificar los recursos y estrategias ya sea centradas en el problema o centradas en la emoción (La escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus)⁶, que emplearán para comprender y aceptar los cambios no solo en su

vida sino en la vida de las personas que tienen a su cuidado y la influencia que tiene sobre ellos en su funcionamiento familiar; con el fin de mantener, restablecer u optimizar la salud de su ser querido (Cohen y Lazarus, Afrontamiento Familiar)⁷.

Sin embargo existen factores que hacen cambiar la respuesta de este cuidador y que incide en la utilización de una u otra estrategia de afrontamiento y a su vez interactúa con una serie de sentimientos que pueden llegar a hacer más arduo e inefectivo este proceso.

Desorganización: perplejidad a lo inesperado... Para cada familiar o cuidador principal este afrontamiento tiene particularidades pero se puede afirmar que todos viven un proceso que inicia con una **Desorganización** donde la noticia del evento toma por sorpresa al cuidador, genera **miedo, incertidumbre y angustia**; al no saber cómo actuar ni que realizar para solucionar el problema. Siendo muy frecuente que somaticen la situación y termine por afectar su salud alterando su patrón del sueño, su apetito y mostrándose ansiosos. **I1:E2**^{*} "Pues a ver mamita uno al principio no sabe ni cómo actuar me dio miedo perder a mi hija al no saber que le había pasado, si ella iba a quedar con algún daño, que iba a ser de ella, si su vida iba a ser igual, eso es muy difícil que le lleguen con una noticia así a uno".

I2: E1^{**} "Imagínese yo nunca en la vida había visto al marido mío así cuando yo lo vi a mí me dio mucho miedo de verlo así con esa cara huy Dios mío yo que hago, lléveselo rapidito para donde sea, para donde usted quiera, yo no lo quiero ver, a mí se me subió la tensión imagínese a mí me dieron nervios de todo"

I2: E1^{**} "Imagínese yo nunca en la vida había visto al marido mío así cuando yo lo vi a mí me dio mucho miedo de verlo así con esa cara huy Dios mío yo que hago, lléveselo rapidito para donde sea, para donde usted quiera, yo no lo quiero ver, a mí se me subió la tensión imagínese a mí me dieron nervios de todo"

Para el familiar es indispensable el dedicarse por completo a su ser querido, prescindir de su trabajo y demás actividades; viéndose comprometida su vida personal, aspiraciones e independencia; siempre con el afán de optimizar y conseguir el bienestar del mismo. **I1:E3**^{***} "Dejé de trabajar, me tocó olvidar mi trabajo por estar pendiente de ella, perdí mi trabajo pero gracias a dios recuperé a mi hija. Dejar la casa sola mi hogar solo por ir a atenderla a ella. Ya cuando ella llegó acá a la casa también me olvidé de todo, estaba pendiente de lo que ella necesitaba lo que ella me pedía, yo le hacía la comida y le daba"

⁵MONTILLA Fernández Ana María, ponencia "el paciente y la familia ante la enfermedad" 28 de junio de 2006 Disponible en internet <http://www.aehc.es> pág. 1-9

⁶ LAZARUS, r.s. y FOLKMAN, s. (Traducción española Estrés y procesos cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca. Disponible en Internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pág. 1-8

Citado

⁷ARRARAS Juan Ignacio El afrontamiento de la enfermedad. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona. GARRIDO Emilio. Hospital San Juan de Dios. Universidad Pública de Navarra Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero. Pag.1-12.

* Informante 1 Entrevista 2

** Informante 2 Entrevista 1

***Informante 3 Entrevista 3

El contar con suficiente dinero y recursos para alcanzar a cubrir todas las necesidades en estas situaciones es sin duda importante. La carencia de recursos económicos para suplir alimentación y demás requerimientos para la recuperación ante las secuelas inminentes de este evento traumático hacen que la persona al cuidado del afectado no se adapte con facilidad y el proceso de afrontamiento sea más duradero. **I1:E3** “a Dios gracias todo lo del accidente una parte lo cubrió lo del seguro de la moto y otra parte unos ahorritos que yo tenía, pero después me vi a gatas para conseguir lo de la papita (mueve sus manos en dirección de su boca) porque imagínese yo perdí mi trabajo, y pues como usted sabe somos las dos y no hay nadie que nos colabore. Ya eran dos cosas... por un lado la recuperación de mi Sandrita y lo otro la plata para la comida nooo; porque ella no podía comer lo mismo que yo y me tocaba conseguir otras cositas que me le ayudaran a recuperarse mas rapidito como los remedios eso hizo más difícil la situa; porque esas dos pensaderas no me dejaban dormir porque lo poquito que tenía ya se me estaba acabando...”.

I2:E1 “nosotros teníamos unos ahorritos pero fuimos gastando gastando pero el hijo nos colaboró hasta los dos meses y prácticamente él era el que nos daba la comida y nos decía que todo lo que necesita tome, porque en el momento como hace papá y si el chino nos ayudo mucho”. “Pues miija me toco vender la plancha y la cadena pues con eso aportamos para lo que usted necesita, entonces en el momento pues vendí eso y así me fui poco a poco superando hasta que pasó un poco la sacada de plata”

Obligándolos a dirigir sus energías a resolver la situación en que se encuentra y realizar estructuras mentales (**Planificación; Confrontación**) de su realidad.

I1:E3 “Pues la verdad miija le soy sincera, yo me armé de valor y le metí la ficha a esto... Saqué fuerzas de donde no las tenía, para empezar a planear y cranearme como le iba a meter la ficha y quien me iba a ayudar porque esto es muy muy duro no crea, es que para solucionar esta situación me ha tocado planear unas jum, esto es algo que uno no se espera, tanto así que nos consigue con los calzones abajo”.

Recuperación. Apoderarse de la realidad... A medida que incursionan en el proceso de afrontamiento se da una **Recuperación**. Se experimenta y se acepta la realidad, optando por la búsqueda de información con los profesionales de la salud, siguen esforzándose por apoyar incondicionalmente en el proceso de rehabilitación de su ser querido. **I1:E3** “Si mami yo la llevé a donde un psicólogo gastamos como setenta mil, después la llevamos para allá donde los locos que dicen; también la llevé para que le hicieran otro examen y nada los médicos decían que eso era del golpe: y ella como quedo un poquito falla de las vistas le hicimos unos exámenes de eso y no que no tenía nada. Entonces yo le dije mamita no gastemos mas plata porque eso es del golpe; esperemos y tengamos paciencia que algún día tiene que recuperarse”. “Ella ya dice que ve mejor, yo le hago mucho el juguito de uchuva y así la llevo dándole juguito de eso”.

El no contar con una adecuada relación afectiva con sus familiares más cercanos, es bastante influyente, provoca en la persona inseguridad, soledad y tristeza al darse cuenta que a pesar de la situación tan estresante

y compleja en la que se encuentra no perciben unión ni apoyo familiar y mucho menos en sobrellevar el problema; haciendo que se rompa definitivamente las relaciones afectivas que antes eran precarias. **I1:E3** “Yo no cuento con el apoyo de mi familia; y si, pues yo se que nunca hemos tenido muy buenas relaciones, yo no esperaba nada de ellos; pero es que ni mis hijos; yo tengo otro tres hijos y ellos son muy despegados de mi; yo pensé que al vermen así desesperada, preocupada; porque uno vive conmigo; pero que eso no les remuerde la conciencia eso les da igual. Yo he adelgazado mucho pues por la misma situación que estoy; pues pensé que ellos me ayudarían; pero que no es así. Por ahí la mayor que fue uno o dos días al hospital pero después que Sandra mi chinita volvió a la casa”. No quedándole otra opción que optar por **La Búsqueda De Apoyo Social** (ajeno a la familia), en amigos como el personal de salud, con el objetivo de contar con suficiente información comprender el estado de salud actual y comportamiento del individuo a su cuidado.

I1:E3 “Desde cuando la sacamos del hospital yo seguí averiguando más cosas con los médicos... Fue un proceso difícil el ayudarla a recuperar totalmente, aquí tuvo que ver mucho su amiguita y yo que fuimos su apoyo emocional e incondicional”.

I2: E2 “Alfredo (amigo de la familia) fue muy especial con nosotros, porque como ya lo conocíamos de hace rato, entonces yo le comenté entonces me dijo no tranquila, no miija yo le ayudo en lo que más pueda y siempre en cada momento que yo lo necesitaba, el estaba con nosotros ahí”

Además de luchar y esforzarse por enmascarar por así decirlo su realidad, ocultando sus verdaderos sentimientos, utilizando el **autocontrol** para mantenerse en equilibrio emocional y no permitir que sus inquietudes y preocupaciones afecten al individuo a su cuidado. **I1:E3** “No crea miijita yo me controlo mucho, no lloro ni me muestro débil delante de ella yo si tengo algo presente y es que yo soy para ella un apoyo; y pues me toca tragarme todo mi dolor y desesperación; a veces me gustaría salir corriendo y no volver más, gritar y que alguien me entienda o acostarme y no pensar en nada mas, pero la preocupación por Sandra no me deja; yo lloro sola y no puedo echar pa fuera todo y eso me está ahogando; a quien le digo yo algo (llanto). Porque es que esto es duro es como si no tuviera fin; como me gustaría que mi esposo anduviera aquí conmigo al menos el me escuchara y me ayudara”.

I2: E2 “eso a mí me daba como angustia, me sentía cansada y aburrida de estar soportando esto y eso es muy aburridor estar atendiendo a una persona enferma y mas que le toca a uno solo de aquí para allá, entonces uno en ese momento se siente cansada, le provoca a uno es como arrancar y salir corriendo”

Reorganización. Consolidación y nueva perspectiva de su escenario. Ya en esta última fase la familia experimenta mayor **tranquilidad, seguridad y fortaleza** como respuesta a la estabilización de la nueva situación familiar. **I1:E3** “Ahora me siento bien mamita porque la tengo a mi lado y sé que estoy con mi hija vee; cuando mi hija tuvo el accidente yo pensé que se me iba a morir; dios me dio mucha fuerza mami”. Pues ahora me siento más tranquila, veo con más claridad las cosas a comparación del principio, volví a vernos como una familia chiquita de 2 como siempre lo hemos sido. Claro todavía sigo viendo de sus cosas y pendiente de que si se siente mal...” la magnitud y gravedad de la enfermedad alivia al cuidador, el cual reconoce y acepta de una vez por todas las realidades y

trata de vivirla, **resaltando lo positivo del evento**. “Yo corrí con suerte de que el accidente de Sandra no fuera tan grave; porque yo había escuchado que esos golpes en la cabeza dejan mongólicos a la gente y hasta paralíticos, no me quiero ni imaginar que hubiera hecho. Y pues eso me ha aliviado un poco porque no fué sino un golpe y se recuperó”. La verdad lo único bueno que le he visto a este accidente es que ha aquietado a esta muchacha porque mi hija esa era una que se me iba todos los viernes y no me regresaba a veces sino hasta el domingo toda borracha y vuelta nada, ni me avisaba donde iba a estar ni con quien; Dios mío bendito yo no pegaba un ojo de la angustia donde estará esta muchachita y era que no me hacía caso y se largaba con ese tiesto de moto. Ahora al menos es un poco consciente se va en ella pero si va jartar viene y la guarda”

I2:E2 “pues el cambió mucho porque en el momento de que el sufrió eso, el ya el día sábado siempre salía se iba a tomarse sus cervecitas, entonces ya ahorita no, ya cada mes se toma su cerveza, ya ha cambiado mucho, ya le da muchos consejos a los amigos, le da consejos a los hijos”

Esta investigación cualitativa con abordaje fenomenológico permitió acercarse a la realidad y experiencia personal de cada familia en el proceso de afrontamiento; y así comprender este fenómeno y su significado, al mismo tiempo que contribuye generando teoría propia a la disciplina de enfermería.

Conclusiones

La familia se convierte en un elemento pilar en la recuperación prolongada de la personada lesionada y las adaptaciones a la discapacidad. Las personas que se encuentran frente al cuidado de la persona que ha sufrido el traumatismo craneoencefálico por lo general son mujeres amas de casa, las cuales disponen de su vida y habilidades para brindar lo mejor de sí; cubriendo las necesidades físicas y emocionales de esta.

El proceso de afrontamiento se puede estructurar en 3 fases que se complementan y se viven de manera

secuencial: Desorganización, Recuperación y Reorganización; cambiando a lo largo del tiempo y varía como resultado de la severidad del mismo, el grado de perturbación del sistema familiar y el uso de recursos disponibles (intrafamiliares, amigos y profesionales).

Se puede concluir que los factores que hacen cambiar la respuesta de este cuidador e influye en el momento de elegir cuál de los 2 tipos de estrategias utilizar (centradas en el problema o centradas en la emoción) son principalmente: situación socioeconómica, relaciones familiares y gravedad de la enfermedad.

Se identificó que Las estrategias de afrontamiento más utilizadas y consideradas en gran medida por estas familias son: Confrontación, Planificación, Autocontrol, Búsqueda De Apoyo Social, Aceptación Y Reevaluación Positiva. Tienen como objeto conservar la organización familiar, promover el bienestar y darle solución a la crisis presente.

Cada familia tiene preferencias individuales en la utilización de una u otra estrategia de afrontamiento ante diferentes situaciones dependiendo de su dominancia, aprendizaje, naturaleza del estresor y circunstancias en las que se produce; interfiriendo o potenciando el proceso de afrontamiento. Encontrándose mayor utilización de las estrategias centradas en la emoción.

El impacto del evento traumático predispone a las familias las cuales experimentan una serie de sentimientos y síntomas a lo largo del proceso de afrontamiento; alterando su bienestar tanto físico, biológico y psicológico (falta de apetito, pérdida de peso, ansiedad, alteración del patrón del sueño, miedo, incertidumbre, angustia, positivismo, tranquilidad, seguridad y fortaleza.)

La carencia de recursos económicos junto con las precarias relaciones familiares son factores determinantes en el proceso de afrontamiento de estos cuidadores principales; puesto que hacen más

difícil sobrellevar la problemática e intervienen en el grado de cohesión y adaptabilidad de los mismos.

Un afrontamiento adecuado y equilibrio emocional demanda gran participación de los familiares: optar por la búsqueda de información en los profesionales de la salud, aceptación de su realidad y mentes abiertas a distintas posibilidades terapéuticas; así como continuar apoyando emocionalmente y en los cuidados básicos a la persona lesionada afectando de forma directa la capacidad de afrontamiento.

Para estas familias el apoyo social no hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado. No es tanto la red "física" o número de personas cercanas sino el apoyo percibido por parte de la persona, tener alguien cercano en quien confiar y apoyarse. Es por esto que se convierte en una de las estrategias más utilizadas por estas familias y las valoran como más eficaces para afrontar situaciones difíciles.

Una percepción y actitud optimista permiten a estas familias evaluar los posibles aspectos positivos que tengan o haya tenido el evento traumático dentro de su dinámica y funcionamiento familiar.

Bibliografía

- (1)ALDERMAN, N., Fry, R.K. y YOUNGSON, H.A. (1995). National Head Injury Foundation (NHIF-1989) Improvement of self-monitoring skills, reduction of behaviour disturbance and the dysexecutive syndrome: comparison of response cost and a new programme of self-monitoring training. *Neuropsychological Rehabilitation*, pág. 193-221.
- (2)ANDERSON, V.A., et al. (2005). Outcome 30 months after traumatic brain injury inIdentifying factors contributing to child and family. *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 76, 401-408 Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pag. 1-21
- (3)ARRARAS Juan Ignacio y GARRIDO Emilio. El afrontamiento de la enfermedad. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona. Hospital San Juan de Dios. Universidad Pública de Navarra Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero.Pag.1-12.
- (4)LAZARUS, r.s. y FOLKMAN, s. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española Estrés y procesos cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca. Disponible en Internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pág. 1-8
- (5)MC CUBBIN h, LARSEN a. y OLSON, d. (1981). F COPES. Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. University of Minnesota: St. Paul. Disponible en Internet portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-12_127-141.pdf –pag 1-31
- (6)MONTILLA Fernández Ana María. Jornadas de hepatitis c en valencia. ponencia "el paciente y la familia ante la enfermedad" 28 de junio de 2006 Disponible en internet <http://www.aehc.es> ág. 1-9
- (7)MORENO Pedro, BLANCO Carmen. Epidemiología y clasificación del daño cerebral. En *Neuropsiquiatría del daño cerebral*. Ed. I.Quemada; C.Pelegrin; J.M. Muñoz,1996.Ed.Prou Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pag1-5.
- (8)ROCA Pérez m. apoyo Social. su significación para la salud humana. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela; 2000. Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero. pag 1- 16.
- (9)ROY Callista. Modelos teóricos en enfermería. www.enfermeriajw.cl/teoristas/Callista_Roy2.ppt-1-8

Calidad de atención y relaciones familiares en la asistencia a los controles del servicio de consulta externa

Quality of care and family relations in assisting controls outpatient service

William Atehortúa* - Ludy Maritza Sarmiento**
 Yurley Karina Mendoza** - Fanny Julieth García**
 Miryam Zureth Aceros** - Cruz Belen Urbina**
 Elvia Elena Rodríguez**

Resumen

Para recolectar la información se realizaron 100 visitas domiciliarias; se aplicaron 2 instrumentos para c/u, (calidad de atención y apgar familiar); para la tabulación, se utilizaron tablas de contingencia; la información se presentó a razón de disparidad, determinando la fuerza de asociación entre los factores de riesgo estudiados, de acuerdo con las hipótesis planteadas.

Se pudo determinar que la insatisfacción de los usuarios para la calidad de los servicios ofertados por el H.M.R.S. es un factor predisponente para inasistencia a los controles por consulta externa. Se identificó que no hay evidencia estadísticamente, que el presentar insatisfacción, representa un factor asociado para la inasistencia a tratamiento por consulta externa.

Para la funcionalidad familiar, se demostró que el 96.7% de cada 100 casos presentan disfuncionalidad familiar, y un 89.7% de cada 100 controles también presentan disfunción familiar, demostrando que esta variable es una característica principal de los pacientes mentales en general.

Para concluir, la calidad de atención como la funcionalidad familiar, representan un factor predisponente a presentar inasistencia, pero no son la principal causa por la cual los usuarios del Hospital Mental Rudesindo Soto (HMRS) no acuden a los controles programados por consulta externa de acuerdo a lo investigado.

Palabras claves

Enfermedad mental, funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento.

Abstract

For the harvesting of the information 100 domiciliary visits were realised; 2 instruments for c/u were applied, (quality of attention and to apgar familiar); for the tabulation, contingency tables were used, and the information I appear at the rate of disparity, determining the force of association between the studied factors of risk, in agreement with the raised hypotheses.

With the investigation it was possible to be determined that the dissatisfaction of the users for the quality of the services supplied by the H.M.R.S is a factor prearranger for inasistencia to the controls by external consultation. I identify myself that there is no evidence statistically, that presenting/displaying dissatisfaction, represents a factor associated for the inasistencia treatment by external consultation.

For the familiar functionality, one demonstrated that the 96,7% of each 100 cases present/display familiar disfuncionalidad, and 89,7% of each 100 controls also present/display familiar dysfunction, demonstrating that this variable is a basic characteristics of the mental patients generally.

In order to conclude, the quality of attention like the familiar functionality, represents a factor prearranger to present/display inasistencia, but they are not the main cause by which the users of the HMRS do not go to the controls

Key words

Mental illness, family functioning, adherence to treatment

* Estadista, Coordinador de Sistemas Instituto Departamental de Salud. w_atehortua@hotmail.com

** Estudiantes V semestre Programa Enfermería U.F.P.S. marysat07@hotmail.com, Recibido: 18 septiembre/08 - Aceptado: 8 junio/09

Introducción

Las enfermedades mentales son afecciones o síndromes psíquicos que afectan en el individuo el porte, la actitud, la conciencia, el sueño, la atención, la orientación, el lenguaje, la memoria, la sensorpercepción, el pensamiento y el afecto. En general, estos trastornos mentales son a causa de la angustia y el deterioro de importantes áreas del pensamiento psíquico. Afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo.¹

El abandono del tratamiento de un paciente mental es sinónimo de deserción, incumplimiento de las citas, no cumplimiento de las pautas, no adherencia, discontinuidad terapéutica o la terminación prematura o temprana.

Este abandono consiste en una situación en la cual, se engloba aquellos individuos que habiendo establecido algún contacto por consulta externa psiquiátrica, no continuaron el proceso de ayuda solicitado y los que una vez iniciaron formalmente ese proceso, no siguieron el mismo; en ambos casos, son la notificación de alguna razón.

Al indagar en los estudios sobre factores relacionados con la asistencia a los controles psiquiátricos se encuentra que la calidad de atención y la funcionalidad familiar están directamente relacionados con la asistencia o no a controles por consulta externa, la cual está determinada e influenciada por diferentes factores extrínsecos e intrínsecos del ambiente en que convive habitualmente el individuo, generando como consecuencias prioritarias las recaídas y nuevos episodios de la enfermedad de mayor gravedad, dando como resultado la disminución del estado mental de la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.²

En lo concerniente a los procesos familiares, es bueno que los pacientes mentales establezcan una comunicación positiva con sus familiares, siendo estas las orientadoras y las que proporcionen apoyo y supervisión requerida por ellos, pero a la vez, favoreciéndoles la autonomía, permitiendo que ellos mismos se impliquen en su proceso y adquieran la conciencia necesaria para aceptar la ayuda de un personal capacitado e idóneo para la situación.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo analítico, retrospectivo de casos y controles. La población en estudio quedó conformada por 50 pacientes inasistentes (casos) y 50 pacientes asistentes (controles).

Los pacientes tenían características similares en cuanto a género, edad y patología. Se excluyeron de la población los pacientes menores de edad, procedentes de otros municipios fuera de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

Al realizar las visitas domiciliarias a los pacientes para la aplicación de los instrumentos, se encontró que las direcciones de 30 pacientes se encontraban

¹ TRASTORNOS MENTALES (citado el día 15 agosto de 2008) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/mental2.ht>

² World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS, 1985 (Euro Reports and Studies Series: n.º 94). (citado el día 28 de octubre del 2008) disponible en www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL104/M1041405.pdf

incorrectas y 10 pacientes se mostraron renuentes, lo que redujo la muestra a 30 casos y 30 controles.

Para la aplicación de los instrumentos cada paciente participante en la investigación firmó el consentimiento de participación voluntaria.

Los instrumentos utilizados para el estudio fueron el apgar familiar y un cuestionario para medir la satisfacción del usuario respecto al servicio de consulta externa del Hospital Mental Rudesindo Soto (H.M.R.S.)

El apgar familiar fue creado por el Dr. Gabriel Smilktein de la universidad de Washington, Seattle, en 1978. Se creó como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia. Es un instrumento que es fácilmente entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además es capaz de proporcionar función familiar³.

Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos que son: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. Estos aspectos se categorizan bajo 5 posiciones (4, 3, 2, 1, 0). 0= nunca; 1= casi nunca; 2= alguna veces; 3=casi siempre; 4=siempre

Así al sumar los parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20; entre 18 y 20 puntos hay funcionalidad familiar, puntajes menores de 17 representan un grado de disfuncionalidad familiar.

Para medir la calidad de atención, se utilizó una encuesta que consta de 12 preguntas de selección múltiple que nos permite evaluar el grado de satisfacción del paciente en lo concerniente a su consulta psiquiátrica, relación establecida entre enfermera-paciente, médico-paciente y la atención brindada por los profesionales de salud.

Las puntuaciones se dan de la siguiente manera: los ítems formulados en forma positiva tiene un valor de 5 puntos y los ítems formulados de forma negativa tiene un valor de 1.

Una vez establecida la sumatoria de las respuestas, la mínima puntuación será de 10 y la máxima de 60, categorizándolas dentro de las siguientes dimensiones: Insatisfecho (10-40); Satisfecho (41- 60).

Para la recolección y análisis de los resultados se utilizaron tablas de contingencia las cuales se representaron en diagramas de barras. La información se presentó con razón de disparidad para determinar la fuerza de asociación entre los factores de riesgo anteriormente mencionados, además de la prueba de chi cuadrado para identificar la asociación entre los factores de riesgo: calidad de atención y funcionalidad familiar, con el efecto de la inasistencia a los controles psiquiátricos de la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto (HMRS) y de esta manera comprobar estadísticamente Las hipótesis y definir los criterios de aceptación o rechazo de las mismas.

Objetivos

General

Determinar la calidad de atención, y la funcionalidad familiar de los usuarios en consulta externa.

Específicos

- Identificar la relación entre calidad de atención y asistencia a controles.

³ Arias Liliانا, Herrera Julián, El APGAR familiar en el cuidado primario de salud, (citado el día 28 de Octubre) Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.ht>

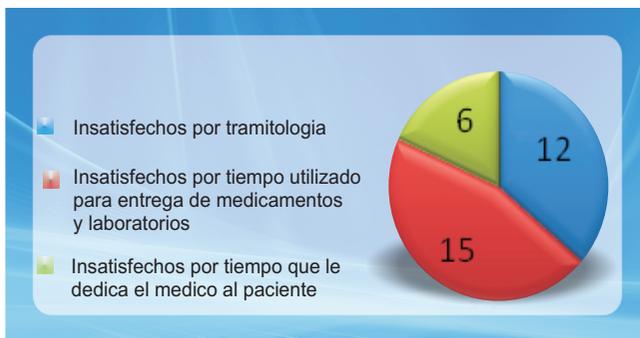
- Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y la asistencia a controles.

Resultados y Discusión

Calidad de atención

El 53.3% de los casos estudiados refiere una insatisfacción respecto a la atención recibida en el servicio de consulta externa de la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto (HMRS) en cuanto a la tramitología para lograr la atención y el tiempo tanto de atención médica y el tiempo utilizado para entregar medicamentos y exámenes de laboratorio. Para analizar la satisfacción de atención en un servicio se deben cumplir con unos requisitos como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad, como se puede observar en la gráfica 1.

Gráfica 1: Distribución de insatisfacción de calidad de atención en el grupo de casos. ESE HMRS. 2009



FUENTE: Encuesta de calidad de atención brindada por el servicio de consulta externa de la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto (H.M.R.S)

El O.R (1.71) nos indica que la insatisfacción de los usuarios por parte de la calidad de los servicios ofertados por la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto (HMRS.) es un factor predisponente para inasistencia a los controles por consulta externa. (TABLA 1)

Sin embargo se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula, demostrando que no hay

evidencia estadísticamente ($\chi^2= 1.07$) que el presentar insatisfacción, represente un factor asociado para la inasistencia a tratamiento por consulta externa.

Tabla 1: Calidad de atención en el grupo de casos y controles de la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto (ESE HMRS). 2009

Variable	Casos		Controles		Total	
	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa
Insatisfechos	16	53.7	12	40	28	46.7
Satisfechos	14	46.6	18	60	32	53.3
Total	30	100	30	100	60	100

FUENTE: Encuesta de calidad de atención brindada por el servicio de consulta externa de la ESE H.M.R.S

Funcionalidad familiar

La familia juega un papel fundamental como posible protector o desencadenante de las recaídas ya que de ella depende tanto el cumplimiento terapéutico como en el manejo de síntomas y la conciencia de enfermedad.

El O.R. (4.4) demuestra que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la inasistencia a los controles por consulta externa, concluyendo que el apoyo familiar es vital para la recuperación de los usuarios. (Tabla 2).

Tabla 2: Funcionalidad familiar en el grupo de casos y controles en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto (ESE HMRS). 2009 (HMRS)

Variable	Casos		Controles		Total	
	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa
Disfuncionalidad familiar	29	96.7	26	89.7	55	91.7
Buena función familiar	1	3.33	4	13.3	5	8.3
Total	60	100	60	100	60	100

FUENTE: Encuesta de calidad de atención brindada por el servicio de consulta externa del H.M.R.S

El estudio de satisfacción del usuario como indicador de calidad⁴ realizado por Jiménez VM, Ortega VMC, Cruz AG, Cruz CM et al (2003), encontro según las observaciones del usuario externo como debilidades: deficiente trato personal e individualizado, escasa educación para la salud y el autocuidado, falta disposición para resolver dudas, insuficiente explicación del procedimiento durante su realización, cortesía y oportunidad de la enfermera en el desarrollo de los procedimientos.

Es evidente que la satisfacción del paciente depende en gran parte de la disposición del personal de salud y su interacción con él, haciendo que este se encuentre en una ambiente agradable para poder lograr la expresión de sus dudas, a través de un proceso en el cual el gestor de conocimiento movilice una serie de recursos humanos y del entorno, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que vive las experiencias relacionadas con la alteración de la salud y perciba de manera constante la interacción del personal de salud-entorno-paciente.

La satisfacción del usuario es una forma habitual de evaluar la asistencia a cualquier servicio, resultando, al mismo tiempo, un buen indicador de la calidad del servicio prestado.

En el estudio de satisfacción de los pacientes asistidos en una consulta externa de alergología,⁵ realizado en la Universidad de Murcia, España por RAMIREZ HERNANDEZ, C. MERIDA FERNANDEZ, J.M. Negro Álvarez, TOLEDO, R. Félix, MARTINEZ LÓPEZ, R.M (2004) encontraron que de los 113 casos el 6,19% afirma que el tiempo dedicado a su consulta fue "escaso" o "muy escaso coincidiendo con nuestro estudio donde los

usuarios solicitan una mejora del sistema de citas, la reducción de la lista de espera y el tiempo excesivo de espera previo a la consulta.

El estudio de la "Intervención familiar y prevención de recaídas"⁶ realizado en Barcelona, con familias de pacientes bipolares por REINARES María y VAN Gent, Eduard (2002), apoya que la intervención familiar acompañada de tratamiento permite la reducción del número de recaídas y hospitalizaciones, mejorando el funcionamiento familiar, ocupacional y social del paciente.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la población más inasistente a los controles por consulta externa está comprendida entre los 20 y 29 años de edad, con un 20%, enfatizando el predominio en mujeres.

Con respecto a las variables estudiadas, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre presentar insatisfacción con la calidad del servicio como factor asociado a la inasistencia a tratamiento por consulta externa de la Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto (ESE HMRS.)

La disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la inasistencia a los controles por consulta externa. Concluyendo de esta manera que el apoyo familiar es vital para la recuperación de los usuarios.

La calidad de atención, como la funcionalidad familiar, representan un factor predisponente a presentar inasistencia, pero no son la principal causa por la cual los usuarios de a Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto (ESE HMRS) no acuden a los controles programados por consulta externa de acuerdo a lo investigado en el presente estudio.

⁴ JIMENEZ y VILLEGAS, María del Carmen, ORTEGA VARGAS, María Carolina, CRUZ AYALA, Gloria, CRUZ CORCHADO, Maricela, QUINTERO BARRIOS, Martha, MENDOZA ROMERO, Evelia, ANTUNEZ DE LA ROSA, María Rocío, et al. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Rev. Mexicana Enfermería Cardiológica 2003; 11(2) : 58-65, (tomado el día 10 de Septiembre de 2008), disponible en <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-2/en-en032c.htm>

⁵ RAMIREZ HERNANDEZ1 (2004), C. MERIDA FERNANDEZ 1, J.M. Negro Álvarez1,2, TOLEDO, R. Félix 1, MARTINEZ LÓPEZ, R.M.1. Satisfacción de los pacientes asistidos en una consulta externa de alergología, Sección de Alergología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (España), (tomado el día 10 de Septiembre de 2008), disponible en <http://revista.seaic.es/agosto2004/C03-1182.PDF>

⁶ REINARES, María, VAN GENT, Eduard. Interpsiquis 2002 Intervención familiar y prevención de recaídas, Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona Stanley Foundation Research Center. Neuropsiquiatra, Slingeland Hospital, Doetinchem, Holanda, (tomado el día 10 de Septiembre de 2008), disponible en <http://www.bipolarweb.com/Articulos/intervfamilia.htm>

Bibliografía

(1)ARIAS, Liliana, HERRERA, Julián, El APGAR familiar en el cuidado primario de salud, (citado el día 28 de Octubre) Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>

(2)JIMÉNEZ y VILLEGAS, María del Carmen, ORTEGA VARGAS, María Carolina, CRUZ AYALA, Gloria, CRUZ CORCHADO, Maricela, QUINTERO BARRIOS, Martha MENDOZA, María., ROMERO, Evelia, ANTUNEZ DE LA ROSA, María del Rocío, . Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Rev. Mexicana Enfermería Cardiológica 2003; 11(2) : 58-65, tomado el día 10 de Septiembre de 2008, disponible en <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-2/em-en032c.htm>

(3)TRASTORNOS MENTALES (citado el día 15 agosto de 2008) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/mental2.html>
World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS, 1985 (Euro Reports and Studies Series: n.º 94). (citado el día 28 de octubre del 2008) disponible en www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL104/M1041405.pdf

(4)RAMIREZ HERNANDEZ1, C. FERNANDEZ, Mérida1, J.M. Negro Álvarez1,2, R. TOLEDO, Félix 1, MARTINEZ LÓPEZ, R.M.1. Satisfacción de los pacientes asistidos en una consulta externa de alergología, Sección de Alergología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (España), tomado el día 10 de Septiembre de 2008, disponible en <http://revista.seaic.es/agosto2004/C03-1182.PDF>

(5)REINARES, María, VAN GENT, Eduard. Interpsiquis 2002 Intervención familiar y prevención de recaídas,

Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona Stanley Foundation Research Center. Neuropsiquiatra, Slingeland Hospital, Doetinchem, Holanda, tomado el día 10 de Septiembre de 2008, disponible en <http://www.bipolarweb.com/Articulos/intervfamilia>

Conocimientos y registros clínicos en el paciente con trauma craneoencefálico

Knowledge and clinical records in patients with head trauma

María Azucena Silva* - Diana Paola Mojica Guerrero**
 Tatiana Margarita Reyes Fajardo - Flor Alicia Martínez**
 Karin Garnica Lagos** - Sandra Urquijo**
 Deisy Yaneth Correa Antolinez**
 Sandy Jackeline Acevedo Jaimes**

Resumen

La atención del paciente con Trauma Craneoencefálico es llevado por un equipo integral de salud, siendo el objetivo rehabilitar al paciente con un correcto y adecuado tratamiento y cuidado, teniendo principios científicos para ello. Es por esto que es de gran importancia valorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de los cuidados del paciente con Trauma Craneoencefálico y su relación con los registros clínicos que se realizan en la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN del Hospital Universitario Erasmo Meoz; para lograr desarrollar un estudio cuantitativo descriptivo de corte correlacional en el cual la población fue de 10 enfermeros profesionales, Adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN del Hospital Universitario Erasmo Meoz; durante Octubre-Noviembre 2008. Para la recolección de información se emplearon dos instrumentos. El primero es una lista de cotejo de datos neurológicos hallados(o no) en la hoja de registros clínicos y el segundo evalúa el nivel de conocimientos en cuanto al manejo de los pacientes con Trauma Craneoencefálico.

Al recoger los datos el 70 % de la población está en un rango de conocimientos sobresalientes y el 30 % tienen conocimientos aceptables. En los registros de enfermería se presentó que el 100% de la población tuvo un registro eficiente sobre la valoración del paciente con Trauma Craneoencefálico, encontrando que los profesionales de enfermería registran al ingreso y luego continúan registrando los auxiliares de enfermería, por tanto, existe una relación directa entre los conocimientos de enfermería y los registros en la historia clínica, ya que a mayor nivel de conocimientos sobresalientes mayor son los registros suficientes para el paciente con Trauma Craneoencefálico.

Palabras claves

Enfermería, cuidados.

Abstract

The TEC care of the patient is led by a team of health, the aim being to rehabilitate the patient with a correct and appropriate treatment and care, with scientific principles for doing so. That's why it is important to assess the level of knowledge of nurses about the care of the patient with TCE and its relationship to the clinical records that are made in the ICU DUMIAN Huemer; to achieve a study to develop cutting Quantitative Description correlational in which the population was 10 professional nurses, attached to the ICU of DUMIAN Huemer; during October-November 2008. For gathering the information is used two instruments. The first is a list of matching data neurological found (or not) in the leaves of clinical records and the second evaluates the level of knowledge regarding the management of patients with TCE. To collect data for 70% of the population is in a range of outstanding skills and 30% have knowledge acceptable. In the nursing records show that 100% of the population had an efficient registration on the assessment of the patient with TCE, finding that the nurses recorded at the entrance and then continue recording the nurse's aides, therefore, there is a relationship direct knowledge of nursing and clinical records in history, since a higher level of knowledge are more outstanding records sufficient for the patient with TCE.

Key Word

Nursing, Care

* Enfermera Profesional, Coordinadora UCI Adultos Clínica San José, mazusire@hotmail.com

** Estudiantes de séptimo semestre Programa Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. dianita_cucuta@hotmail.com

Recibido: 17 octubre/08 - Aceptado: 5 mayo/09

Introducción

La enfermería como profesión comprende el uso racional, lógico y coherente de conocimientos con principios éticos-morales para desarrollar acciones o cuidados de manera pertinente en el ámbito intra o extra hospitalario (Aguilar, R y Col 2004). En especialidades tan importantes como, cuidados intensivos el rol de la enfermera (o) se hace más complejo debido a que su perfil de desempeño le exige un dominio teórico práctico acorde con las demandas de los pacientes en estado crítico, quienes requieren de ellas (os) un alto compromiso por el nivel de dependencia que su estado de salud le ha ocasionado.

Dentro de los cuidados brindados por parte de enfermería a los pacientes con diferente diagnóstico médico, el trauma craneoencefálico representa un estado en el cual la enfermera hace parte importante de un equipo interdisciplinario que debe tener conocimientos adecuados acerca de su manejo, entendiendo que el Trauma Cráneo Encefálico abarca todas las alteraciones que se producen en el cráneo y el encéfalo como consecuencia de un impacto directo o indirecto que causa, ya sea inmediatamente o bien tras un breve periodo libre de manifestaciones, una pérdida de conciencia y otras alteraciones neurológicas transitorias o definitivas¹.

El estudio pretende relacionar cuál es el conocimiento de las enfermeras (os) que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos acerca del cuidado del paciente Politraumatizado con las observaciones neurológicas que registran.

Materiales y métodos

El presente estudio es de tipo Cuantitativo Descriptivo de corte correlacional. La población está conformada

por 10 enfermeras (os) profesionales, adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN del Hospital Erasmo Meoz durante los meses de Octubre- Noviembre 2008.

La información será recolectada a través de dos instrumentos, el primero de ellos es una lista de cotejo de los registros de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico, conformado por cinco ítems: Escala de Coma de Glasgow, Exploración de las pupilas y signos vitales completos. Se darán 6 puntos por cada uno de los datos que conforman los respectivos ítems.

El siguiente ítem consta de: movimientos faciales y de miembros el cual recibe una puntuación de 4.5 puntos por cada uno de los datos que estén registrados. Asimismo existen datos neurológicos susceptibles de reportarse, y considerando que no todos los pacientes con diagnóstico de Trauma Craneoencefálico presentan cierta sintomatología. A cada uno de los datos enunciados obtendrán una puntuación de 2.5 de estos datos que estén registrados.

Esta lista se calificará de acuerdo a los siguientes rangos: 75 puntos y más = Suficientes. Menos de 75 puntos = Insuficientes.²

El segundo instrumento evalúa el nivel de conocimientos en cuanto al manejo de pacientes con diagnóstico de Trauma Craneoencefálico, el cual está dividido en tres partes: 1. Información del encuestado, 2. Datos laborales, 3. Revisión de conocimientos del paciente con trauma craneoencefálico. Evaluando parámetros fisiológicos, manejo y cuidados.

El instrumento se integrará con un total de 20 ítems, cada respuesta correcta tendrá un valor de 5 % y se calificará de acuerdo a los siguientes rangos:³

¹ LLOYD ZUSY, Mari. Enciclopedia de la enfermería. Bogotá: Océano, 2002. 406 p. Disponible en la Web: [www.agapea.com/.../TEMARIO-VOL-II-OPOSICIONES-MATRONAS-AGENCIA-VALENCIANA-DE-SALU...-] Consultado: Septiembre 2008

² HERNANDEZ Salazar, Eduardo. Investigación realizada en el curso postécnico de Enfermería Pediátrica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara- México 2007

³ LOPEZ, Cid Juan José; FERNANDEZ Marin; ASIAIN Erro MC. Manejo de paciente con diagnóstico de Trauma Craneoencefálico. Madrid-España.

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE
17 - 20 preguntas correctas	Excelente	81 - 100 %
13 - 16 preguntas correctas	Sobresaliente	61 - 80%
9 - 12 preguntas correctas	Aceptable	45 - 60%
Menos de 8 preguntas	Insuficiente	Menor de 45%

Objetivo

General

Valorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de los cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico y su relación con las observaciones neurológicas que registran en la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Resultados y discusión

Al aplicar el instrumento a cada profesional de la salud por medio de las visitas frecuentes a la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz se encontró que el mayor porcentaje de género en los enfermeros fue el femenino 70% y el restante 30% de género masculino.

Con respecto a la edad de los enfermeras (os) que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo se encontró que un 70% se encuentran entre 26 y 40 años, seguido de 20% se encuentran entre más de 40 años y por último 10 % están entre 18 a 25 años.

“Las enfermeras cumplen un papel muy importante en cuanto a la promoción, restablecimiento y rehabilitación de la salud de los enfermos y sus cuidados, debiendo cumplir a cabalidad con las

acciones de atención integral, para así proporcionarle seguridad y bienestar, elementos necesarios para el buen funcionamiento de cualquier institución”⁴

En los datos laborales de la población, se encuentra la experiencia en el servicio que en su mayor proporción es de 1 a 5 años con 70% seguido de más de 5 años 20% y menos de 1 año 10 %. Esta situación se fundamenta según diversos estudios, la media del ejercicio profesional para las enfermeras es de 11 años, con un rango de 2,5 a 15 años, y para las auxiliares de enfermería de 18 años con un rango de 2 a 27 años.

Respecto a la antigüedad laboral en su mayor porcentaje fue 40 % de 3 a 5 años, en un 30 % de 6 a 15 años, en un 20% 15 y más, terminando un 10 % menos de 2 años. Para los empleadores que incorporan profesionales sin experiencia en su campo de formación, la antigüedad laboral (independientemente de las tareas que hayan desarrollado) será importante porque aseguran que ya han adquirido una razonable cuota de lo que se define como "cultura del trabajo".

La recolección de información permite observar que el 70 % de la población está en un rango de conocimientos sobresalientes mientras que el 30 % tienen conocimientos aceptables.

En especialidades tan importantes como, cuidados intensivos el rol de la enfermera (os) se hace más complejo debido a que su perfil de desempeño le exige un dominio teórico-práctico de acuerdo con las demandas de los pacientes en estado crítico, quienes requieren de ellas (os) un alto compromiso por el nivel de dependencia que su estado de salud le ha ocasionado.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas

⁴ JAIME BREILH. La Triple Carga Laboral – CEAS serie mujer #2 Quito: Trillos, 1991. Disponible en la Web: www.monografias.com/trabajos15/triple-carga-laboral/triple-carga-laboral.shtml. Consultado

direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo a las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.

Lista de cotejo de registro de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico

En los registros de enfermería se presentó que el 100% de la población tuvieron un registro eficiente sobre la valoración del paciente con trauma craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz.

“El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario”.⁵

El registro escrito evidencia la evolución del paciente en el proceso de salud-enfermedad dentro de una institución hospitalaria y ésta se convierte en la protección legal; enfermería "debe dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, es la prueba de los lineamientos humanos, éticos y científicos desarrollados. El acto de cuidado que no se registra no se realizó" esta frase es un llamado que justifica la importancia de valorar el registro de enfermería. La dificultad para realizar los registros de enfermería de manera manual, sugiere que se deben formular propuestas tangibles de informatización de

los registros de enfermería y así mejorar el uso del tiempo para el cuidado directo del paciente.⁶

La enfermera (o) en el ámbito hospitalario, se encamina al cuidado directo de los pacientes a cargo y conjuntamente la realización del correspondiente registro de notas de enfermería que evidencia la aplicación del proceso, garantizando la continuidad del cuidado; adicionalmente el profesional realiza actividades de tipo administrativo que hacen parte de este mismo proceso.

Son pocas las investigaciones anteriores que se han suscitado en torno a este tema, estudiantes de enfermería integraron un trabajo de investigación, muy similar en el que el objetivo del estudio era responder a la cuestión de: ¿Qué es lo que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de II nivel?”⁷

Los resultados muestran que los registros de mayor uso son: la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las indicaciones médicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto el tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo. Finalmente hay poca pertenencia con los registros realizados por la (el) enfermera (o) por la carencia de los criterios de diligenciamiento ético-legales.

⁵ RUIZ, Hontangas A. Calidad de los registros de Enfermería En Enfermería Cardiovascular. 13-02-06. Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. En: <http://www.saludycuidados/No.7/registro/registro>. Consultado: Septiembre 2008.

⁶ Proyecto de Ley de la Responsabilidad Ética deontológica de la Enfermería en Colombia 5o versión. 2002. Disponible en la Web: encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros2.htm. Consultado: Septiembre 2008.

⁷ CHAPARRO DÍAZ, Lorena. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Trabajo de grado para obtener el título de Enfermera. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Año 2003 Pp. 1-19. Disponible en la Web: www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMERIA.pdf

Las acciones de salud en las etapas de prevención primaria, secundaria y terciaria en las que interviene la enfermera mediante la aplicación de sus conocimientos científicos y los de su profesión, ayudarán al hombre a mantener o a establecer su equilibrio.⁸

Conclusiones

Con el estudio se demostró que el género que predominó es el femenino, con un 70 % conservando la tendencia bibliográfica a nivel de los estudios revisados, donde se puede evidenciar que esta situación se mantiene debido a las características del perfil de enfermería.

Las edades en que se encuentra el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN Hospital Universitario Erasmo Meoz en su mayor proporción son de 26 a 40 años, los cuales se encuentran dentro de las etapas de adultos jóvenes y medios en edad productiva. Se puede observar que la población joven se ha integrado a este servicio.

La experiencia en el servicio y el nivel de conocimientos sobre el manejo del paciente con trauma craneoencefálico son directamente proporcionales, debido a que la enfermera (o) trata de satisfacer las necesidades de cuidado del paciente, dependiendo del servicio o especialidad donde ejerza, que le exige diferentes niveles de conocimientos.

La aplicación del instrumento sobre los conocimientos del personal de enfermería en pacientes con trauma se realizó de manera objetiva, práctica y pertinente a los 10 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN.

Se evidenció que el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN está

capacitado en la atención de un paciente con trauma craneoencefálico, ya que el 100 % presentan conocimientos sobresalientes, a pesar de presentar a nivel general falencias en cuanto a la acción de enfermería en pacientes que presentan convulsiones tónico-clónicas, indicador temprano del incremento de la PIC y no reconocer las complicaciones más importantes en fractura de la base del cráneo.

El uso adecuado y oportuno de los registros de enfermería permite calidad en la atención de enfermería, porque así da un análisis completo de la condición clínica del paciente y permite que las ordenes medicas tengan acción sobre lo que esté presentando el paciente. Logrando así al final disminución de estancia, disminución de material médico quirúrgico y medicamentos.

Los registros clínicos que realiza el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz son suficientes para conocer la condición general del paciente con trauma craneoencefálico, a pesar de obviar datos con respecto a los movimientos faciales y de miembros (tono muscular y simetría/asimetría).

Existe una relación directa entre los conocimientos de enfermería y los registros en la historia clínica, ya que a mayor nivel de conocimientos sobresalientes mayor son los registros suficientes para el paciente con trauma craneoencefálico.

Bibliografía

(1)BENAVENTE. Garcés. Los registros de enfermería: consideraciones Ético-Legales. Marco de la I. trobada de enfermería comunitaria. Asociación de Enfermería comunitaria celebrada en Sevilla. Octubre 1998. Publicado en CB N.41 1. 2000 Disponible en la Web: www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=222 -

⁸ Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Washinton, 1971

(2)BERBEO CALDERON, Miguel E y ALBRENIA SILVA, Jorge E. Protocolo para el diagnostico y el tratamiento del trauma craneoencefálico en urgencias. Bogotá: Universidad Medica, 2000. 41 p. Disponible en la Web : [med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v41n1/0008%20trauma%]

(3)Consejo Internacional de Enfermería. Bienestar social y económico de las enfermeras. Disponible en la Web: [www.icn.ch] Acceso el 10 de Julio de 2003.

(4)CHAPARRO DÍAZ, Lorena. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Trabajo de grado para obtener el título de Enfermera. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Año 2003 Pp. 1-19. Disponible en la Web: www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMERÍA.pdf

(5)FARRERONS L, Medina C, JIMÉNEZ B, Suárez A. La relevancia social de la profesión y su relación con la marginación. XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Palma de Mallorca. Diciembre, 1995: p. 249. Disponible en la web: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200009&script=sci_arttext

(6)IBARRA CORTEZ, José Ibarra. Registro de Enfermería. Disponible en la Web: [www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm] p. 5.

(7)IBARRA FERNÁNDEZ, Antonio José María. Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. El Trauma Cráneo encefálico. España: Hospital Torre cárdenas. 2005. 25 p. Disponible en la Web: [biblioteca.universia.net/ficha.do?id=15229064]

(8)INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. MÉXICO, D.F. A 6 DE ENERO DE 2004. Disponible en la web: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/enfermera04.pdf>

(9)JAIME BREILH. La Triple Carga Laboral – CEAS serie mujer #2 Quito: Trillos, 1991. Disponible en la Web: www.monografias.com/trabajos15/triple-carga-laboral/triple-carga-laboral.shtml

Práctica de cuidado de los pacientes que conviven con VIH/SIDA desde la perspectiva de sus valores y creencias

Practice for the care of patients living with HIV / AIDS since the perspective of their values and beliefs

Gloria Esperanza Zambrano - Yeimer Alberto Rodriguez
 Maria de Los Angeles Tiria - Juliette Katherine Gome
 Alejandra Vargas Palomino - Sandra Pulido
 Natalia Mendoza - Henjoly Melo

Resumen

La investigación propuesta se realiza mediante una investigación de tipo cualitativo porque su interés se basa en comprender las acciones de las personas que conviven con VIH/SIDA, su comportamiento e interacción con su enfermedad y con el entorno, posee un enfoque etnográfico, ya que permite observar y analizar la interacción directa con los participantes en las que se describe las acciones dentro de la interacción social; la muestra fue de 2 informantes, a los cuales se le realizó 3 entrevistas a profundidad y estos fueron captados en el HUEM mediante el tipo de muestreo bola de nieve. Se tuvo en cuenta la teoría de Leninger y para el análisis de los datos se utilizó como referencia el método de James P. Spradley.

En el estudio se encontraron los temas: "Evitando las recaídas", "cuidados para prevenir el contagio" y "afrentando la enfermedad" en ellos se encontraron prácticas que reflejan diferentes creencias, mitos y tabúes orientados a garantizar la promoción y prevención de la enfermedad

En conclusión las personas que conviven con VIH/SIDA mantienen ciertas prácticas de auto cuidado con el propósito de evitar que su situación clínica empeore y así mismo mantienen cuidados para evitar el contagio de las personas que lo rodean. Dichas prácticas o actitudes que toman frente a su cuidado están influidas por muchos aspectos de su vida, sus valores éticos, sus creencias, sus afectos y su afrontamiento en la enfermedad, también se evidencia la gran importancia que se le atribuye a la vida espiritual.

Palabras claves

Afrontamiento, enfermedad, contagio.

Abstract

The proposed research is done through a qualitative study because their interest lies in understanding the actions of people living with HIV / AIDS, their behavior and interaction with their disease and the environment, has an ethnographic approach because it allows observe and analyze the direct interaction with participants in the actions described in social interaction, the sample was 2 informants, whom he will make 3-depth interviews and these were captured in the HUEM by the type of snowball sampling. Consideration was given Leninger theory and analysis of data was used as the reference method James P. Spradley.

The study found the topics: "Avoiding relapse", "care to prevent the spread" and "tackling the disease" in them were practices that reflect different beliefs, myths and taboos aimed at ensuring the promotion and disease prevention

In conclusion people living with HIV / AIDS maintain some self-care practices in order to avoid worsening their clinical condition and so maintained the same care to prevent the spread of people around him. Such practices and attitudes against taking care are influenced by many aspects of their life, their ethical values, beliefs, emotions and coping in illness, also demonstrates the great importance which is attributed to spiritual life.

Keywords

Coping, illness, infection.

* Enfermera. Docente de la Facultad Ciencias de la Salud. e-mail: gloria91@hotmail.com.

** Estudiantes del Prgorama de Enfermería V semestre. Universidad Francisco de Paula Santander.

Recibido: 7 octubre/08 - Aceptado: 27 abril/09

Introducción

El SIDA es una pandemia mundial; a pesar de la gravedad que representa para la humanidad y de las campañas que se implementan para su prevención, es una epidemia con cifras sin precedentes que crece cada vez más, sin respetar sexo, condición, raza, edad, nivel socio económico, etc.¹

En Colombia, los casos reportados al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública): Desde el inicio de la epidemia (1983), hasta el año 2007 se habían reportado un total acumulado de 57.489 casos de infección por VIH o en estadio de sida, cerca de 24.000 de los cuales han fallecido. En el 2007 el 63.9% correspondió a personas de sexo masculino.²

Durante la visita al servicio de medicina interna del H.U.E.M, el personal de salud que ahí labora manifestó la preocupación por el incremento de pacientes hospitalizados con el diagnóstico de VIH/SIDA, despertando el interés de los investigadores por conocer las prácticas de cuidado de dichos pacientes, desde la perspectiva de sus valores y creencias.

Los tabúes nacen en la sociedad dependiendo de su cultura, los cuales se construyen a partir de sus valores y experiencias, en donde una parte de ello es producto de conocimientos científicos y la otra hace parte de sus creencias (religiosas, espirituales, sociales, etc) para compensar vacíos en el conocimiento y estas creencias tienen gran influencia en sus prácticas.

Algunos de estos pacientes buscan apoyo o se refugian en el personal de salud, los cuales atienden a este llamado, imponiendo sus conocimientos científicos y tecnológicos, ignorando las prácticas de cuidado definidas por su

cultura, valores y creencias, provocando un distanciamiento entre los pacientes y las instituciones de salud.

Según LEININGER los cuidados de enfermería coherentes culturalmente, son entendidos como todos los actos, apoyo, facilitación o capacitación, que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos, con el fin de apoyar servicios de bienestar o brindar cuidados de enfermería provechosos y satisfactorios.³

Las diferencias de la percepción de cuidado de salud o enfermedad, que manejan los diversos grupos culturales, dan como resultado la necesidad de entenderlos, para poder brindar cuidados de enfermería coherentes culturalmente.

Materiales y Métodos

Para el logro de los objetivos propuestos, se desarrolló un estudio de carácter cualitativo, con enfoque etnográfico (etnoenfermería).

El presente estudio se realizó en la ciudad de Cúcuta (Norte de Santander), para el desarrollo de las entrevistas, se captó inicialmente un primer informante en el Servicio de Medicina Interna ubicada en el Séptimo piso del Hospital Universitario Erasmo Meoz, y por medio de este se llegó al informante número dos.

Pacientes convivientes con VIH o SIDA, mayores de edad, que conserven sus capacidades mentales para participar en el estudio, y que se encuentren en la ciudad de Cúcuta y/o su área metropolitana.

La recolección de la información, se hizo mediante la entrevista a profundidad y por medio de la observación, se realizaron las notas de campo, ambos informantes fueron entrevistados durante el periodo de la

¹ Merino Godoy Ángeles. Actitudes y conocimientos de profesionales de enfermería sobre el paciente vih+/sida, Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez. [acceso 27 de noviembre del 2008], disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/original6.pdf>

² LINEROS, Alberto. Ministerio de Salud de la República de Colombia, GUIA PARA EL CUIDADO EN CASA DE PERSONAS QUE CONVIVEN O VIVEN CON VIH O SIDA. Bogotá D.C 2002. Edición, impresión y Diagramación, división de biblioteca y Publicaciones. página: 53

³ MADELEINE LEININGER. Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales. [acceso 27 de noviembre del 2008], Disponible en internet: http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html

investigación en el lugar de sus respectivas residencias, todas fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad, según la fecha, se realizaron tres entrevistas por informante.

El análisis de los datos, se realizó de forma simultánea con la recolección de estos mismos, para dicho análisis se utilizó como referencia el método de James P. Spradley.[£] Para identificar los dominios, se operacionalizaron las categorías, dándole etiquetas (términos que más se repetían (perspectiva emic).[¤]

Para realizar el análisis taxonómico, se extrajeron segmentos importantes de las entrevistas, y se analizaron de forma individual los casos, y posteriormente se realizó el análisis intercasos, con el fin de buscar similitudes que describan claramente la categoría que se ha identificado.

Por último, a través de un proceso de abstracción, se delimitaron los grandes temas a tratar en el presente estudio, dichos resultados fueron presentados a los informantes con el fin de asegurar que lo interpretado por los investigadores corresponde a lo que realmente el informante quería expresar sobre el fenómeno a tratar.

La presente investigación está basada en normas legales garantizando los derechos de los participantes en la misma a través del decreto 143 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección del VIH y SIDA.

Objetivo

Comprender las prácticas de cuidado de los pacientes que conviven con VIH/SIDA desde la perspectiva de sus valores y creencias en la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz en el segundo semestre del 2008.

£. Método utilizado para el análisis de la entrevista etnográfica.

¤ La perspectiva emic describe los hechos desde el punto de vista de sus agentes

Resultados y Discusión

Los pacientes participantes en la investigación fueron diagnosticados con el Virus de Inmunodeficiencia humana aproximadamente hace dos años; ambos son de sexo masculino, y su edad; oscila entre 24 y 27 años de edad; en cuanto al medio del contagio: Uno de los informantes refiere haber adquirido el virus por accidente laboral (I2**) y el otro por contacto sexual (I1*) Ambos se encuentran inscritos en el programa de infección de VIH o SIDA de la unidad de epidemiología del HUEM por medio del cual asisten a control médico, uno cada 25 días y el otro cada tres meses.

Actualmente el I1, debido a su condición clínica, (diagnostico Sida) no realizan ningún tipo de actividad que requiera esfuerzos físicos, las condiciones de la vivienda del primer informante no favorece el estado del paciente. Por otro lado, el I2 (diagnostico VIH) posee adecuadas condiciones en la vivienda.

Con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a profundidad y la observación, el análisis de los datos, se realizó de forma simultánea con la recolección de estos mismos, posteriormente se realizó una abstracción en donde surgieron los siguientes temas:

EVITANDO LAS RECAIDAS: CUIDADOS DE LOS PACIENTES QUE CONVIVEN CON VIH/SIDA

En el caso de los pacientes que conviven con VIH/SIDA, participantes en el presente estudio, se encontró que sus prácticas de auto cuidado se enfocan en: la alimentación, evitar el "trasmochó" y el alcohol, asistir al médico y seguir el tratamiento y por último realizar ejercicios.

ALIMENTANDO LA ESPERANZA: EL IMPORTANTE PAPEL DE LA NUTRICION EN EL VIH.

* Informante 1

** Informante 2

La nutrición equilibrada refuerza el Sistema Inmunitario y potencia los niveles de energía, ayudando así al organismo a resistir los estragos de la enfermedad producida por el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. Una intervención nutricional tiene impacto si se lleva a cabo en etapas tempranas de la infección, es decir, cuando aún no se presentan manifestaciones de la enfermedad.⁴

El cuidado de la alimentación, de los informantes en el presente estudio, en ambos casos coincidió en que su alimentación era a base de proteínas, verduras, frutas y granos; así mismo se abstienen de consumir alimentos de la calle (comidas rápidas entre otros), ya que desconocen el modo y las técnicas de higiene utilizadas para su preparación; EL I1, no consume alimentos como el café, la leche y sus derivados, porque no los tolera, produciendo en el, reacciones adversas, como "diarrea" E2I1. "no tomo café ni leche, porque me hace ir al baño, o sea me da diarrea". Esta condición no se cumple para el I2, el cual tolera toda clase de alimentos.

Así mismo, en los dos casos se toman medidas de higiene para la cocción de los alimentos y para la ingesta de estos mismos. La diferencia en el cuidado de la alimentación, se aprecia en el tiempo de inicio de la dieta saludable ya que en el I1, se inició después de haber desarrollado el SIDA, manifestando que se sentía bien de salud: E1I1: "sentía que estaba bien o sea que comía y no me hacía daño". El I2, desde el momento del diagnóstico, inicio su cuidado de la alimentación, siguiendo la dieta recomendada por el médico. E1I2: "como yo vengo de familia enfermera, yo sabía que tenía que cuidarme en las comidas, porque el día que fui al médico, me explico que debía comer bien... por lo de la enfermedad"

TRASNOCHO + ALCOHOL = PROGRESO DE LA ENFERMEDAD

El sueño no es solo para descansar y reponer fuerza: mientras SE DUERME se renuevan las células del cuerpo piel y vísceras. Así mismo se forman defensas contra las enfermedades como son los glóbulos blancos y hormonas necesarias.⁵

⁴ LINEROS, Alberto. Ministerio de Salud de la República de Colombia, GUIA PARA EL CUIDADO EN CASA DE PERSONAS QUE CONVIVEN O VIVEN CON VIH O SIDA. Bogotá D.C 2002. Edición, impresión y Diagramación, división de biblioteca y Publicaciones. Pág. 53
⁵ Blog. SIDA. El estigma por ser portador de VIH. [acceso 28 de noviembre del 2008], disponible en: <http://www.blogsida.com/archivo/el-estigma-por-ser-portador-de-vih>.

Según lo que se observó en los participantes del presente estudio, se cuidan del traspasado, definiéndolo como E3I1: "no salir, no hacer lo que hacía antes de traspasado toda la noche". E2I2: "no darse sereno, o sea el frío de la madrugada". Según los informantes, evitan el traspasado, pues como ellos lo manifiestan, es pasar despierto toda la noche y parte de la madrugada, sumando el frío de este lapso de tiempo, ya sea por cuestiones de diversión como fiestas, bailes o laborales. El I2, debido a su actividad laboral, se debe exponer a largos turnos en horas de la noche, pero manifiesta tomar medidas de cuidados durante estos turnos como por ejemplo mantenerse abrigado: E2I2: "me pongo una chompa bien bacana, el impermeable y las botas, para que no me dé sereno".

Al indagar sobre el motivo por el cual se cuidaban de "traspasado", manifestaban: E2I1: "el traspasado nos desgasta como persona, haciéndonos cansar, fatigar". E2I2: "porque somos propensos a gripas, y eso es lo que nos dice el médico, las gripas avanzan mas el virus, aumentan mas y entonces uno empieza a verse un poco delicado"; por otra parte, se evidencia la disminución del consumo de alcohol por parte de los dos informantes, después de ser diagnosticados como VIH positivos ya que con el alcohol tienen conductas irresponsables, E2I1: "Usted sabe que cuando uno toma y eso, la persona se daña, o sea pierde la cabeza". E2I2: "De pronto tome, esto debilita a los pacientes con VIH, es lo primero que nos dicen, que no traspasado, no tomen tanto".

CONTROL Y TRATAMIENTO MEDICO: COMBATIENDO EL VIRUS.

Los medicamentos antirretrovirales, son los que combaten el virus del sida y se utilizan para retardar la aparición de enfermedades.⁶

En ambos casos, el inicio del tratamiento fue inmediatamente después de recibir el diagnóstico, y tanto el I1 como el I2 asisten a los controles médicos; ambos coinciden en: "hay que ir frecuentemente al médico para no recaer" así mismo, difieren en la frecuencia de asistencia estos: el caso 1: cada 25 días y en el caso 2: cada tres meses.

⁶ Ibid.

* Informante 1

** Informante 2

De igual manera, ambos informantes conocen las desventajas de la automedicación, manifestando “No busco otros medicamentos, porque lo pueden debilitar a uno,..... además el médico nos dice que no nos auto mediquemos”. Este cuidado lo tienen como un factor protector que tiene un impacto positivo en su salud, ya que su enfermedad, es manejada con la dirección médica que coordina sus actos y no buscan remedios populares ni automedicación para tratar su enfermedad.

CUIDADOS PARA PREVENIR EL CONTAGIO

Las personas que conviven con VIH/SIDA, no solo realizan prácticas de auto cuidado, sino también realizan cuidados para evitar el contagio de otras personas, ya sea con su pareja o con sus familiares.

CUIDADOS CON LA PAREJA: SEXO SEGURO Y PREVENTIVO

Aunque el VIH-SIDA se contagia por el contacto sexual desprotegido por lo que es necesario proteger el líquido pre-eyaculatorio, sangre o fluidos vaginales. Es por esto que son importantes las prácticas sexuales para evitar infectar a su pareja o reinfectarse con el virus por lo que se recomienda usar preservativo en cualquier tipo de relación.⁷

E112: “primero que todo si voy a buscar a una persona, con preservativo conocer bien a la persona y tenerle confianza. Decir la verdad” E111: “Las personas que tienen esta enfermedad deben abstenerse a tener relaciones para no contagiar a otras personas”, “yo utilizaba siempre el condón, pero usted sabe que cuando uno toma pierde la cabeza y se le olvidan las cosas”.

Además del preservativo emerge un elemento muy importante como lo es la sinceridad con la pareja: E212: “conocer a la persona, tenerle confianza.... yo no soy egoísta si la persona realmente me acepta con la enfermedad le dice a uno sí o no, porque lo más bonito es vivir de la verdad”.

Esto es contrario a lo encontrado en el estudio realizado por GRIMAU Julian (AÑO) en donde se encontró que

aunque los participantes conocían su enfermedad no practicaban sus conocimientos, teniendo así 6 veces mayor probabilidad de contagiar el VIH/Sida.

EVITANDO EL CONTAGIO EN EL HOGAR

Así como es importante prevenir el contagio con la pareja, de igual manera lo es ser precavido en su entorno familiar, manteniendo especial cuidado en los elementos que tienen contacto con sangre u objetos de uso personal. Los dos informantes manifiestan en el cuidado con elementos como cuchillas, cepillos de dientes y cosas de aseo personal. Así mismo ambos informantes manifiestan la importancia de alertar a otras personas como amigos, familiares y seres queridos la importancia de protegerse con condón y llevar una vida sana y ordenada para evitar el contagio

AFRONTANDO LA ENFERMEDAD

Recibir la noticia de que se tiene una enfermedad que no tiene cura, puede ser un golpe duro para la familia y la persona afectada, es por ello la importancia del apoyo para su afrontamiento.⁸

CONVIENDO CON VIH/SIDA: ALGO NORMAL O UN RETO

En el presente estudio se puede evidenciar que el concepto de convivir con la enfermedad, varía dependiendo del estado clínico, es decir, mientras que para una persona que convive con VIH, esto es algo normal o sin mucha importancia, para el informante que se encuentra con SIDA, la enfermedad más que una enfermedad representa un reto en donde se lucha por la vida. E311: “No lo veo como una enfermedad sino como un reto para luchar por la vida”. E312: “Es seguir la vida normalmente... es seguir la cotidianidad, esto es como cuando a uno le pasa una gripa y listo... es que como le dijera, yo tengo el

⁷ Ibid

⁸ ALVAREZ MARIA, 14 de diciembre del 2005; Afrontar enfermedades Incurables. [acceso 28 de noviembre del 2008], disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2005/12/14/147789.php>.

virus, pero no estoy enfermo". Aunque el I2 exprese ver su enfermedad como una simple gripa, los cuidados que realiza, son complejos, estrictos y meticulosos, ya que tienen presente que la aparición de una gripa, es un estado de salud que puede representar un riesgo para su vida. E212: "Por que nosotros somos muy propenso a gripas, ve, y eso es lo que nos dice el médico; las gripas avanzan más el virus, aumenta más y entonces uno empieza verse un poquito delicado".

INTENTANDO NO PENSAR

Las diferentes formas de recreación constituyen un modo de distracción en cuál los seres humanos despejan su mente y se olvidan por un momento de sus problemas. En el presente estudio los informantes refirieron que preferían no pensar en la enfermedad: E211: "Me gusta distraerme, salir a centros comerciales, a cine con mis amigos...no me gusta quedarme solo porque pienso en mi enfermedad" E211: "Antes me gustaba salir ahora por mi enfermedad no puedo salir, pero veo televisión, hablo con mi familia y leo mucho la palabra" E212: "Mantener la mente ocupada en algo, en algún oficio, leer un libro o distraerme con mis amigos" E212: "No le doy importancia a la enfermedad... no le hecho mente".

Al indagar como los pacientes no piensan en la enfermedad uno de ellos manifestó: E212: "Cuando alguien se queda solo se le vienen a la mente malos pensamientos".

APOYO FAMILIAR

La familia influye en la salud y la enfermedad, estos deben participar activamente en este proceso; así mismo los amigos juegan un papel importante pues como manifiestan ambos informantes "gracias a Dios cuento con mis amigos, es importante que me apoyen, distraerme" de igual manera ocurrió con los familiares: "dialogar con mi familia, sentir que me apoyan y que esta a mi lado".

VIDA ESPIRITUAL: ESPERANZA PARA LA SANACION

En la investigación se evidencio que para los informantes es muy importante la religión para su vida, ya que representa una esperanza para su vida y así mismo una forma de arrepentimiento.

Los informantes refirieron haber tenido un mayor acercamiento con Dios después de ser diagnosticados como VIH positivos. Los dos son de religión cristiana y leen mucho la palabra de Dios, especialmente los

salmos y los proverbios. Se aprecia que acuden a la oración como un modo de salvación o cura. E212: "el pastor fue a orar por un muchacho que tenia lo mismo que yo, o sea que tenia ese virus, pero el ya estaba muriéndose y se curó, ahora es normal y ya no tiene eso" E212: "Yo espero que algún día vaya a control y me salgan los exámenes que ya no tengo nada"

Conclusiones

Las personas que conviven con VIH-SIDA mantienen ciertas prácticas de auto cuidado con el propósito de evitar que su situación clínica empeore y así mismo mantienen cuidados para evitar el contagio de las personas que lo rodean. Dichas prácticas o actitudes que toman frente a su cuidado están influidas por muchos aspectos de su vida, sus valores éticos, sus creencias, sus afectos y su afrontamiento en la enfermedad, también se evidencia la gran importancia que se le atribuye a la vida espiritual.

Se pudo apreciar que los cuidados realizados por los informantes son beneficiosos o provechosos para el mantenimiento de su salud, ya que dichos cuidados tienen bases científicas provenientes de conocimientos propios complementadas por el asesoramiento del equipo de salud, su tratamiento es farmacológico y no utilizan prácticas populares.

Además del tratamiento farmacológico se cuidan en la alimentación, comiendo muchas verduras, frutas, proteínas y evitando el consumo de comidas de la calle (comidas rápidas). También le prestan especial importancia al control de los agentes o factores externos tales como el clima las personas enfermas, el cigarrillo, el alcohol, el trasnocho, entre otras, con el fin de evitar el deterioro de su estado de salud.

Existe en sus vidas una parte mística y espiritual, que sirve como símbolo de esperanza y aferramiento a la vida, en ella se encuentra la salida a una situación (como la es su enfermedad) que la ciencia médica no se lo puede brindar.

El significado de convivir con VIH- SIDA varía de acuerdo a la perspectiva de la persona o su condición

clínica, es decir desde verlo como algo normal, una simple gripa, en el caso del paciente con VIH a verlo como un reto para luchar por la vida en el caso del paciente con SIDA.

Es muy importante el apoyo de las personas que los rodean como los amigos y familiares, ya que el compartir emociones, sentimientos, les permite olvidar por un momento su situación.

Se evidencia que los pacientes reconocen la actividad física como parte importante de su cuidado pero no lo practican tanto por situaciones laborales como por el avanzado estado de su enfermedad.

Bibliografía

(1)ALVAREZ MARIA, 14 de diciembre del 2005; Afrontar enfermedades Incurables. [acceso 28 de noviembre del 2008], disponible en:
<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2005/12/14/147789.php>.

(2)Blog. SIDA. El estigma por ser portador de VIH. [acceso 28 de noviembre del 2008], disponible en:
<http://www.blogsida.com/archivo/el-estigma-por-ser-portador-de-vih>.

(3)LINEROS, Alberto. Ministerio de Salud de la República de Colombia, GUIA PARA EL CUIDADO EN CASA DE PERSONAS QUE CONVIVEN O VIVEN CON VIH O SIDA. Bogotá D.C 2002. Edición, impresión y Diagramación, división de biblioteca y Publicaciones.

(4)MADELEINE LEININGER. Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales. .[acceso 27 de noviembre del 2008], Disponible en internet:
http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html

(5)Marriner Tomey Ann Raile, Alligood Martha. MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA, Quinta Edicion, Editorial Mosby; Impreso en España 2003. Unidad IV Capitulo 28.

(6)Merino Godoy Ángeles. Actitudes y conocimientos de profesionales de Enfermería sobre paciente VIH+/SIDA, Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez. [acceso 27 denoviembre del 2008], disponible en:
<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/original6.pdf>

OTRAS SECCIONES

Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad Crónica

Olga Marina Vega Angarita*
Dianne Sofía González Escobar**

Resumen

La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades fatales y con ello a la incidencia de enfermedades crónicas que se constituyen en principal causa de discapacidad. El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares. Se describe como “un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”.

El presente artículo representa la revisión del concepto de apoyo social desde su origen, señala varias definiciones que expertos han dado al tema y cita ejemplos de su aplicación en la investigación con contribuciones de la sociología, psicología, medicina y enfermería. Constituye el marco de referencia del estudio que tiene por objetivo determinar la efectividad del apoyo social dado a través de una red con tecnología de punta a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Latinoamérica.

Palabras claves

Enfermedad crónica, cuidadores familiares, apoyo social, (Fuente: DeCS).

* Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado al paciente crónico. Docente asociado, miembro Grupo Cuidado de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. omvega@bari.ufps.edu.co

** Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado al paciente crónico. Docente asociado, Miembro Grupo Cuidado de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. dsgonzal@bari.ufps.edu.com

Recibido: 10 septiembre/09 - Aceptado: 4 noviembre/09

Abstrac

The technology and advances in medicine allows people to survive fatal disease and thus the incidence of chronic diseases is the leading cause of disability. Social support has been shown to have a positive influence on the experience of caring for chronic disease and family caregivers. Described as "a process of interaction between individuals or groups who, through the systematic contact and establish friendly ties of information, receive material support, emotional and affective in solving everyday situations in times of crisis.

This article is to review the concept of social support from their home, said several experts have definitions given to the issue and cites examples of its application in research with contributions from sociology, psychology, medicine and nursing. Constitutes the reference framework of the study that aims to determine the effectiveness of social support given through a network of art to family caregivers of persons with chronic disease in Latin America.

Key Words

Chronic disease, family caregivers, social support,

Introducción

Enfermedades crónicas desde la perspectiva sociodemográfica y epidemiológica

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (2008)¹, la carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue aumentando, hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. Se calcula que las enfermedades no transmisibles principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas causaron 35 millones de defunciones en 2005. Esta cifra supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas, incluidos; el VIH /SIDA, la tuberculosis y la malaria, enfermedades materno perinatales y carencias nutricionales.² El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se registran en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente 16 millones corresponde a personas de menos de 70 años³.

En países como Colombia, las enfermedades crónicas son una causa importante de morbimortalidad y su tendencia es al aumento. Ante esta situación diversos organismos han realizado llamados para la acción; Sin embargo, persiste un bajo reconocimiento por parte de los tomadores de decisiones.⁴ Esta realidad se refleja en la ausencia de políticas públicas nacionales para la prevención de las enfermedades crónicas al igual que en la carencia de un sistema de vigilancia que provea información útil y oportuna para la toma de decisiones; panorama que encaja con lo denominado “la epidemia negada de las enfermedades crónicas”.⁵

Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por enfermedades crónicas se incrementó, del 59% al 62.6%. Las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. De estas, la enfermedad cerebro vascular, isquémica del corazón y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades osteoarticulares degenerativas.⁶

La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades fatales y con ello la incidencia de enfermedades crónicas que constituyen la principal causa de discapacidad⁷, se ha encontrado una estrecha relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad. Se estima que 500 millones de personas en el mundo, es decir el 10% de la población, tiene algún tipo de discapacidad, situación que se incrementa en los países en conflicto, por lo que se calcula que esta cifra podría alcanzar el 18% de la población total.^{8,9}

Las condiciones que favorecen el aumento de la discapacidad además del incremento de enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas, son el envejecimiento de la población, la desnutrición, los accidentes, el abuso del alcohol y las drogas, la pobreza extrema, las guerras, la violencia social, los desplazamientos de grupos poblacionales y los desastres naturales. De ahí, que en Latinoamérica existan aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Probablemente más de un cuarto

¹ Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaría. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Abril 2008. P.3

² OMS. Chronic disease and health promotion, [fecha de consulta Julio 2007]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html.

³ THE WORLD BANK. Disease Control Priorities Project. Enfermedades no transmisibles. [Citado en Julio 2006]. P.1 Disponible en: www.dep2.org

⁴ Lucumi, Diego, Gutiérrez, Alejandra, Moreno, José et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. Rev. Salud pública, mar./mayo 2008, vol.10, no.2, p.343-351.

⁵ Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. Lancet 2005. p 366(9496):1514

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto N° 3039 de agosto de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

⁷ Moreno María Elisa. Discapacidad en América Latina: Una visión de enfermería. El arte y la ciencia del cuidado, Grupo de cuidado de Enfermería, Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia. 2002, p.15

⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preparación de los profesionales de la salud para el siglo XXI, el reto de las enfermedades no transmisibles y salud mental enfermedades crónicas y promoción de la salud s.I; OMS, 2005. 15t.

⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud en la Américas. IV. Promoción de la salud en las Américas. Edición 2002. Volumen 1. P.193

de la población total de la región se encuentra afectada directa o indirectamente por esta situación, ya sean familiares, amistades o miembros de la comunidad.

En Colombia (DANE, 2005)¹⁰ la situación de la discapacidad guarda correspondencia con la situación mundial, aproximadamente 2.640.000 personas presentan alguna limitación permanente, lo cual equivale al 6.4% del total de la población colombiana.

En Cúcuta, cuya población se estima en 585.543 habitantes, 71.444 presentan algún tipo de discapacidad, de estos, 5.483 presentan limitaciones para hablar, 6.828 para oír, 4.020 para su autocuidado, 21.091 para ver, 5.290 limitaciones para mover brazos y manos, 4.598 limitaciones para relacionarse con los demás, 10.781 limitaciones para moverse y caminar, 4.983 limitaciones para entender o aprender y 8.370 poseen algún otro tipo de limitación.^{11,12}

Impacto de la enfermedad crónica

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo.¹³

Según Ponce y Cols., 2007 entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden

tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

En América Latina se ha observado que las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida. Se ha documentado de manera importante una deficiente habilidad de cuidado entre estos cuidadores familiares, pero también se han identificado en ellos fortalezas diferentes a las de otras latitudes, que pueden apoyar el servicio requerido como la disponibilidad de soporte social para los cuidadores¹⁴

Las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado depende de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado. Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a hacer frente a los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física. Ante esto los investigadores^{15, 16} han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos.

Resultados de investigación con enfermedades crónicas consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección. Se ha encontrado que éste protege contra

¹⁰ DANE, Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo General 2005 personas con discapacidad permanente Bogotá D.C. Septiembre 8 de 2006.

¹¹ DANE Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo General 2005 personas con discapacidad permanente. Cúcuta 2005.

¹² Mendoza Tarazona Martha, Ureña Molina María del Pilar, Villamil Santander Wilmer. Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, Revista Ciencia y Cuidado, Volumen 5 Número 1 Enero-Diciembre 2008, Facultad Ciencias de la salud, Universidad Francisco de Paula Santander, p. 16

¹³ Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

¹⁴ Pinto Afanador, N., Barrera Ortiz, L., & Sánchez Herrera, B. 2006 Jun 16. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Aquichan [Online] 5:0. Disponible: <http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/view/142>

¹⁵ De los Ríos JL., Sánchez JJ., Barrios P., Ávila TL. Quality of life in patients with diabetic nephropathy. Invest educ enferm 2005; 23(1): 34-41.

¹⁶ Schwarz Karen A, Roberts Beverly. El apoyo social y la tensión de los cuidadores familiares de adultos mayores. Nursing Practice In Action. Vol. 14 (2), January 2000. P 79 (77-90)

el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y su cuidador para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento¹⁷

Definiciones y concepto del soporte social

El interés por el concepto de soporte social se origina en los años 70¹⁸ como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. La literatura en relación a los efectos del apoyo social según Broadhead y Kaplan en 1983 proviene de diversas fuentes. En los siguientes párrafos se señalan algunas definiciones que expertos han dado al tema.

Kaplan (1974)¹⁹ lo define en términos de lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona. Para Beels, representa los factores existentes en el ambiente y que promueven el curso favorable de la enfermedad. Beigel, Naparstek y Khan (1980) exponen que los individuos se encuentran dentro de una red de relaciones sociales y estas se vuelven importantes cuando proveen el apoyo necesario en situaciones de crisis en la vida en general.

Para Coob (1976) citado por Díaz H,²⁰ representa la “información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas”. El apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones; es por ello que algunos teóricos prefieren definirlo como un metaconcepto, (López-Cabanás y Chacón, 1997).

¹⁷ Achury Saldaña Diana Marcela. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. Revista Aquichan, año 7, Vol. 7 N° 2, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, p. 142

¹⁸ Lemos Giráldez Serafín, Fernández Hermida José Ramón. Revista Psicothema, 1990. Vol. 2, nº 2, Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, pp. 113-135

¹⁹ Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T.B., Lusso, F.M., Taub, D.M. y Miller, E.W. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. Science, 220, 733-735.

²⁰ Díaz Heredia Luz Patricia, Soporte social en situaciones de enfermedad crónica, La investigación y el cuidado en América Latina, Unibiblos, primera edición, Universidad Nacional de Colombia, p 323

De otra parte, también se ha hecho un intento de integración de diferentes explicaciones, recogiendo aquellos aspectos más importantes revelados por otros teóricos. Entre estas definiciones conviene destacar dos:

Para Gottlieb (1998) el apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.

La explicación de Lin y otros (1986) se sustenta en cuatro pilares. Por un lado se puede hablar de la objetividad y de la subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido y los apoyos sociales experimentados; ambos son fundamentales para la persona y repercuten sobre su bienestar.

El segundo pilar se centra en la situación contextual del apoyo social y analiza tres áreas en las que podía darse el apoyo social. Desde el punto de vista comunitario, en el macro-nivel, el soporte social permite al individuo sentir que pertenece y está integrado en un sistema social. En un nivel más reducido, de sistemas o redes sociales, el meso-nivel, se ubica en la red de los vínculos personales, en cuyo interior, a menudo indirectamente, se dan afectos o apegos hacia lo demás. En el micro-nivel, en el que se dan vinculaciones muy íntimas y de confianza, se consigue el soporte social no formal, que favorece el nacimiento de una necesidad de compromiso, la persona aguarda reciprocidad en la ayuda sintiéndose en parte responsable por el bienestar de los otros.

Según Saranson (1983)²¹, el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.

²¹ Saranson I. G., Saranson, B. R., Hacker, T. A. y Bashman, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 469-480

Por su parte Alvarado (1985) lo define como la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales.

Barrera (1986) trabajó el concepto, refiriéndose a él como las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés.

De acuerdo con Muñoz²² se puede decir que el soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. El apoyo social se expresa como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (Apoyo Afectivo), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (Apoyo Confidencial) y la prestación de ayuda de tipo material (Apoyo Instrumental).

A pesar de las diferentes conceptualizaciones de apoyo social existe consenso en que:

El apoyo social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos).

El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es

decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido Vs apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste.

El apoyo social como proceso es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales).

Componentes y funciones del soporte social

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad²³. La segunda, representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. Barrera (1986); Cobb (1976); Folkman, Chesney, Johnson y coates (1991). Finalmente, el soporte social efectivo simboliza las acciones soportivas mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. Tardy (1985); Barrera (1986).

²² Muñoz de Rodríguez Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y práctica de enfermería, Unibiblos Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Santa Fe de Bogotá, p 99

²³ Torres Uria Margarita Ruth, Estudio comparativo en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo nunca tratados, antes tratados y Crónicos en sus niveles de depresión y soporte social, Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Escuela de Post-Grado, 2002, Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Torres_U_M/cap2.pdf.

Respecto a la función del apoyo social se reconocen cuatro tipos, el emocional que proveen al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo, representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente, el informacional también conocido como consejo o guía cognitiva que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red, el instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema, Aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta (prestar ayuda en el hogar o de cantidades de dinero)²⁴.

Pastor, et al. (1994)²⁵ evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión así como del dolor en las enfermedades crónicas estudiadas.

La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (Berkman y Syme, 1979; House et al, 1982; Schwarzer y Leppin, 1992). También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas. Gottlieb (1988) describe cómo las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge en la última década. Las razones que enumera se describen a continuación:

- Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación.
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.

- Indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.
- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la autoresponsabilización y competencias personales.

Reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, etc.).

De manera general la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del apoyo social en la salud.²⁶ La primera hipótesis sobre los efectos principales o directos, plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el apoyo social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir se establece una relación directamente proporcional entre el apoyo social y la salud, por lo que si se aumenta el apoyo social aumenta la salud, (aunque existe consenso alrededor de este planteamiento no cuenta con el suficiente fundamento teórico ni empírico). La segunda hipótesis plantea que el apoyo social sirve de protector o amortiguador del estrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Este planteamiento manifiesta que el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción fundamentales:

- La intervención de apoyo social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.
- La intervención del apoyo social entre el estrés y sus consecuencias patológicas a través de

²⁴ Finfgeld-Connett, Clarification of Social Support, *Journal of Nursing Scholarship*, 2005; 37:1,4-9.

²⁵ Pastor, M; López-Roig, S; Rodríguez-Marín, J; Salas, E; Sánchez, S. y Terol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. *Revista de Psicología Social*. 9, 179-191.

²⁶ Roca M A, Pérez M. Apoyo social: su significado para la salud humana. Ciudad Habana. Editorial Félix Varela. 1999.

medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos.

Actualmente se considera que estos enfoques no son excluyentes, sino que el apoyo social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o malestar.²⁷ Marín (2002)²⁸ refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.

Igualmente, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe. La percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.²⁹

Mirada del Soporte social desde distintas disciplinas

El interés del estudio de la influencia del apoyo social sobre la salud y la enfermedad ha aumentado durante las últimas décadas, la bibliografía al respecto es muy amplia³⁰. Las investigaciones respaldan el estudio del

fenómeno desde tres perspectivas: Estructura de la Red (Lazos básicos entre miembros de la red social), Funciones de Apoyo (funciones de la fuente de apoyo que fluyen a través de estos lazos de la red), y la naturaleza de las relaciones (contacto de los individuos con los integrantes o miembros de la red)³¹.

Se ha encontrado que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida (Eldridge, 1994; Kimberly y Serovich, 1999), provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Algunos estudios han reportado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de autoeficacia, definiéndola como la creencia individual en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular (Penninx, van Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman y van Eijk, 1998).

Según la revisión de los trabajos realizados por Ren y cols. citados por Díaz y García³², el apoyo social disminuye los riesgos de problemas psicológicos y de enfermedades psiquiátricas. Otros autores revelan en sus estudios la diferencia entre la calidad y cantidad del apoyo social, de tal forma que la calidad del apoyo es un mejor predictor de la autopercepción que la cantidad.

Estudios relacionadas con los niveles de apoyo social y el VIH/SIDA³³ han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones disfóricas, lo que se asocia con un mejor estado de salud (Hays, Turner y Coates, 1992). Se ha

²⁷ García Martín MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. [En línea] 2000; URL Disponible en: <http://www.efdeportes.com>.

²⁸ Rodríguez Marín J. Apoyo social y salud. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.p. 94-103.

²⁹ Vinaccia, Stefano, Margarita Quinceno, Japcy, Zapata, Carla. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicol. Caribe*, dez. 2006, no.18, p.89-108. ISSN0123-417X.

³⁰ Lemos Giráldez Serafín, Fernández Hermida José Ramón, En revista *Psicothema*, Op.cite 115.

³¹ Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II, *Op.cite*. p 48.

³² Díaz Sánchez V, García Huete ME, Marín Morales MD, Campo Cecilia E. Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0306.php>

³³ Toro Alfonso, José; Varas Díaz, Nelson; Núñez, Júnior. Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social. En publicación: *Revista de Ciencias Sociales* 13. CIS, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre.2004. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clasco.org.ar/ar/libros/pr/cis/rscs/13/redes.pdf>

encontrado que los mayores niveles de satisfacción con el apoyo social se observan principalmente en personas que participan activamente en grupos de autoayuda y en redes sociales de personas seropositivas (Barroso, 1996; Fasce, 2001; Kadushin, 1999).

Soporte social desde la enfermería

Desde la perspectiva de la enfermería la revisión del estado del arte en la temática identifican a Norbeck, enfermera investigadora en apoyo social desde la década de los 70, pionera con sus aportes conceptuales e instrumentales en esta temática. Presenta una reseña de investigaciones conducidos por enfermeras sobre apoyo social, y en búsqueda bibliográfica encontró 67 publicaciones escritas por enfermeras, de las cuales 53 representaban estudios sobre la temática³⁴

Las investigaciones con poblaciones clínicas de la práctica de enfermería relacionados con el apoyo social, se han categorizado en cuatro áreas: Cambios de vida, desempeño del rol, comportamientos en salud y crisis o conductas de enfermedad; los cuales han reportado aspectos significativos del apoyo social en diferentes situaciones del proceso vital humano.³⁵

De los cambios de vida de interés para enfermería el apoyo social se ha estudiado en las etapas del embarazo y el envejecimiento. En esta área los estudios realizados^{36 37} confirman que el apoyo social es importante con relación al desarrollo de complicaciones, salud física o psicológica de los padres en espera y adaptación a la paternidad.

Respecto al envejecimiento el apoyo social se ha estudiado con relación al cuidado en casa, la institucionalización, y la salud física y psicológica; destacándose en los resultados la familia como principal recurso de apoyo social del anciano para el cuidado en casa³⁸, y su ausencia como factor determinante en la institucionalización del adulto mayor³⁹, igualmente resaltan la valoración del apoyo social por parte de las personas mayores como elemento relacionado con la salud psicológica más que en la salud funcional o física.⁴⁰

Sobre el desempeño del rol se ha explorado con relación a los roles familiares y del trabajador principalmente en personas del género femenino. En cuanto a los roles familiares, se ha estudiado el apoyo social en diferentes situaciones, entre ellas los papeles del familiar que brinda cuidado a un anciano, esposa o esposo enfermo, específicamente el bienestar físico, psicológico y social de personas mencionadas como principal fuente de ayuda de padres ancianos de pacientes con infarto del miocardio, destacándose entre sus resultados la unión familiar como fuente de bienestar psicológico, y los parientes, vecinos, enfermeras registradas y médicos, se identifican como principales fuentes de apoyo⁴¹ Torres et al (2008)⁴² al revisar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de distintos programas e intervenciones dirigidas a los cuidadores informales en España, encontraron que las enfermeras son los profesionales que proponen más estudios de intervención o de soporte a los cuidadores, desempeñando un importante papel en el equipo multidisciplinar, al proporcionar cuidados formales tanto a las personas dependientes como a sus cuidadores familiares.

³⁴ Muñoz de Rodríguez Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana, Op.cite, 102

³⁵ Norbeck, Janes. Apoyo Social. Capítulo 4. Escuela de Enfermería Universidad de California, San Francisco. 2001. P 9.

³⁶ Langer A. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

³⁷ Alvarado M, Rubén, Medina L, Ernesto y Aranda CH, Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Rev. Méd. Chile, mayo 2002, Vol.130, No.5, p.561.

³⁸ Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 40-49.

³⁹ Calvete, Zumalde Esther. Apoyo Social y Síntomas psicológicos en ancianos institucionalizados. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 29(2), 73-78.

⁴⁰ Norbeck, Janes. Ibid. P 9-13

⁴¹ Norbeck, Janes. Social support. Annu Rev Nurs Res. 1988; 6:85-109.

⁴² Torres Egea M^a Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza, Sánchez Castillo Pablo David. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos. [Periódico en la Internet]. 2008 Mar [citado 2008 Dic 23]; 19(1): 9-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

En Colombia, se citan algunos estudios descriptivos y correlacionales en la temática. Los estudios descriptivos se han enfocado en su significado, los estudios correlacionales han explorado las variables asociadas al soporte social. Los datos arrojados muestran que la familia es la mayor proveedora de apoyo social^{43,44}, la red con que cuentan estos pacientes es estable y duradera, siendo el apoyo emocional representado en afecto, afirmación y ayuda tangible el más importante⁴⁵, lo que les permite asumir una actitud positiva ante la enfermedad crónica.⁴⁶

Conclusiones

El estudio del soporte social se está convirtiendo en una importante variable de análisis en la práctica de enfermería, especialmente en la búsqueda de estrategias de intervención ante problemas de salud con implicaciones tan complejas como las enfermedades crónicas.

El concepto de soporte social se operacionaliza en tres categorías: amplias redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. La segunda es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad; y el soporte social efectivo representa las acciones de soporte relacionadas con la ayuda efectiva y las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidad.

⁴³ Camacho Parrada, Nelsy Yaneth Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las IPS popular y recreo, entre julio-agosto-septiembre de 2000, Revista Avances de enfermería, Vol. XIX No 2 de 2001, Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia p. 23

⁴⁴ Piñeros Serrada Blanca Estella, Características del soporte social recibido por madres primíparas que lactan y las que no lactan exclusivamente a su hijo. Revista Avances de enfermería, Vol. XIX No 2 de 2001, Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia, p. 32

⁴⁵ Abaunza de González M, Acosta S, Álzate Posada ML, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Natividad Pinto A, compiladora. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes, Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 311.

⁴⁶ Barrera O. L, Galvis L. CR, Moreno F. ME, Pinto A. N, Pinzón R. ML, Romero G. E, Sánchez H. B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 36

Las redes de apoyo social juegan un importante papel en el bienestar de los cuidadores, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento.

La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Las investigaciones realizadas respecto al efecto de intervenciones y programas de soporte y apoyo social al enfermo crónico y su cuidador documentan resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control del estrés generado por los efectos de la enfermedad o la sobrecarga del cuidador y disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento que acompañan la experiencia de vivir en situación de enfermedad crónica.

Bibliografía

(1) Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaria. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Abril 2008. P. 3

(2) OMS. Chronic disease and health promotion, [fecha de consulta Julio 2007]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html.

(3) THE WORLD BANK. Disease Control Priorities Project. Enfermedades no transmisibles. [Citado en Julio 2006]. P.1 Disponible en: www.dep2.org

- (4) Lucumi, Diego, Gutiérrez, Alejandra, Moreno, José et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. Rev. Salud pública, mar. / mayo 2008, vol.10, no.2, p.343-351.
- (5) Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. Lancet 2005.p 366(9496):1514
- (6) MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto N° 3039 de agosto de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010.
- (7) Moreno María Elisa. Discapacidad en América Latina: Una visión de enfermería. El arte y la ciencia del cuidado, Grupo de cuidado de Enfermería, Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia. 2002, p.15
- (8) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preparación de los profesionales de la salud para el siglo XXI, el reto de las enfermedades no transmisibles y salud mental enfermedades crónicas y promoción de la salud s.l; OMS, 2005. 15t.
- (9) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud en la Américas. IV. Promoción de la salud en las Américas. Edición 2002. Volumen 1. P.193
- (10) DANE, Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo General 2005 personas con discapacidad permanente Bogotá D.C. Septiembre 8 de 2006.
- (11) DANE Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo General 2005 personas con discapacidad permanente. Cúcuta 2005.
- (12) Mendoza Tarazona Martha, Ureña Molina María del Pilar, Villamil Santander Wilmer. Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, Revista Ciencia y Cuidado, Volumen 5 Número 1 Enero-Diciembre 2008, Facultad Ciencias de la salud, Universidad Francisco de Paula Santander, p. 16
- (13) Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>
- (14) Pinto Afanador, N., Barrera Ortiz, L., & Sánchez Herrera, B. 2006 Jun 16. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Aquichan [Online] 5:0. Disponible: http://biblioteca.unisaba_Hlt221523495n_Hlt221523495a.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/view/142
- (15) De los Ríos JL, Sánchez JJ., Barrios P., Ávila TL. Quality of life in patients with diabetic nephropathy. Invest educ enferm 2005; 23(1): 34-41.
- (16) Schwarz Karen A, Roberts Beverly. El apoyo social y la tensión de los cuidadores familiares de adultos mayores. Nursing Practice In Action. Vol. 14 (2), January 2000. P 79 (77 – 90)
- (17) Achury Saldaña Diana Marcela. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Revista Aquichan, año 7, Vol. 7 N° 2, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, p. 142
- (18) Lemos Giráldez Serafín, Fernández Hermida José Ramón. Revista Psicothema, 1990. Vol. 2, nº 2, Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, pp.113-135
- (19) Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T.B., Lusso, F.M., Taub, D.M. y Miller, E.W. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. Science, 220, 733-735.
- (20) Díaz Heredia Luz Patricia, Soporte social en situaciones de enfermedad crónica, La investigación y el cuidado en América Latina, Unibiblos, primera edición, Universidad Nacional de Colombia, p 323

- (21) Saranson I. G., Saranson, B. R., Hacker, T. A. y Bashman, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 469-480.
- (22) Muñoz de Rodríguez Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y práctica de enfermería, Unibiblos Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Santa Fe de Bogotá, p99
- (23) Torres Uria Margarita Ruth, Estudio comparativo en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo nunca tratados, antes tratados y Crónicos en sus niveles de depresión y soporte social, Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Escuela de Post-Grado, 2002, Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Torres_U_M/cap2.pdf.
- (24) Finfgeld-Connett, Clarification of Social Support, *Journal of Nursing Scholarship*, 2005; 37:1,4-9.
- (25) Pastor, M; López-Roig, S; Rodríguez-Marín, J; Salas, E; Sánchez, S. y Terol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. *Revista de Psicología Social*. 9, 179-191.
- (26) Roca M A, Pérez M. Apoyo social: su significado para la salud humana. Ciudad Habana. Editorial Félix Varela. 1999
- (27) García Martín MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. [En línea] 2000; URL Disponible en: <http://www.efdeportes.com>
- (28) Rodríguez Marín J. Apoyo social y salud. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.p. 94-103
- (29) Vinaccia, Stefano, Margarita Quinceno, Japcy, Zapata, Carla. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicol. Caribe*, dez. 2006, no.18, p.89-108. ISSN 0123-417X.
- (30) Lemos Giráldez Serafín, Fernández Hermida José Ramón, En revista *Psicothema*, Op.cite 115
- (31) Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II, Op.cite. p 48
- (32) Díaz Sánchez V, García Huete ME, Marín Morales MD, Campo Cecilia E. Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0306.php>
- (33) Toro Alfonso, José; Varas Díaz, Nelson; Núñez, Júnior. Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social. En publicación: *Revista de Ciencias Sociales* 13. CIS, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre.2004. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pr/cis/rcs/13/redes.pdf>
- (34) Muñoz de Rodríguez Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana, Op.cite, 102
- (35) Norbeck, Janes. Apoyo Social. Capítulo 4. Escuela de Enfermería Universidad de California, San Francisco. 2001. P 9
- (36) Langer A. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el (37) Alvarado M, Rubén, Medina L, Ernesto y Aranda CH, embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Rev. Méd. Chile, mayo 2002, Vol.130, No.5, p.561.

(38) Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 40-49.

(39) Calvete, Zumalde Esther. Apoyo Social y Síntomas psicológicos en ancianos institucionalizados. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 29(2), 73-78.

(40) Norbeck, Janes. Ibíd. P9-13

(41) Norbeck, Janes. Social support. Annu Rev Nurs Res. 1988; 6:85-109.

(42) Torres Egea M^a Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza, Sánchez Castillo Pablo David. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos. [Periódico en la Internet]. 2008 Mar [citado 2008 Dic 23]; 19(1): 9-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

(43) Camacho Parrada, Nelsy Yaneth Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las IPS popular y recreo, entre julio-agosto-septiembre de 2000, Revista Avances de enfermería, Vol. XIX No 2 de 2001, Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia p. 23

(44) Piñeros Serrada Blanca Estella, Características del soporte social recibido por madres primíparas que lactan y las que no lactan exclusivamente a su hijo. Revista Avances de enfermería, Vol. XIX No 2 de 2001, Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia, p. 32

(45) Abaunza de González M, Acosta S, Álzate Posada ML, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Natividad Pinto A, compiladora. Comprender la

situación de cronicidad que viven nuestros pacientes, Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 311.

(46) Barrera O. L, Galvis L. CR, Moreno F. ME, Pinto A. N, Pinzón R. ML, Romero G. E, Sánchez H. B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 36

El cuidado de los adultos mayores en la perspectiva de la educación en Enfermería

The health's care of adults seen from the educative perspective of nursing

Marialcira Quintero Osorio*

Resumen

La población de América Latina y el Caribe envejece aceleradamente en un proceso continuo e irreversible que obliga a los países de la región a prepararse para enfrentar exitosamente ese hecho demográfico, especialmente en los sectores educación y salud en los que la profesión de enfermería se convierte en factor determinante. El objetivo de este trabajo es analizar el desafío de la formación de personal de enfermería en los escenarios de educación superior y sus implicaciones en el currículo de pregrado. La revisión bibliográfica realizada y especialmente las recomendaciones emanadas de organismos globales, ofrecen el marco teórico que soporta los planteamientos formulados. Se presenta una propuesta curricular para la inclusión del cuidado de los adultos mayores, así como las condiciones institucionales requeridas para promover dicha inclusión. La formación de enfermeras y enfermeros con competencias en el cuidado de la salud de los mayores, principalmente en escenarios comunitarios que promuevan el envejecimiento saludable, se convierte en una meta a cumplir a corto plazo. La enseñanza del cuidado a los adultos mayores de hoy y del futuro, es una responsabilidad ineludible de las instituciones de educación superior en enfermería de América Latina y en una exigencia social que debe ser atendida con prontitud y eficiencia.

Palabras Claves

Envejecimiento, cuidados, enfermería, enseñanza

Summary

The Latin American and the Caribbean population gets older rapidly in a continuous and irreversible process that forces the countries to prepare in order to face, successfully, this demographic fact, especially in the educative and health areas, where nursing becomes an important role. The objective of this research paper is to analyze the challenge of the formation of nurses, in the scenery of superior education, and its implications in the curriculum. The literature revision, and specially the recommendations done by worldwide organizations, offers the theoretical aspect that supports the formulated poses.

A curricular proposal is presented for the inclusion of the care of adults, as well as institutional conditions required to promote such inclusion. The formation of nurses with competences in the health's care of adults, mainly in the community scenery, that would promote a healthy aging process, is a short-tem goal to fulfill. The care teaching of adults is an unavoidable responsibility of nursing institutions in Latin America, and it is a social demand that must be attended rapidly and efficiently.

Key Words:

Aging, care, nursing, teaching.

*QUINTERO OSORIO, Marialcira. Enfermera. Profesora Titular Emeritus, Escuela de Enfermería, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. marialciraq@gmail.com
Recibido: 15 septiembre/09 - Aceptado: 4 Noviembre/09

Introducción

El crecimiento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo en los países de América Latina y el Caribe. Entre 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más pasó de un 6,5% a un 8,2% y para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15%, lo que sin duda hará que este grupo adquiera una mayor notoriedad en la población. Hacia 2050 las personas de más de 60 años representarán aproximadamente el 24% de la población, de tal manera que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más. Según estas cifras, el incremento absoluto del número de personas mayores está acompañado de un mayor peso relativo de este grupo respecto del total de la población, lo que muestra claramente el proceso de envejecimiento que está experimentando la región. En las proyecciones del período 2000-2025 se destacan la Guayana Francesa, Costa Rica, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela por presentar el mayor incremento de la región, con tasas superiores al 4%¹.

Cada año habrá más personas mayores y de más edad, y serán cada vez más “viejos” porque la expectativa de vida también aumenta. Ante lo planteado, surgen dos interrogantes: ¿se están preparando los países para atender a satisfacción las necesidades de los adultos mayores de hoy y del futuro?, ¿nos estamos preparando en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, y de enfermería en particular, para afrontar exitosamente esa realidad?

El objetivo de este trabajo, es analizar el desafío de la formación de enfermeras y enfermeros en el cuidado de la salud de los adultos mayores de América Latina, y sus implicaciones en el currículo de pregrado de las instituciones de educación superior.

¹Organización de Naciones Unidas-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina, Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; 2009.

El contexto internacional y la formación de recursos humanos en salud.

El envejecimiento de la población y sus consecuencias para el desarrollo de los países, ha sido objeto de múltiples encuentros mundiales. Así, en 2000 durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, los jefes de estado del mundo adoptaron la Declaración del Milenio, sentando un compromiso histórico sin precedentes: erradicar la pobreza extrema y mejorar la salud y el bienestar de los más pobres y vulnerables para el 2015. Incluimos a los adultos mayores, entre estos últimos. En 2002, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid-España), recomendó expresamente a los países de América Latina y el Caribe que se prepararan adecuadamente para atender las demandas de salud de los pueblos y en particular, las que recibirán de la población envejecida.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)² su Resolución CSP26.R20, es enfática cuando insta a los Estados Miembros a que elaboren un plan de adiestramiento universitario y de postgrado de los trabajadores de atención primaria y otros profesionales de la salud en los fundamentos de la promoción de la salud, y en los aspectos básicos de la atención sanitaria adecuada a las personas mayores y de la medicina geriátrica.

Atendiendo a las mencionadas recomendaciones globales, la OPS³ elaboró el Plan de Mediano Plazo 2002-2005 para los Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. El Programa de Recursos Humanos de OPS, presentó en 2002 el documento “Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería en las

²Organización Panamericana de la Salud, La salud y el envejecimiento, Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

³Organización Panamericana de la Salud, Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud, Plan Mediano plazo 2002-2005, Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2004

Américas 2003-2007”⁴. De este documento rescatamos una afirmación fundamental, referida a que los recursos humanos de enfermería integran una alta proporción de la fuerza laboral en salud, no solo en términos cuantitativos, sino, especialmente cualitativos, prestando la mayor parte de los servicios de salud, y que en la mayoría de los países de la Región de las Américas se admite que el 80 % de la fuerza de trabajo en salud está compuesta por personal de enfermería.

Por su parte, el Llamado de Acción de Toronto (OMS/OPS, 2005), recogido en el documento *Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015*⁵, plantea tres principios sobre los que deben soportarse las acciones a emprender en esa materia: los recursos humanos son la base del sistema de salud, trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social, y los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo. Cónsono con este documento, en 2007 la OPS presentó otro fundamental para el soporte teórico de esta propuesta de desarrollo curricular; referio a *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*⁶, en el que se plantea el concepto salud con visión multidimensional sobre la base del concepto de desarrollo humano; se reconoce a la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos alcancen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano. Para lograr ese propósito, se requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos formados en Atención Primaria en Salud (APS), en particular a los de enfermería.

La Conferencia *Hacia un cuidado integral de la Salud*

para Todos y por Todos,⁷ produjo un importante documento en el que los participantes plasmaron el sentido orientador de dicha Conferencia de establecer internacionalmente un consenso para una estrategia mundial que se base en la Atención Primaria de la Salud y que incorpore nuevas necesidades, orientándose a la propuesta de un cuidado integral de la salud para todos y por todos, para asegurar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para consolidar y fortalecer sistemas de salud equitativos basados en la justicia social. El documento plantea la necesidad de revertir la tendencia de la formación curativa de los currículos de estudios de las ciencias de la salud y en desarticulación en la mayoría de los países entre las entidades formadoras de recursos humanos, particularmente en salud, y las necesidades sanitarias.

En 2007 la OPS presentó el documento *Las metas regionales en materia de Recursos Humanos para la salud 2007-2015*⁸, en el que se describen las estrategias recomendadas para enfrentar los cinco desafíos críticos planteados en la Agenda de Salud para las Américas y en el Llamado de Acción de Toronto, y el logro de las veinte metas antes del 2015.

En junio de 2009 se realizó en Washington DC, la 114ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, ocasión en la que se aprobó el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable⁹ y la correspondiente resolución CE144.R13; ambos documentos están “destinados a fortalecer las oportunidades que tiene la Región de fomentar una longevidad sana y con bienestar entre sus habitantes”. El análisis de la situación en América Latina y el Caribe, una vez más ratifica la imperiosa necesidad de que los países asuman con prontitud y eficiencia programas

⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería en las Américas 2003-2007*, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Llamado de Acción de Toronto. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015*, Toronto: Organización Panamericana de la Salud; 2005

⁶ Organización Panamericana de la Salud, *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.

⁷ Organización Panamericana de la Salud, *Hacia un cuidado integral de la Salud para Todos y por Todos*, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2007.

⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Las metas regionales en materia de Recursos Humanos para la salud 2007-2015*, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007

⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*, Washington D C: Organización Panamericana de la Salud, 2009

dirigidos a atender las necesidades de la población de personas mayores. De allí su último considerando, en el que OPS ofrece un plan de acción que “permita a los Estados Miembros responder de forma eficaz y eficiente a las necesidades y demandas que el envejecimiento poblacional está introduciendo de forma rápida sobre los sistemas de salud y de seguridad social, la sociedad y la familia”. Explícitamente el Plan menciona que “la fuerza laboral en la esfera de la salud es la piedra angular de los sistemas de salud y la clave para enfrentar el reto. No obstante, la disponibilidad y distribución de los recursos humanos para ocuparse del problema son desiguales. Hasta en países cuyos porcentajes de población de adultos mayores, son altos, el abordaje integral a la salud de las personas mayores rara vez se incluye en los estudios de ciencias de la salud”.

El Plan identificó cuatro áreas críticas y diseñó cuatro áreas estratégicas interdependientes que vinculan compromisos, valores, recursos, capacidades y oportunidades. Cada área estratégica aparece desglosada por objetivos y cada objetivo tiene una meta que representa el resultado que debe alcanzarse para 2018; las actividades propuestas por cada objetivo, tienen alcances regionales y nacionales. La tercera área se refiere específicamente a la capacitación de los recursos humanos necesarios y la identifica como: Capacitación de los recursos humanos necesarios para atender las necesidades de salud de las personas mayores.

En este punto se reflexiona sobre el estado de las recomendaciones de la 2da Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en el ámbito de América Latina, en cuanto a la formación de recursos humanos en enfermería para el cuidado de los adultos mayores. Se especula que actualmente y en la mayoría de los países, existe una importante carencia de personal debidamente capacitado, situación que se agrava por la ausencia de políticas educativas, gremiales y de servicios de salud. Se espera que a corto plazo, se generen acciones nacionales concertadas para la atención de esta importante materia.

La enseñanza del cuidado de los adultos mayores en el currículo de pregrado

Se desconocen trabajos que den cuenta de la evolución de la enseñanza del cuidado de enfermería a los adultos mayores en América Latina, pero se conoce de la realización en las dos últimas décadas, de numerosos eventos científicos en los que se han discutido y hecho propuestas curriculares concretas sobre la materia, lo que indica que la profesión de enfermería ha hecho consciente la situación. Es importante reconocer que las escuelas universitarias de enfermería, a diferencia de otras relacionadas con la salud, han sido pioneras en la incorporación de contenidos académicos relacionados con el envejecimiento, en pregrado y que han atendido además, las demandas de Educación Continua de sus egresados y de la colectividad en general.

Corresponde al cuerpo docente, a los estudiantes y a los especialistas en currículo, realizar el diseño del perfil o de las competencias que los estudiantes deberán adquirir durante su período de formación referidas al cuidado de los adultos mayores, las que inexorablemente deberán estar asociadas con la visión, misión y el marco o modelo conceptual sobre el que se desarrolle el diseño curricular de la carrera.

¿Qué tipo de competencias específicas en el cuidado de los adultos mayores deberían tener los egresados de la carrera de enfermería a su egreso?. Un criterio fundamental a definir por los planificadores curriculares se centra en determinar los dominios de competencia por niveles de formación, roles a cumplir y campos laborales para el ejercicio profesional. En el caso latinoamericano, se puede inferir que el mayor énfasis debería estar centrado en la atención de la salud de los mayores en sus comunidades, enfatizando los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, y en tal sentido la estrategia idónea es la Atención Primaria en Salud (APS).

Los programas de pregrado y sus contenidos

Gran cantidad de variables inciden en las decisiones académicas, en las que destacan la visión del diseño curricular y el modelo en el que se sustentan, los recursos docentes formados en el área y los campos de práctica. Autoras reconocidas en la materia, recomiendan que:

- De ser posible los contenidos se centren en una asignatura específica y se refuercen en otras,
- Los cursos o asignaturas fomenten en los estudiantes actitudes positivas y valores hacia la vejez,
- Se estudie el proceso normal de envejecimiento antes que las patologías asociadas con la vejez,
- Se estimule el ejercicio de liderazgo para el cuidado de las personas mayores,
- Los cursos o asignaturas deberían incluir estos elementos básicos,
 - aspectos demográficos a nivel regional, nacional e internacional,
 - las políticas nacionales y marco legal para la atención de los mayores,
 - el proceso de envejecimiento normal y los cambios físicos y funcionales esperados,
 - problemática social asociada a la vejez, el género y a la pobreza, quejas y problemática física, social, mental y afectiva frecuente en los mayores.
- diferencias entre hallazgos de envejecimiento normal y patológico,
- interdependencia con otros miembros del equipo de salud,
- fortalecimiento a la familia como cuidador primario,
- acciones y programas a desarrollar en las comunidades para promover el envejecimiento activo, sano, productivo, independiente y autónomo,
- recursos de la comunidad, municipio, estado y país, destinados a la atención de los mayores,
- aplicación del “saber enfermero y proceso del

cuidado de enfermería” en todos los escenarios, especialmente en los comunitarios

- dilemas éticos relacionados con la vejez,
- discapacidad y muerte,
- diseño y gestión de programas comunitarios para la promoción de la salud de los adultos mayores
- diseño y ejecución de estudios de investigación sobre la vejez y los cuidados de enfermería a adultos mayores.

En una alianza estratégica, la Asociación Americana de colegios de Enfermería y el Instituto de Enfermería Geriátrica de la Fundación John A. Hartford¹⁰, presentaron en 2000 el documento *Adultos Mayores: competencias recomendadas y Guía curricular para el cuidado de Enfermería Geriátrica en el Programa de Licenciatura*, que responde a las necesidades de formación de enfermeras en un país desarrollado muy diferente a América Latina, pero que puede ser un importante insumo para la discusión y análisis que corresponde realizar. La traducción oficial del documento al español fue realizada por los autores y se puede encontrar en la dirección electrónica en www.hartfording.org.

En 2008, la Asociación Nacional de Enfermería Gerontológica y la Asociación Canadiense de Enfermería Gerontológica, presentaron una declaración conjunta sobre *Recomendaciones para la Excelencia en Educación en Enfermería Gerontológica*¹¹, en la que reflejan su visión sobre la enseñanza del cuidado a los adultos mayores y cuya revisión se recomienda ampliamente, en el entendido de que su contexto social y demográfico difieren al igual que la anterior referencia, del contexto de América Latina. Las cinco recomendaciones, racionales

¹⁰ American Association of Colleges in Nursing and The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, *Adultos Mayores: competencias recomendadas y guía curricular para el cuidado de enfermería geriátrica en el programa de Licenciatura*, New York: American Association of Colleges in Nursing and The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing; 2000

¹¹ Canadian Gerontological Nursing Association and National Gerontological Nursing Association. *Prescriptions for Excellence in Nursing Gerontological Nursing Education. A Joint Position Statement*. Pensacola: Canadian Gerontological and Nursing Association and National Gerontological Nursing Association; 2008.

y estrategias, responden a sus principios y bases filosóficas, y se refieren a:

- El conocimiento gerontológico es diferente
- El envejecimiento es un proceso normal
- Todos los estudiantes de pregrado requieren conocimientos y prácticas clínicas específicas de enfermería para atender las necesidades de los adultos mayores
- Los contenidos gerontológicos deben ser visibles en el currículo de enfermería
- Los contenidos gerontológicos deben ser enseñados por docentes con credenciales, experiencia y conocimiento en esa especialidad
- Educación, investigación y práctica gerontológicas son interdependientes
- Enfermería Gerontológica es arte y ciencia
- La práctica basada en evidencia promueve el cuidado de los adultos mayores

En un esfuerzo por atender las necesidades de formación de recursos humanos en enfermería en América Latina para el cuidado de la salud de los adultos mayores, la OPS ha producido el documento "Orientaciones para la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor", con el concurso de las experiencias de un nutrido grupo de enfermeras del área docente y asistencial de América Latina. El documento será sometido a discusión en el marco de la X Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería a realizarse en la ciudad de Panamá.

Las estrategias de enseñanza – aprendizaje

En base a los principios del aprendizaje de los adultos, se recomienda minimizar las tradicionales sesiones de clases teóricas e incluir todas aquellas que las metodologías de la educación reconocen como de alta efectividad, vale decir, discusiones de grupo, entrevistas en las comunidades, visitas domiciliarias y a instituciones u organismos relacionados, dramatizaciones, simulaciones, presentaciones orales

y escritas, cines-foros, talleres, búsqueda electrónica de bibliografía actualizada, etc.

Se recomienda que la enseñanza teórico práctica de los cuidados relacionados con el envejecimiento normal, sano, exitoso y productivo, antecedan a los relativos a los procesos patológicos y discapacidades; esta estrategia favorece el cambio de actitud de los estudiantes hacia la vejez.

Para garantizar la adquisición y el desarrollo de las competencias de cuidado, es fundamental que los estudiantes apliquen y transfieran los conocimientos teóricos adquiridos, en acciones de práctica profesional comunitaria en primer término y hospitalaria para casos agudos o de larga estancia. Recomendable que estos dos últimos, sean objeto de práctica para estudios de posgrado.

Conclusiones

Una de las limitaciones comunes que hoy en día enfrenta un profesional es la escasa disponibilidad de textos y revistas en español actualizadas en este campo. Sin embargo en la actualidad con los avances tecnológicos, son pocas las barreras en cuanto al acceso a la información. La recomendación más importante se refiere a que las Universidades dispongan de los recursos electrónicos, suscripción a revistas y bases de datos accesibles, para lo cual los usuarios deberán poseer competencias en el manejo de la informática y de la lectura de inglés técnico.

El recurso humano de enfermería en el ejercicio del rol docente tiene bajo su responsabilidad una misión de incalculable valor. Le corresponde no solamente ofrecer y velar porque tengan las mejores oportunidades para que los alumnos adquieran conocimientos y desarrollen competencias específicas en el cuidado de los adultos mayores, sino que también tiene la posibilidad de convertirse en un modelo a seguir y superar. Cumplir con su misión va más allá de los encuentros académicos planificados, implica además estudio, actualización, innovación y

dedicación al arte de la enseñanza, así como la responsabilidad de transmitir a los jóvenes estudiantes valores humanos y de la profesión de enfermería con especial énfasis en el cuidado de la salud de los adultos mayores.

Ante la realidad demográfica y los desafíos a los que se enfrenta América Latina en cuanto a la formación de sus recursos humanos en salud y en particular de enfermería para el cuidado de la salud de la población de adultos mayores, resulta imperativo para las instituciones formadoras de este recurso, iniciar con prontitud las gestiones que conduzcan a la inclusión en los currículos de pregrado, de contenidos teóricos, prácticos y de investigación en el área. Un diseño curricular innovador, integral, flexible, dinámico y socialmente pertinente, debe incluir contenidos relacionados con el cuidado de los mayores.

Bibliografía

- (1) Organización de Naciones Unidas-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina, Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; 2009.
- (2) Organización Panamericana de la Salud, La salud y el envejecimiento, Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
- (3) Organización Panamericana de la Salud, Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud, Plan Mediano plazo 2002-2005, Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2004
- (4) Organización Panamericana de la Salud, Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería en las Américas 2003-2007, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002
- (5) Organización Panamericana de la Salud, Llamado de Acción de Toronto. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015, Toronto: Organización Panamericana de la Salud; 2005
- (6) Organización Panamericana de la Salud, La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- (7) Organización Panamericana de la Salud, Hacia un cuidado integral de la Salud para Todos y por Todos, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- (8) Organización Panamericana de la Salud, Las metas regionales en materia de Recursos Humanos para la salud 2007-2015, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007
- (9) Organización Panamericana de la Salud, Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable, Washington D C: Organización Panamericana de la Salud, 2009
- (10) American Association of Colleges in Nursing and The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, Adultos Mayores: competencias recomendadas y guía curricular para el cuidado de enfermería geriátrica en el programa de Licenciatura, New York: American Association of Colleges in Nursing and The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing; 2000
- (11) Canadian Gerontological Nursing Association and National Gerontological Nursing Association. Prescriptions for Excellence in Nursing Gerontological Nursing Education. A Joint Position Statement. Pensacola: Canadian Gerontological and Nursing Association and National Gerontological Nursing Association; 2008.

Construcción, evolución y evaluación de la teoría

Construction, development and evaluation of the theory

Claudia Ariza Olarte, RN, PhD*

Resumen

Recibir formación a nivel de doctorado en Enfermería, permite adquirir elementos que favorecen adoptar una postura crítica, sobre la construcción, evolución y evaluación de la teoría.

Este artículo presenta la forma como ha evolucionado el componente disciplinar de Enfermería. Para hacer la reflexión se parte de un comentario formulado por J. Fawcett (2003) acerca de la importancia que tiene tanto el conocimiento de la disciplina de enfermería, como el necesario para realizar actividades tales como el baño en cama. Se hace luego una revisión sobre las diferentes clases de modelos y teorías desde su aplicabilidad.

La enfermería ha sido reconocida por la sociedad, y en su proceso de desarrollo disciplinar, ha tenido que mostrar que tiene un dominio propio, cuenta con una estructura sintáctica y conceptual específica, se expresa con un lenguaje y símbolos especializados, recoge la herencia de la literatura y la tradición, tiene redes de comunicación, reconoce valores y creencias y refuerza la educación mediante sistemas que le son propios.

Por último se resalta la importancia de la práctica y de la investigación derivada de la misma, para el aporte que se le pueda dar al desarrollo disciplinar de la enfermería.

Palabras claves

Teoría, enfermería.

Abstrat

Doctoral education in nursing enables the professional to acquire essentials that allows him/her to assume a critical attitude on the construction, evolution and evaluation of the theory.

This paper presents the way how the disciplinary component of Nursing has evolved. To set up the reflection, a commentary by J. Fawcett (2003) is presented. The commentary is about the importance of knowledge both on the nursing discipline as well as on the necessary fundamentals to carry out activities such as bathing in bed. Next, a review on the different kinds of theories, from the point of view of its applicability, is done.

Nursing has been acknowledged by society. During the process of its disciplinary development it has had to demonstrate that it owns a separate domain, it has a specific syntactical and conceptual structure, it expresses itself with specialized language and symbols, it collects the heritage of literature and tradition, it has communication networks, it recognizes moral values and beliefs, and it reinforces education through systems which belong exclusively to it.

Finally, the importance of practice –and the research derived from it, to the disciplinary development of nursing, is highlighted.

Key words

Theory, nursing.

* Enfermera. Doctorado en Enfermería. Docente Asociada.
Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana
pompa70@yahoo.es
Recibido: 6 octubre/09 - Aceptado: 9 Noviembre/09

Fawcett (2003) en su comentario editorial "On bed baths and conceptual models of nursing" señala: "Solo puedo esperar que existan suficientes enfermeras que se comprometan a ser campeonas del conocimiento específico de la disciplina de enfermería, de forma tal que nuestra disciplina pueda sobrevivir y pueda continuar ofreciendo un servicio a los seres humanos que sea valorado y respetado. Solo puedo esperar que todas las enfermeras acojan tanto el baño en cama, como los modelos conceptuales de enfermería. Además que no se pueda parar en los hombros de las gigantes de enfermería para poder ver más allá y continuar construyendo el futuro, sin descartar los fundamentos que ellas colocaron para el desarrollo de la disciplina"¹.

Partiendo de este planteamiento, se propone que realizar un programa de doctorado en Enfermería, permite tener un reencuentro con la profesión en el sentido de que se facilita la oportunidad de revisar el extenso soporte teórico con que se cuenta, el cual constituye el conocimiento específico de la disciplina de Enfermería tal como afirma Fawcett, y que desafortunadamente, desde la clínica no se alcanza a divisar.

La enfermería ha sido reconocida por la sociedad, y en su proceso de desarrollo disciplinar, ha tenido que mostrar que tiene un dominio propio, cuenta con una estructura sintáctica y conceptual específica, se expresa con un lenguaje y símbolos especializados, recoge la herencia de la literatura y la tradición, tiene redes de comunicación, reconoce valores y creencias y refuerza la educación mediante sistemas que le son propios.

Sin embargo, se requiere de la práctica para que este desarrollo disciplinar tenga sentido; es en ella en donde a través de prestar un servicio la enfermería comunica y aplica su saber y en ella misma lo prueba, lo amplía y lo renueva; es precisamente por esto que la enfermería no puede ser considerada solo una disciplina o una profesión sino que es una disciplina profesional.

Pero también es cierto que para que la enfermería pueda crecer, es necesario que se de sentido a la acción y se genere un desarrollo teórico adecuado y continuo que cualifique y dirija la práctica, entendiendo por práctica todos los roles que desempeña un profesional de enfermería incluidos el asistencial, el docente, el gerencial, el investigador, el político y el de abogar por los pacientes y por la misma profesión.

Ante el planteamiento hecho por Fawcett, presentado al inicio de este artículo, se considera que los modelos y teorías de enfermería son un buen apoyo para esa responsabilidad que se tiene de comprender y trascender. Se ha visto que las teorías exponen una serie de conceptos relacionados entre sí, que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, y articulan y comunican una imagen mental de un fenómeno particular incluyendo sus componentes y la relación que entre ellos existe.

Desde mediados de los años setenta (70s se ha trabajado sobre lo ocurrido con los modelos de enfermería. Ellos han tenido un impacto relevante en las enfermeras practicantes quienes se caracterizan por tener una visión divergente y usualmente ambivalente, la adopción de un modelo de enfermería en los años 1970 a 1990 ha cambiado y ha abierto camino para críticas y diferentes puntos de vista de sus propósitos y valores. Muchas enfermeras en la práctica clínica, en la docencia y en la investigación pueden ver esto como apropiado, como la aceptación crítica de éstos resultados durante los primeros años provocando las decisiones y uso de los modelos, que tienen un legado duradero. Tierney (1998) defendiendo los modelos de la crítica, en conjunto con Cash (1990) y Biley (1992), afirman que los modelos son muy generales y naturales y probablemente redundantes en la evolución de enfermería^{2,3}.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que las

¹ Fawcett, J. Guest Editor: On bed baths and conceptual models of nursing. Journal of Advanced Nursing.

² Tierney, A.J. Nursing models: Extant or extint. Journal of Advanced Nursing. 1998.

³ Wimpermy Peter. The meaning of Models of nursing to practicing nurses. Advance Nursing. Volume 40 (3). November. 2002.

teorías tienen diversos niveles de aplicabilidad; se pueden considerar desde las más simples como son aquellas que describen un fenómeno particular de manera detallada, hasta las que explican las relaciones entre los fenómenos descritos con anterioridad y llegan a pronosticar un fenómeno deseado. Es así como entre más avanzado sea el nivel de la teoría en términos de aplicabilidad, mayor será su utilidad para guiar y mejorar la práctica.⁴

Los modelos teóricos o conceptuales son un tipo de teoría de enfermería. Para poder entender esto, es importante recordar que las teorías se pueden clasificar según su ámbito o alcance en metateorías, macroteorías, teorías de rango medio y microteorías.

Las metateorías abarcan aspectos universales, globales, que son necesarios para comprender de manera amplia las teorías de naturaleza más concreta. Las macroteorías también de contenido abstracto y ámbito general explican una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios. Una buena parte de modelos conceptuales de enfermería pueden ser clasificados en este nivel teórico. Las teorías de rango medio son de menor alcance y tienen un objetivo que es abordar fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés. El ser tan limitadas les permite ser articuladas dentro de niveles teóricos más amplios como son los modelos conceptuales, otras macroteorías o las metateorías. Y las microteorías todavía más concretas, circunscritas al objetivo deseado y a las acciones específicas necesarias para su realización, tienen por lo tanto un nivel de generalización muy bajo, siendo solo aplicable al fenómeno específico en una situación concreta.⁵

Se pretende con esta revisión sobre la clasificación de las teorías, poder afirmar que los modelos conceptuales son un marco de referencia que se articula y articula otros niveles de la teoría. Ellos

interpretan los conceptos y relaciones de interés para la disciplina que deben incluir los de persona, salud, ambiente y enfermería. El hecho de poder tener en cuenta el carácter central de estos conceptos y la posibilidad de analizarlos en diferentes niveles de complejidad teórica explica el por qué son denominados conceptos metaparadigmáticos de la enfermería.

Pero también es importante tener en cuenta que existen modelos que orientan la práctica de enfermería, la cual no es muy reconocida en el campo del desarrollo disciplinar de la enfermería. En dicha práctica se aceptan tres tipos de modelos que incluyen los modelos teóricos, los modelos sustitutos o funcionales y los modelos personales o mentales.⁶

Los modelos teóricos apoyan la conceptualización y son ayudas potenciales para resolver problemas dentro de un paradigma. Están explícitos como una manera de organizar las ideas y conceptos de las enfermeras más que para ser empleados como herramientas de forma directa en la práctica. Estos podrían corresponder al mismo nivel en que se encuentran las ya mencionadas macroteoría.⁷

Los modelos sustitutos son representaciones; son una versión funcional desarrollada con una base teórica. Se emplean como guía en el área clínica y representan un marco o estructura alrededor de la cual las enfermeras pueden recolectar datos y comunicarlos, y en donde la organización permite estandarizar y auditar la práctica. Este tipo de modelo puede identificarse en la práctica y puede estar o no vinculado a los modelos teóricos antes mencionados. Dentro de ellos estarían los planes de cuidado que sirven de guía central para obtener la documentación permitiendo recolectarla de una manera sistemática. Otro ejemplo de este tipo de modelo es la propuesta de patrones funcionales de Gordon.⁸

⁴ Smith, M.J. Y Liehr, P. *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2003.

⁵ Meleis, Al. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott, 1997.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

Los modelos mentales tienen un patrón personal y tal vez esto hace que sean los más utilizados. Se construyen involuntariamente a través de la experiencia personal; son un esquema orientador propio que representa la forma en que la enfermería es descrita por la enfermera. Cuando en la práctica se utiliza con mayor dominio este modelo, surgen dudas sobre la relevancia y pertinencia del conocimiento que se genera, del tipo de práctica que se realiza y se tiene mayor riesgo de recibir influencia externa, lo cual va en desventaja del cuidado del paciente. Es así como este tipo de modelo no propicia el desarrollo disciplinar de la enfermería.⁹

Se considera que los profesionales de enfermería siempre tienen un modelo o una perspectiva teórica que guía su práctica, aunque en muchas ocasiones no sean conscientes de ello. Pienso que si es un modelo teórico puede ser uno de los modelos publicados por autores de enfermería, o puede haber sido tomado de otra disciplina. Si es un modelo sustituto o funcional puede adoptarse para una actividad específica y generar un grado de dependencia cuando se deba realizar otra práctica, o cuando se necesita modificar el escenario de la misma. Si es un modelo mental puede contener una mezcla total de varios modelos de enfermería o de otras disciplinas.

En cualquier caso, es acertada la afirmación hecha por A. Meleis cuando dice que hacer explícito el modelo que orienta la práctica de un profesional de enfermería, le puede dar una seguridad particular que la ausencia de este tipo de guía no le permite.¹⁰

El empleo de modelos diferentes y mixtos puede ser parte de lo que ha llevado a tener miradas ambivalentes frente a la utilidad o no de su empleo en la práctica de la enfermería. A pesar de que aún hay quienes afirman que su naturaleza amplia no los hace tan relevantes como se esperaría, los más optimistas piensan que los

modelos teóricos son fundamentales para la evolución de enfermería porque además de su utilidad como guías de la práctica, ayudan a separar el conocimiento propio de otros conocimientos, permiten mantener la identidad y la imagen de la enfermería, apoyan la sistematización de la información, orientan la interacción en el cuidado y facilitan el encontrar significado en la actuación.¹¹

Por otra parte se ha tenido la oportunidad de conocer experiencias prácticas con la aplicación de modelos teóricos, que han permitido aclarar el pensamiento, compartir el conocimiento y mantener el objetivo de la acción en el paciente. De estas experiencias las enfermeras clarifican su contribución al cuidado de la salud humana.

Con estos planteamientos se quiere justificar la afirmación hecha por Fawcett.¹² Pero por otra parte es importante tener en cuenta que en muchas oportunidades ha habido un gasto desordenado de energía al generar teorías conceptualmente claras pero incoherentes, cuyo propósito esencial es definir la enfermería y articular una normativa estándar para su práctica.

Para que un modelo apoye la práctica es necesario que tenga claridad en los valores personales y colectivos para su elección, y no siempre dicha claridad se tiene explícita, por lo cual nuestra tarea debe comenzar desde esta perspectiva.

Por otro lado el modelo debe tener conexión con el tipo de práctica que se realiza, no todos los modelos son aplicables en todas las actividades que desarrolla enfermería ni puede haber modelos únicos para la práctica. En este sentido corresponde entonces definir qué se quiere con la práctica, a dónde se apunta, cómo nos gustaría que nos recordaran los pacientes.

⁹. Ibid

¹⁰. Thorner, S; Canam, C; Dahienten, S; Hall, W; Henderson, a. Nursing« metaparadigma concepts: Disimpacting the devates. Journal of advanced Nursing. 1998

¹¹. Fawcett, J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models Theories. Fa Davis Company. Caps 1 y 2. 2000.

¹². Jierney, Aj. Opcit

Sin embargo cada modelo de enfermería, a pesar de ser abstracto y general, presenta una perspectiva diferente del fenómeno de interés en enfermería alrededor de sus conceptos esenciales e incluye guías para la generación y comprobación de teorías más concretas y específicas en la práctica. Esto hace fundamental el empleo de modelos teóricos si se quiere mantener un estatus disciplinar. Sin ellos no se tiene derecho a solicitar dicho reconocimiento, ni a tener una práctica autónoma. Sin estos modelos la enfermería está al nivel técnico donde quizá sea útil a la sociedad pero no donde ha querido estar.¹³

Tal vez el reto que se tiene es que los modelos y teorías de enfermería sean comprobados en varios ámbitos culturales de forma tal, que puedan demostrar una condición de universalidad.

Además de la evolución del desarrollo disciplinar de enfermería planteado en esta reflexión, se debe mencionar la importancia de la investigación para que se facilite dicho desarrollo. La investigación en enfermería es una actividad que exige el avance del conocimiento para la práctica. Siempre que la investigación esté orientada por parámetros conceptuales pertinentes, es un método efectivo de construir la disciplina, de mejorar el cuidado de la salud, de preparar a futuros investigadores y de mejorar la credibilidad de enfermería.¹⁴

Finalmente está el aporte al conocimiento disciplinar hecho por práctica, la cual llevada a cabo a través de las teorías de mediano rango, puede hacer contribuciones importantes al desarrollo del conocimiento de enfermería; esto es posible siempre y cuando al mismo tiempo la práctica, adopte todo el desarrollo teórico con que se cuenta de una manera objetiva, sin desconocer el esfuerzo que hicieron las primeras teóricas, para de esa forma continuar en el proceso de desarrollo disciplinar en que está la enfermería. De otra forma, como afirma Fawcett estaríamos

contribuyendo a la extinción de la disciplina de enfermería.

Conclusiones

El desarrollo disciplinar de enfermería requiere que la elección de modelos teóricos sea voluntaria y responda a las necesidades sobre las cuales se tenga explicación suficiente para que su propósito y valor sea claro para quienes los emplean.

Aunque el uso de los modelos y teorías en enfermería no sea fácil, éste es esencial para su desarrollo. Es la vida intelectual de la enfermería. Se necesita para que haya investigación, para que haya creatividad y crecimiento como disciplina. La teorización se debe fomentar y con base en ella el reconocimiento de someterse a la crítica para crecer con base a ella.

Bibliografía

1. Fawcett, J. Guest Editor: On bed baths and conceptual models of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 44, 3. 2003
2. Tierney, AJ. Nursing models: Extant or extinct. *Journal of Advanced Nursing*. 1998.
3. Wimpermy Peter. The meaning of Models of nursing to practicing nurses. *Advance Nursing*. Volume 40 (3). November. 2002.
4. Smith, MJ. Y Liehr, P. *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. 2003.
5. Meleis, AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott. 1997.

¹³. Evaluation of contemporary Nursing Knowledge. *Opcit*

¹⁴. *Ibid*

6. Thorner, S; Canam, C; Dahienten, S; Hall, W; Henderson, a. Nursing's metaparadigma concepts: Disimpacting the devates. Journal of Advanced Nursing. 1998.

7. Fawcett, J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories. Fa Davis Company. Caps 1 y 2. 2000.

SECCION INFORMACION DE LA FACULTAD

III Congreso Colombo – Venezolano y I Internacional de Salud Pública

Junio 26 y 27 de 2009

El evento académico se enmarcó dentro de la temática: la Infancia y adolescencia, entendidas desde una perspectiva demográfica, como el conjunto de población según la Organización Mundial de la Salud, con edades comprendidas entre 0-19 años, y definidas según la Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. 1968), “como etapas claves de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende parte del éxito o fracaso posterior de cada sujeto en su proyecto vital”.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, afirma que más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto

prematureo o la falta de oxígeno al nacer. Especialmente en el mundo en desarrollo.

Según el diagnóstico sobre la infancia en Colombia 2005, más de 2.8 millones de niños y niñas en edad escolar se encuentran por fuera del sistema educativo, el 20% es analfabeta, 9 niños y niñas muertos en forma violenta en promedio al día, 14 mil niños y niñas víctimas de delitos sexuales, más de 11 mil niños y niñas maltratados en sus espacios familiares y escolares al año, más de 2.7 millones de niños y niñas explotados laboralmente, más de 2.5 millones que viven en situación de miseria e indigencia, presentan desnutrición crónica alrededor del 13,5% los menores de 5 años, cerca de 100 mil crecen en las instituciones de protección por abandono o peligro, más de 10 mil utilizados y reclutados por los grupos armados al



margen de la ley y más de 18 mil adolescentes infractores a la ley penal. De igual manera, la Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud de Profamilia año 2005, indica que cerca del 19% de las adolescentes entre 10 y 19 años ha tenido un embarazo, cifra que asciende al 30% en zonas marginales. El 16% son madres y el 4% espera un hijo.

Las estadísticas oficiales del departamento, en cuanto a morbi-mortalidad en menores de 15 años, muestran persistencia de enfermedades infectocontagiosas pero con tendencia a la disminución, un preocupante aumento de las consecuencias del trauma, la violencia y los problemas de salud mental, alta incidencia de problemas perinatales, persistencia de la desnutrición, permanencia de enfermedades tropicales, alta incidencia de caries y problemas periodontales, aumento de problemas estrechamente relacionados con las condiciones medioambientales como el asma y el cáncer, un renacer de viejas enfermedades como el cólera y el surgimiento de nuevos problemas, como el SIDA.

Dentro de este contexto el III congreso Colombo-Venezolano y I Internacional en Salud Pública, orientó su objetivo a la presentación de propuestas y experiencias sobre la temática, con el fin de promocionar el conocimiento, debate y discusión para la prevención de problemáticas en esta población vulnerable y que por su complejidad obliga a los profesionales de la salud y enfermería a contribuir con programas, intervenciones y proyectos innovadores que involucren diferentes sectores sociales, educativos, ecológicos y de la sociedad civil, a fin de que tengan los efectos deseados, en los que se cuenta con el apoyo de organizaciones internacionales como OMS, UNICEF y Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA), y de estamentos gubernamentales como el Ministerio de Protección Social, el ICBF y el Ministerio de Educación, quienes abogan a favor de programas integrales de salud de la comunidad para mujeres embarazadas, nutrición y lactancia materna, vacunación, abastecimiento y calidad del agua, saneamiento y atención familiar, Violencia y abuso

sexual, con estrategias como AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia), IAMI (Institución Amigas de la Mujer y la Infancia), PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y Adolescencia), Programa de detección temprana de las alteraciones del joven, que garantizan el desarrollo integral del niño y el adolescente promoviendo la protección de sus derechos, ayudando a satisfacer sus necesidades básicas, ampliando sus posibilidades de lograr un desarrollo pleno de su potencial y mejorando la capacidad de la familia y la comunidad para el cuidado y atención del niño y adolescente.

Se resaltan la importancia de ponentes de talla internacional, nacionales y regionales expertos en la temática, quienes aportaron sus conocimientos y experiencia, las cuales contribuirán a la disminución de la problemática con la formulación de estrategias para el beneficio de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Dentro de los participantes al evento, se destacan entre otros, la Dras. Naomi Shapiro de la Universidad de California, San Francisco; Dra. Diva Janet Moreno López, Médica y Cirujana de la Universidad Libre Seccional Atlántico, Dr. Rafael Pardo Abello, Médico Cirujano Especialista en Auditoria de servicios de salud, Universidad del Rosario. Magíster en Políticas de Salud – London School of Hygiene an Tropical Medicine y London School of Economics and Political Science. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Área de Salud Familiar Comunitaria - VIH/sida Dra. Raiza Parra de Mora, Médico – Especialista en Salud Pública y en Gerencia en las Instituciones de Salud, Dra. Olga Lucia Restrepo Espinosa, Médico Pediatra Subespecialidad en Medicina de Adolescente y Adulto Joven-Children's National Medical Center, George Washington University-Washington D.C. EE.UU. Diciembre 1, 1992 – Junio 30, 1995 Título de Fellow. Dr. Hernando Antonio Villamizar Gómez, Médico pediatra neonatólogo especialista en práctica pedagógica universitaria, Presidente Regional Norte de Santander

de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). Dra. Carmen Sofía González Medina, Médico psiquiatra San Juan de Colon Estado Táchira. Dra. Verónica Guillen Médico Psiquiatra Dra. Mary Luz Mejía G. Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) Dr. Miguel Roberto Maldonado Rangel Médico Gineco-obstetra. Dra. Martha Teresa Jaimes Galvis (ICBF) Abogada especialista en derechos de familia y en pedagogía. Enf. Magíster Gloria E. Zambrano Plata, Magíster en Cuidado. Dra. Luz Stella Aguirre. Administradora Pública especialista en finanzas publicas, Profesional especializado, Secretaria de Planeación.

Igualmente queremos agradecer a través de este medio la colaboración y apoyo recibido por las directivas y docentes de la Universidad Francisco de Paula Santander, el Instituto Departamental de Salud, OPS/OMS, Unidad Regional de Epidemiología del Estado Táchira, Profamilia, Sociedad Colombiana y Latinoamericana de Pediatría, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Protección Social, Gobernación del Norte de Santander y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).



II ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO



Bajo el lema “Asistencia, Gestión e Investigación en la práctica del cuidado” durante los días 24 y 25 de Septiembre en el Auditorio Guillermo Ronderos del hotel Bolívar, se celebró el II ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO, evento organizado por

el Grupo de Cuidado de Enfermería con el objetivo de proporcionar a la comunidad de enfermería: profesionales de servicio, docentes, investigadores y estudiantes espacios para el intercambio de resultados de investigación y de experiencias de cuidado en los diferentes escenarios del ejercicio profesional.

En este espacio fueron socializados un total de 25 trabajos que fueron elegibles por el Comité Científico para su presentación en algunas de las temáticas centrales del evento como Gestión del cuidado, Aplicación de Modelos de enfermería en el cuidado de la persona y colectivos, Ética del cuidado, Innovaciones tecnológicas en el cuidado.

El programa académico de este año contó con la participación de ponentes extranjeros, como son la enfermera magister María Cecilia Campos, docente en las áreas de Salud Infantil y Autocuidado, Promoción de la Salud y Modelos y Teorías de Enfermería, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y participante en la gestión de proyectos financiados por la Dirección de Investigación UC, Fundación WK: Kellogg y FONDECYT.

Patricia Fabiana Gómez es profesora de la Cátedra de Investigación en Enfermería de la Escuela de



Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Doctorando en Ciencias de la Salud, con proyecto de tesis en ejecución, Asesora en Enfermería Salud Mental en la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en Washington DC y es actualmente Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud Mental. Es Presidente del Instituto Universitario en Ciencias de los Sistemas Humanos (FUNDAIF).

Marialcira Quintero Osorio, Docente asociada al Laboratorio de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Biológicas, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería y Salud de Adultos Mayores y jefe de Formación de Recursos Humanos del Vicerrectorado Académico de la Universidad del Zulia.

Claudia Ariza Olarte enfermera cardióloga, Doctora en enfermería de la universidad Nacional de Colombia, Docente asociada del departamento de enfermería clínica, coordinadora Posgrado Cuidado crítico, y docente del departamento de fisiología de la facultad de medicina de la Universidad Javeriana.

Algunas de las conferencias centrales contempladas en el encuentro académico fueron:

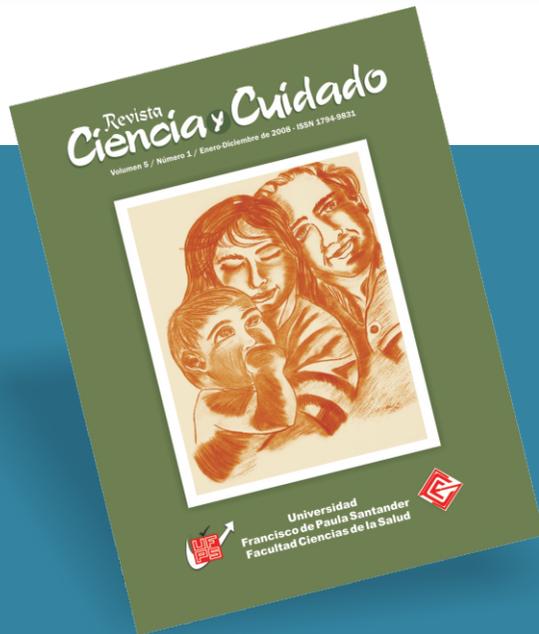
- Capacidades de autocuidado y herramientas para su estudio en niños escolares, adolescentes y/o sus cuidadores.
- Cuidados espirituales y el ser: en el principio de identidad de no contradicción.
- Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en postoperatorio de una revascularización miocárdica.
- Mientras se espera el cuerpo se expresa.
- El cuidado de Enfermería en las personas con alteraciones mentales.
- Reto al arte de enfermería: Rechazo al cuidado por parte de los pacientes motivado por los enfermeros.
- La incorporación de la investigación en la práctica del cuidado.

Como conclusiones del II Encuentro Internacional de Cuidado se destacan:

Los enfermeros en la práctica del cuidado mantienen una especial proximidad y una estrecha relación con los pacientes orientadas a la detección y satisfacción de sus necesidades; por lo tanto, la forma de interacción que se establezca puede tener una gran influencia en el éxito o en el fracaso del tratamiento, en la aceptación por parte del paciente de las medidas de prevención y terapia que se requieren para recuperar la salud y el bienestar y en el grado de satisfacción del usuario en relación con el cumplimiento de sus expectativas y deseos.

La investigación representa la herramienta para el desarrollo disciplinar de enfermería al posibilitar la comprensión de lo humano, el encuentro de significados, el abordaje de problemas relacionados con el acto de cuidar, los cambios en el proceso vital humano. Existen tres razones fundamentales para investigar en enfermería: Fomentar la generación de conocimientos, Proponer, desarrollar y probar teorías aplicables a enfermería y a su práctica, Garantizar la autonomía y responsabilidad de la práctica mejorando el conocimiento de los fenómenos relacionados con su quehacer.

Las 25 presentaciones orales fueron recopiladas en el Libro memoria del evento, siendo entregado a los asistentes e invitados. Para mayor ampliación del II Encuentro Internacional de Cuidado pueden comunicarse con Olga Marina Vega Angarita al correo electrónico: gquidado@motilon.ufps.edu.co



NORMAS DE PUBLICACIÓN REVISTA CIENCIA Y CUIDADO

La Revista Ciencia y Cuidado, publica trabajos de investigación originales, artículos de reflexión y revisión.

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos deben remitirse en original, copia y en diskette 3.5 pulgadas al Comité Editor de la Revista Ciencia y Cuidado a nombre de la Facultad Ciencias de la Salud UFPS, Av. Gran Colombia no.12E-96 Barrio Colsag, Cúcuta (Norte de Santander), o al correo electrónico revcyc@motilon.ufps.edu.co.

Los escritos deben presentarse en computador, letra Times New Roman No.12, en hoja tamaño carta, por una sola cara a espacio sencillo, con márgenes de 3cm. superior, 2.5 cm izquierda, 2.5 cm. a la derecha y 3 cm. inferior.

La extensión máxima del artículo será de 10 páginas, teniendo en cuenta las normas de Vancouver para

publicaciones y las normas internacionales que incluyen las palabras claves en español e inglés así como un resumen y el summary que facilite la inclusión de los artículos en las bases de datos nacionales e internacionales.

Para claridad de los autores se precisa lo siguiente:

- Tablas y figuras: Se deben colocar indicando el título que debe contener que es, cuando y donde, siempre deben incluir fuente de donde se obtuvieron, y deben ser explicadas.
- Notas a pie de página y citas: Siempre deben ir al final de la página donde se enuncia, estas servirán para aclarar o profundizar un concepto o una información dentro del texto. No deben ser notas bibliográficas. Las citas textuales que requieran resaltarse (mayor de 40 palabras) deben escribirse en párrafo aparte. Las citas textuales (menores de 40 palabras) se deben incluir en el texto colocando comillas y el número de página donde se consultó.
- Bibliografía y/o referencias bibliográficas: Las citas se harán dentro del texto y deben incluir

apellidos del autor (a) (s) y año del documento revisado. La bibliografía incluye documentos y libros relacionados en el texto del artículo. Las referencias bibliográficas se refieren a documentos y libros consultados pero no relacionados en el texto.

El artículo enviado no debe haber sido publicado en otro medio.

La recepción de un escrito no implica obligación del Comité Editorial de la Revista Ciencia y Cuidado para su aceptación y su publicación, ni compromiso con respecto a su fecha de aparición.

El escritor conservará copia de todo el material remitido, a fin de evitar inconvenientes en caso de daños o pérdida de éste.

Los autores son los responsables directos de la información y los soportes utilizados en cada artículo, el Comité Editorial no se hace responsable por situaciones legales que se puedan presentar en referencia en cada artículo.

El Comité Editorial de la Revista Ciencia y Cuidado, realizará el análisis y selección de los escritos que cumplan con las normas establecidas por la Revista, se reserva el derecho de reproducción parcial o total y de realizar las modificaciones que considere pertinentes para su publicación.

Los artículos recibidos serán evaluados por un par académico especializado externo, asignado por el Comité Editorial, que realizará observaciones o ajustes necesarios para ser publicados.

Los autores realizarán ajustes y devolverán los artículos, los cuales serán revisados para verificar cumplimiento de las observaciones y autorizar su publicación.

NORMAS SEGUN TIPO DE SECCIONES

A. INVESTIGACIÓN

Título

Debe indicar en forma clara el trabajo de investigación o artículo realizado. Se debe incluir el título en español e inglés.

Autor (es)

Se indican los nombres y apellidos con llamada pie de página, para indicar ocupación, cargo actual, institución donde labora actualmente y dirección electrónica de cada autor.

Resumen

No debe exceder 250 palabras, debe indicar una condensación comprensible del artículo. Usualmente se incluye en éste, objetivos, materiales y métodos, muestra, variables, instrumentos y conclusión global. Se debe presentar en español e inglés.

Palabras Claves

Se deben incluir 2 a 4 palabras que faciliten la clasificación del artículo, que no hayan sido utilizados en el título. Se deben indicar en español e inglés

Introducción

Dar a conocer la justificación del mismo, indicando el propósito y la situación en el contexto donde se realizó.

Materiales y Métodos

Se da a conocer los sujetos de estudio, procedimientos utilizados, tipo de análisis estadístico de los datos y aspectos éticos.

Objetivos

Relacionar los objetivos generales y específicos del estudio.

Resultados y Discusión

Se presentan guardando una secuencia lógica del

texto, tablas, figuras, destacando las observaciones más relevantes.

Conclusiones

Deben basarse en los resultados obtenidos sin repetir los datos expuestos en resultados y discusión.

Bibliografía y/o referencias bibliográficas:
Se debe relacionar al final del artículo.

B. OTRAS SECCIONES

Título

Debe indicar en forma clara el tema del artículo. Se debe incluir el título en español e inglés.

Autor (es)

Se indican los nombres y apellidos con llamada a pie de página, para indicar ocupación, cargo actual, institución donde labora actualmente y dirección electrónica de cada autor.

Resumen

No debe exceder 100 palabras, indicando de manera general de que tratará el artículo.

Palabras Claves

Se deben incluir 2 a 4 palabras que faciliten la clasificación del artículo, que no hayan sido utilizados en el título. Se deben indicar en español e inglés

Texto Central

Incluye el desarrollo del artículo y conclusiones.

Conclusiones

Debe plantear ideas generales con relación al artículo desarrollado.

Bibliografía y/o referencias bibliográficas:

Se debe relacionar al final del artículo.

SECCIONES DE LA REVISTA

INVESTIGACIÓN

Se aceptan trabajos originales realizados en cualquiera de las áreas de salud.

PRÁCTICA CLÍNICA

Trabajos sobre teorías, modelos, casos clínicos, técnicas, protocolos, planes de cuidado y experiencias personales.

EDUCACIÓN

Artículos referidos a propuestas, fortalecimiento o innovación de la formación y educación de profesionales en el área de la salud.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

Trabajos relacionados con la administración de servicios de salud, indicadores, auditoría, política sanitaria, legislación, economía.

TRABAJOS LIBRES

Artículos referidos a otras áreas no incluidas en las secciones anteriores que sean de interés para la salud y enfermería.

NUESTRA FACULTAD

Son experiencias o trabajos realizados por estudiantes y docentes en el programa de enfermería.

MEMORIAS Y EVENTOS CIENTÍFICOS

Se incluyen artículos en eventos científicos, desarrollados por la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander.

SUSCRIPCION

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Dirección residencial: _____ Tel: _____

Dirección profesional: _____ Tel: _____

Ciudad: _____ País: _____

A.A: _____ Dirección Electrónica: _____

Dirección para envío: _____

Profesión: _____

Celular No. _____

