

Ciencia y Cuidado



ISSN 1794-9831
Volumen 7
Número 1
Enero-Diciembre
2010
Inscrita Dialnet

UFPB
Universidad
Francisco de Paula Santander



Tendencias y proyección
del ejercicio profesional
Rosa María Nájera



Viviendo en una reali-
dad, que me ata al
abismo Clara Graciela
Segura Escobar



Entre la incertidumbre y
la esperanza: percep-
ciones y motivaciones
de los pacientes hospita-
lizados en la UCI. Gloria
Esperanza Zambrano

Revista **Ciencia y Cuidado**

Volumen 7 / Número 1 / Enero-Diciembre 2010 - ISSN 1794-9831

RECTOR:

HÉCTOR MIGUEL PARRA LÓPEZ

DECANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD:

LUZ MARINA BAUTISTA RODRIGUEZ

DIRECTORA PROGRAMA DE ENFERMERÍA:

MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDÓÑEZ

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. Angélica Uribe Meneses - ESE Hospital R. Noroccidental.
Md. Esp. Carlos Humberto Mora - ESE Hospital U. Erasmo Meoz
E. M. Maria Cecilia Campos Universidad Católica de Chile

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
E.M. MSc. Angelina Dois C. - Universidad Católica de Chile

EDITOR:

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

DISEÑO Y DIAGRAMACION

Orlando Villamizar / Código Publicidad

CORRECTOR DE ESTILO:

Graciela Jaimes Carrillo

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, E-mail: revcyc@ufps.edu.co

PARES EVALUADORES EXTERNOS

NESTOR ARISTIZÁBAL ALZATE

Psicólogo

Docente Investigador Universidad Antonio Nariño

CLEOFÉ CASTILLO SEPÚLVEDA

Enfermera

Hospital Mental Rudesindo Soto

JESSICA TATIANA JIMÉNEZ VEGA

Enfermera Profesional

Unidad de Cuidados Intensivos

Clínica Norte

ANA KARIME GUTIÉRREZ FLÓREZ

Enfermera

Especialista en enfermería oncológica PUJ

Oncomedical IPS LTDA (Unidad Oncológica)

MARIA CECILIA CAMPOS SANDOVAL

Profesional Enfermera Clínica

Magister en Salud Pública

Enfermera/Docente

Universidad Católica de Chile

RUTH ESPERANZA CAICEDO FONSECA

Enfermera /Docente

Especialista en Prevención del Maltrato Infantil,

Esp. En Informática Educativa, en Curso

Docente Catedrática - UDES

GLADYS SANCHEZ VILLAMIZAR

Enfermera

Esp. Gerencia Social

Docente Cátedra Universidad de Pamplona

SUMARIO

Editorial	9
Sección Investigación	13
Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la sexualidad en estudiantes admitidos a los programas presenciales diurnos en la Universidad Francisco de Paula Santander	13
Prácticas de cuidado postparto en adolescentes	21
Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica	29
Representaciones culturales del proceso de enfermedad en pacientes provenientes del área rural	35
¡Viviendo en una realidad, que me ata al abismo!	45
Entre la incertidumbre y la esperanza: percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)	52
Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos	61
Factores de riesgo asociados a infecciones en pacientes hospitalizados en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).	71
Otras Secciones	80
Tendencias y proyección del ejercicio profesional	80
Sección Información de la Facultad	90
VII Encuentro Binacional de Cuidado, Avances en la Práctica Clínica de Enfermería	90
Normas de publicación Revista Ciencia y Cuidado	92

EDITORIAL

LA PRODUCCIÓN EN ENFERMERÍA HACE VISIBLE LA PROFESIÓN

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.

El presente artículo muestra de manera general el análisis realizado a la propuesta de organización de enfermería en Colombia orientada hacia la producción que permite visualizar los beneficios que se obtendrían, algunos aspectos a mejorar y recomendaciones.

¿Por qué utilizar la organización en enfermería?

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.

Análisis, propuesta, organización para la producción de enfermería

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

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

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

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 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 por que 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 generará 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

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.

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.

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 facilitará la planeación y evaluación.

Por otra parte al realizar análisis se observan algunas dificultades que hacen necesario revisar, si bien la propuesta plantea los elementos teóricos que la fundamentan desde lo profesional, legal y social, no plantea de manera clara los pasos a seguir en las metodologías indicadas lo cual dificulta su aplicación.

Así mismo, se dan a conocer aspectos teóricos sobre la productividad pero no se clarifica y relaciona como sería esta productividad en enfermería, situación que permitiría entender este concepto y su aplicación en la profesión.

Finalmente la propuesta de **organización para la producción de enfermería en Colombia** se puede aplicar en cualquier institución prestadora de servicios de salud donde exista personal profesional y auxiliar de enfermería. En este sentido se hace necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

a. Realizar la descripción de la metodología que se utilizaría, considerando como la más pertinente la investigación acción con el fin de que las enfermeras (os) mediante búsqueda personal y grupal contextualicen la situación actual y se generen compromisos y alternativas de solución en equipo. Los pasos a seguir con esta metodología serían iniciar con un **primer momento** donde se definiría el propósito de la autoevaluación, encuentros y temáticas para sensibilizar al talento humano, cronograma de trabajo y conformación de equipos según aspectos a fortalecer. En un **segundo momento** todos y cada uno de los integrantes del equipo revisaría el contexto teórico y legal de enfermería en Colombia así como las tendencias de la profesión con el fin de conocer y

analizar el contexto real. El **tercer momento** permitiría conocer las debilidades y fortalezas que tiene la organización de enfermería en X institución desde la asistencia, gestión, investigación educación y capacitación. En un **cuarto momento** se realizaría la identificación de procesos que desarrolla enfermería y posibles indicadores de gestión que permitan evaluar y demostrar el aporte de enfermería en la atención. En un **quinto momento** se revisarían los enfoques gerenciales y se definiría el direccionamiento estratégico y la organización que debe tener enfermería en esta institución para dar cumplimiento a la misión y hacerse más productiva. En un **sexto momento** se definirían estrategias, metas y acciones que permitan dar respuesta a situaciones encontradas para mejorarlas o fortalecerlas.

b. La aplicación de la propuesta debe iniciar con la sensibilización a las enfermeras(os) que permita orientar la necesidad de organización ante el contexto actual como seres humanos profesionales en enfermería.

c. Iniciar la aplicación de la propuesta en instituciones pequeñas para poder motivar la participación de todos los profesionales de enfermería y obtener mejores resultados que motiven a las otras instituciones.

d. Es indispensable contar con un medio de socialización común que permita a todos los profesionales de enfermería de Colombia conocer las experiencias con la aplicación de esta propuesta.

e. Sería un buen intento realizar una prueba piloto en algunas instituciones de salud en Colombia con las mismas características que permita validar en diferentes contextos regionales la aplicabilidad de la propuesta.

f. Importante dar a conocer en la propuesta los posibles tiempos que se requieren como mínimo para llevar a cabo el proyecto en la institución.

Bibliografía

Administración en servicios de enfermería. salamanca-españa.1999.

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

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

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

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.

PEÑA, Beatriz. Aproximación al Etnos de enfermería desde la generación del cuidado. Bogotá. 2003.

SECCION INVESTIGACION

Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la sexualidad en estudiantes admitidos a los programas presenciales diurnos en la universidad Francisco de Paula Santander

Knowledge, attitudes and practices opposite to the sexuality in students admitted to the programs attend them day in the University Paula's Francisco Santander

Patricia Vélez Laguado *

Resumen

Los jóvenes inician su vida universitaria en una etapa crítica del desarrollo como es la adolescencia, en donde se dan procesos trascendentales que necesitan de una adecuada estructuración de su sexualidad fundamentada en una educación sexual orientada al bienestar integral de la persona, a través del desarrollo del pensamiento crítico, la asertividad, la autonomía y la toma de decisiones.

En este estudio descriptivo, se pretendió valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes adolescentes frente a la sexualidad, mediante una encuesta aplicada a 206 universitarios de ambos sexos, en edad promedio de 17 años, con el fin de generar nueva información para otras investigaciones en el área sexual y de igual manera implementar actividades formativas dirigidas al fortalecimiento de comportamientos que permitan una sexualidad responsable, evitando los vacíos de conocimientos sobre formas de contagio para Virus de

Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la utilización del preservativo en los diferentes tipos de relaciones sexuales, determinantes que inciden en la salud integral del adolescente.

Palabras claves:

Adolescencia, salud sexual y reproductiva, prácticas sexuales.

Summary

The young people initiates his university life in a critical stage of the development as he is the adolescents, where there happen transcendental processes that they need from a suitable structure of his sexuality based on a sex education faced to the integral well-being of the person, across the development of the critical thought, the assertiveness, the autonomy and the decision making.

In this descriptive study, one tried to value the knowledge, attitudes and practices of the adolescent students opposite to the sexuality, by means of a survey applied to 206 university students of both sexes, for age average of 17 years, in order to generate new information for other investigations in the sexual area

*Enfermera. Docente Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander, pavelapimo@hotmail.com.

and of equal way to implement formative activities directed to the strengthening of behaviors that allow a responsible sexuality, avoiding the knowledge gaps on forms of contagion for Virus of Human Immunodeficiency (VIH) and the use of the condom in the different types of sexual, determinant relations that affect in the integral health of the adolescent.

Keywords:

Adolescence, sexual and reproductive health, practices of risk.

Introducción

La sexualidad del adolescente es un tema que ha adquirido gran interés en los últimos años. La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, que se construye y se vive durante toda la vida, desde que se nace. Es parte integral de la vida y un elemento fundamental de la personalidad. Es la función que más repercute y está influida por el contexto social en el que se desarrolla.

En el adolescente, la sexualidad se expresa en las relaciones con pares, padres, la sociedad en general y también con el adolescente mismo. Particularmente en esta etapa cobra gran significación por los múltiples y complejos cambios físicos, cognitivos y psicosociales que ocurren, los que determinan significados y formas de expresión diferentes de la sexualidad. Como consecuencia, esta influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los jóvenes de 10 a 24 años representan una enorme proporción de la actual población mundial, a saber,

más de 175 millones. Uno de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo se calcula que los jóvenes representaron el 45% de todas las nuevas infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de los adultos en el 2007; Alrededor de 16 millones de niñas entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa el 11% de todos los nacidos en el mundo².

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (ENDS), muestra los siguientes datos con respecto a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes: La edad mediana a la primera relación sexual fue de 18.3 años y el 11% iniciaron la vida sexual activa antes de los 15 años, la tasa de fecundidad es de 90 mil, (este número tiene relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos), la proporción de estar embarazada alguna vez es del 21%; el 81% han usado métodos anticonceptivos alguna vez, hay mayor desconocimiento sobre las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y VIH-SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).³

Se busca en este estudio la valoración de los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la sexualidad que tienen los estudiantes que ingresan a la Universidad, de acuerdo a las opiniones sobre algunos aspectos que permitieron conocer mejor el nivel de información que manejan y por lo tanto las actitudes que asumen frente a factores de riesgo, que actúan como determinantes de las decisiones que cada joven toma frente a su sexualidad y de los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva, para la implementación de estrategias que consideren la salud integral del adolescente en un marco de equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.

¹ ROMERO Leonardo S., Elementos de sexualidad y Educación sexual, Centro de asesoría y consultoría, Barranquilla, 1998. p. 90-91.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de los adolescentes. Berna, 2010. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/ - 15k (Citado el 18 de Enero de 2010).

³ PROFAMILIA. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bogotá, 2005. p. 10-19.

Materiales y Métodos

La investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, no experimental y transversal.

La población está conformada por 1867 estudiantes matriculados en el primer semestre en los diferentes programas diurnos presenciales de la Universidad Francisco de Paula Santander en su sede principal y la muestra obtenida por muestreo probabilístico por conglomerados es de 230 estudiantes; sin embargo, en los meses de Junio y Julio de 2009, solo se pudo aplicar a 206 estudiantes, que cumplían con los criterios de inclusión y estaban presentes en el momento de la recolección de la información.

En la presente investigación se aplicó como instrumento la encuesta de un estudio elaborado por Posada De León, Martha B. (2007), del Programa Oportunidades Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS), delegación regional Tamaulipas. Zona III Frontera; para determinar los conocimientos sobre género, edad, nivel socioeconómico, inicio de vida sexual, encuentros eróticos, masturbación, fuentes de información sobre sexualidad, percepción personal sobre educación sexual, uso de condón y otros métodos anticonceptivos, percepción personal de seguridad del condón ante VIH/SIDA (**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**) y embarazo, conocimiento del uso de condón, conocimiento de tipos de relaciones sexuales, percepción personal de riesgo ante VIH/SIDA (**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**), percepción personal sobre causas de infección del VIH/SIDA (**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**) y embarazo en adolescentes, conocimiento de campañas contra VIH/SIDA (**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**) y temas sexuales de interés⁴.

Las encuestas fueron posteriormente tabuladas en la base de datos EPI_INFO versión 3.5.1 para Windows; la información se presentó en tablas y gráficos de barras y círculos, para el análisis se utilizaron la distribución de frecuencias y cálculo de medidas descriptivas a través de tendencia central y de dispersión.

Objetivos

Objetivo General

Valorar los conocimientos, actitudes y prácticas que frente a la sexualidad poseen los estudiantes admitidos en el I semestre del 2009 a los programas académicos diurnos presenciales de la Universidad Francisco de Paula Santander.

Objetivos Específicos

Valorar la edad de inicio, el género de los compañeros sexuales, el conocimiento, las actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos de la población de estudio.

Describir el antecedente de juegos eróticos, masturbación y la percepción de riesgo frente al embarazo y VIH-SIDA (**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**) que tiene la población estudio.

Identificar las fuentes de información sobre sexualidad y percepción que sobre ella tiene la población de estudio y los temas de interés sobre educación sexual.

Resultados y Discusión

Caracterización sociodemográfica con respecto a la sexualidad de la población estudio

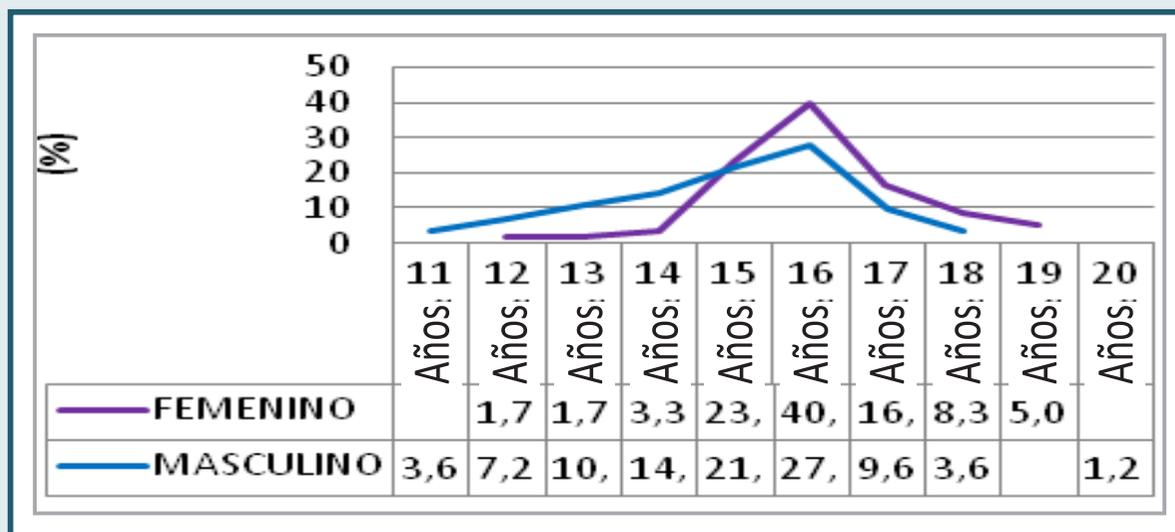
El grupo estuvo conformado en igual proporción por hombres y mujeres (103 respectivamente); edad promedio del grupo es 17.75 años; nivel socioeconómico estratos 1,2 y 3. En cuanto a actitudes

⁴ POSADA DE LEÓN, Martha Berenice. Conocimientos y Actitudes sobre el uso del condón en adolescentes del Programa Humano Oportunidades que asisten y no asisten a pláticas de salud en la Unidad Médica Suburbana # 107 de Valle Hermoso, Tamaulipas, Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Regional Tamaulipas. Zona III Frontera. México. 2007. Disponible en: [www.portalesmedicos.com/.../Conocimientos-y-actitudes-sobre-el-uso-del-condon-en-adolescentes-que-acuden-y...;](http://www.portalesmedicos.com/.../Conocimientos-y-actitudes-sobre-el-uso-del-condon-en-adolescentes-que-acuden-y...) p. 13-15. (Citado el 24 Octubre de 2009).

y prácticas de los estudiantes encuestados (como se puede observar en la gráfica 1), la edad de inicio de relaciones sexuales en este grupo oscila entre los 11 y 20 años, siendo la edad promedio de 15.4 años \pm 1.65

ds, observándose que esta edad de inicio es significativamente menor en el género masculino ($p < 0.01$) (edad promedio hombres = 14.97 ± 1.71 ds; edad promedio en mujeres = 16.06 ± 1.32) ds.

Gráfica 1. Distribución edad de inicio de relaciones sexuales en los estudiantes, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta sobre sexualidad en estudiantes adolescentes de la UFPS

Hallazgos similares se reportan en los estudios de González, González Fernando, (2004)⁵, Libreros, Liliana y cols. (2003)⁶ y Álvarez, María del Rosario y cols. (2001)⁷, en donde la edad de inicio de relaciones coitales, es en la adolescencia media (15-17 años) y el motivo de inicio más frecuente es por el gusto ó placer, seguido por el amor, la confianza y la curiosidad siendo en mayor proporción en los hombres.

Se logró observar que la edad de inicio de los encuentros eróticos también fue más temprana en el género masculino (menos de 10 años) y la edad promedio para el inicio de la práctica de masturbación de 13 años, presentándose en hombres antes de los 10 años. Similares resultados se reportan en los estudios de Posada De León, (2007); Libreros, Liliana y cols. (2003) y Álvarez, María del Rosario y cols. (2001) siendo la edad promedio de 12 años.

Las preferencias sexuales de los encuestados tienden a enmarcarse en su mayoría en la conducta heterosexual, le sigue con 11.3% la conducta homosexual (más en hombres) y por último la conducta de tipo bisexual (5.3%). En el estudio de González, González, F. (2004), se identifican de igual manera estas preferencias sexuales con los siguientes porcentajes: la conducta heterosexual (66%), la

⁵ GONZÁLEZ, GONZÁLEZ, Fernando. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca, Bogotá, 2004. p. 4. Disponible en: <http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_1_acta_12.pdf>; (Citado el 28 de Diciembre de 2009).

⁶ LIBREROS, Liliana, FUENTES, Luzmila y PEREZ, Amílcar. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad de los Adolescentes en una Unidad Educativa. Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela (2003).P. 1-13. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm> (Citado el 13 de Enero de 2010).

⁷ ALVAREZ, R. María del Rosario, VELEZ, L. Patricia. Características de Desarrollo Humano relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del primer semestre de la Universidad Francisco de Paula Santander-UFPS, Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, 2001. p. 32

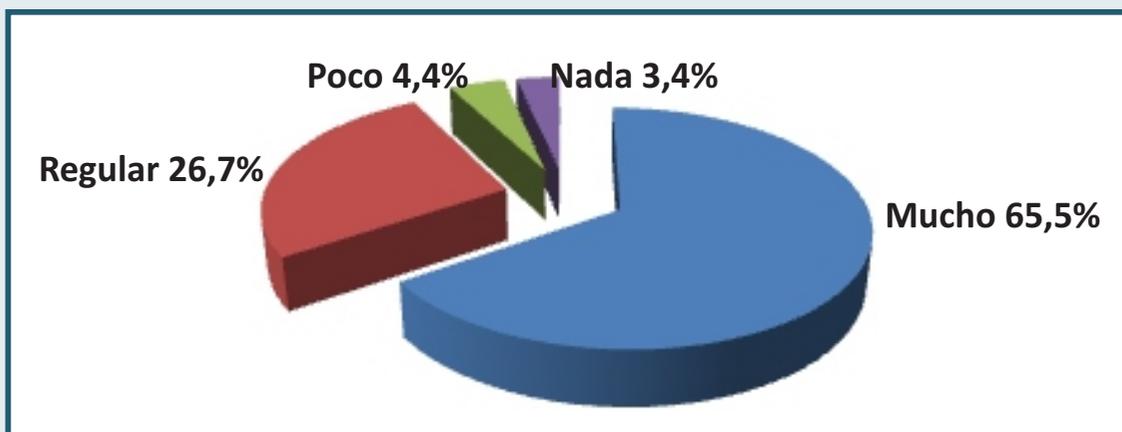
conducta homosexual masculina (16.6%), femenina (10%) y finalmente la conducta bisexual (6.6%)⁸.

A pesar de que gran parte de los encuestados han recibido educación sexual, sobre todo por los docentes, compañeros, amigos y la madre, son muy pocos a los que esta información les ha servido ó ha sido útil. Datos similares se encuentran en Posada de León M. (2007)⁹ y Bautista Hernandez, L. (2003)¹⁰, siendo la fuente de información sexual más frecuente los maestros, padres, y otro como: Doctor/Enfermera, familia, Internet/televisión y por sí mismos. La mitad de los estudiantes consideran que la educación sexual no incita a los adolescentes a tener relaciones, la mayoría está de acuerdo en que la educación sexual es simplemente una orientación en cuanto al manejo responsable de la sexualidad y prevención de enfermedades, y que el hecho de tener relaciones sexuales es decisión que depende exclusivamente de cada adolescente.

Con relación a las actitudes y prácticas de los estudiantes, el 80.4% han tenido relaciones sexuales sin preservativo. El 57.3% de los jóvenes en general que han tenido relaciones sexuales han usado alguna vez métodos anticonceptivos y los hombres (64.1%) el que más utilizan es el condón. La utilización de métodos anticonceptivos en el 100% de las relaciones sexuales se dan en un 46.2% para el género femenino y un 21.2% en el género masculino, considerando que la mayoría tienen una actitud positiva hacia la anticoncepción (uso del condón) y la reconocen como una buena práctica para evitar un embarazo e infección por VIH.

Como muestra la gráfica 2, con un 65,5% mucho y el 26.7% es regular la protección para la infección de VIH.

Gráfica 2. Distribución de los estudiantes, según la percepción de protección del condón o preservativo frente al VIH-SIDA, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta sobre sexualidad en estudiantes adolescentes de la UFPS

⁸ GONZALEZ, GONZALEZ, F., Op. cit. p. 7

⁹ POSADA De LEON, Op. Cit., p. 18

¹⁰ BAUTISTA HERNÁNDEZ, Laura Adriana. Conocimientos, Actitudes y Opiniones de las y los Universitarios Oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 2, Numero 1, 2008 p. 71-84 Oaxaca (México), Disponible en: <http://www.conductitlan.net/34_educacion_sexual_en_eduacion_superior.pdf> (Citado el 24 de Octubre de 2009).

El 33% la protección es regular, para el embarazo. Lo anterior demuestra que los adolescentes no han recibido una información específica acerca del tema haciéndolos vulnerables a situaciones de riesgo.

En cuanto al uso del preservativo en los diferentes tipos de relaciones sexuales, únicamente el 11.7% de los estudiantes piensa que debe usarse en todo tipo de relaciones sexuales. Igualmente en Posada De León, M. (2007) y Faílde, Garrido, J.M., y colb. (2007), menos de la mitad de los jóvenes utilizan el preservativo para las relaciones orales y anales y en menor proporción el género femenino.

Con relación a las principales vías de transmisión para el VIH (**Virus de Inmunodeficiencia Humana**) un 58.7% de la muestra identificó al tiempo las cuatro principales formas de transmisión y una proporción significativa desconocen ó tienen conceptos errados sobre las vías de transmisión del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Faílde, Garrido J.M., y colb. (2007), igualmente presentan puntuaciones relativamente bajas en la habilidad autopercebida para evitar la infección por el VIH y además, sus conocimientos sobre las prácticas sexuales de riesgo frente al VIH/SIDA y sobre la eficacia preventiva de diferentes métodos ante esta infección no son amplios¹¹.

Las opciones como “flojera para utilizar el condón” y poca información son los motivos que consideran los estudiantes para que las adolescentes se sigan embarazando y se aumenten los casos de VIH. Lo anterior se asemeja a lo encontrado en el estudio de Posada de León M. (2007), en donde se encontró lo siguiente: en los que asisten a las pláticas el 58% presentan falta de información, el 28.3% por flojera de usar el condón y el 38.3% por calentura; mientras en los que no asisten a las pláticas se presenta: el 45% por falta de información, el 38.3% por flojera de usar el

condón y 30% por calentura; los adolescentes afirman que esperan no tener relaciones sexuales y por lo tanto no se previene, produciéndose sentimientos de culpa y la incapacidad para autocuidarse¹².

Los temas de mayor interés para la mayoría de la muestra son “infecciones de transmisión sexual”, y “métodos de planificación familiar”, como lo demuestran los estudios Bautista Hernández L. (2007), y Posada de León M. (2007)¹³, quienes además incluyen conocimientos sobre órganos reproductores masculino y femenino.

Factores como el inicio temprano de vida sexual activa, inconsistencia en el uso del preservativo y métodos de planificación familiar; escasos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva son determinantes para el riesgo de embarazo e infección de VIH.

En síntesis, se denota fragilidad entre los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los estudiantes, lo que puede estar incidiendo en una vivencia riesgosa de su sexualidad e incrementando los problemas asociados con la misma.

Conclusiones

La población estudio tiene una edad promedio de 17.7 años. Una alta proporción corresponde a los estratos 1, 2 y 3. Más del 50% de la población encuestada ya tuvo relaciones sexuales, en un porcentaje mayor en los hombres, ya que éstos inician la vida sexual a una edad promedio de 14 años, motivados por las ganas, el gusto ó placer y la curiosidad, y las mujeres en edad promedio de 16 años por amor y confianza. El 43.2% de los estudiantes encuestados se ha masturbado en alguna ocasión y en mayor proporción los hombres.

Las preferencias sexuales de los estudiantes tienden a enmarcarse en la conducta heterosexual y la conducta homosexual es más frecuente en el sexo masculino que femenino.

¹¹FAÍLDE GARRIDO, José María, LAMEIRAS FERNÁNDEZ, María, BIMBELA PEDROLA, José Luis. “Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad”, Barcelona, España, 2007. p.1-5. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-911120080006000...-59k>> (Citado el 29 Diciembre de 2009).

¹² POSADA de LEON M., Op. Cit., p. 18

¹³ *Ibíd.*, p. 428

En relación con los comportamientos de riesgo para embarazos y adquirir infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), sólo el 8.5% no lo usa por desagrado de la pareja o por tener pareja estable.

En los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales, el 42.9% si han tenido algún tipo de encuentro erótico, observándose que la edad de inicio de estos encuentros fue más temprana en el género masculino (10 años).

Los conocimientos adquiridos sobre sexualidad han sido a través de los docentes, quienes son la fuente de información más representativa en este grupo de estudiantes (74.3%); sin embargo, son muy pocos a los que esta información les ha servido ó ha sido útil. Del total de los estudiantes el 51.5% opinan que la educación sexual no alienta a los adolescentes a las relaciones sexuales, pues consideran que es simplemente una orientación en cuanto al manejo responsable de la sexualidad, prevención de enfermedades y depende exclusivamente de cada adolescente.

En cuanto a los conocimientos, la mayoría está de acuerdo en que el condón debe colocarse al tener relaciones sexuales; el 68.9% de los entrevistados refirió saber cómo usar el condón ó preservativo y dicha afirmación es más frecuente en el género masculino.

Más de la mitad de los estudiantes coinciden en afirmar que el condón protege mucho contra el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y el embarazo; sin embargo hay un 14.5% que considera que la protección es poca o nula.

El género masculino tiene mayor conocimiento sobre relaciones sexuales orales y/ó anales pero hay un gran desconocimiento en el uso del preservativo de acuerdo al tipo de relación sexual.

La mitad de los estudiantes consideran que tienen mucho riesgo de contagiarse del VIH-SIDA (Síndrome

de Inmunodeficiencia Adquirida); contrastando, una gran minoría identifican las cuatro principales formas de contagio y determinan como causas, “flojera de usar el condón” y la falta de información.

El tema más frecuente de mayor interés es “Infecciones de Transmisión Sexual”, y métodos de Planificación familiar.

Bibliografía

(1) ALVAREZ, R. María del Rosario, VELEZ, L. Patricia, Características de Desarrollo Humano relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del primer semestre de la Universidad Francisco de Paula Santander-UFPS, año 2001. Facultad Ciencias de la Salud. Programa de enfermería. 2001. p. 42. (Citado el 28 de Diciembre de 2009)

(2) BAUTISTA HERNÁNDEZ, Laura Adriana. Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior. Oaxaca (México), 2005, p. 71-84. . Disponible en : http://www.conductitlan.net/34_educacion_sexual_en_educacion_superior.pdf (Citado el 24 de Octubre de 2009)

(3) FAÍLDE GARRIDO, José Maria, LAMEIRAS FERNÁNDEZ, Maria, BIMBELA PEDROLA, José Luis. “Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad”, Barcelona, (España), 2007. p. 1-5. . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-911120080006000...> - 59k (Citado el 29 Diciembre de 2009)

(4) GONZÁLEZ, GONZÁLEZ, Fernando. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca, Bogotá, 2004. p. 4. Disponible en: <http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art...-1K> (Citado el 28 de Diciembre de 2009).

- (5) LIBREROS, Liliana, FUENTES, Luzmila y PEREZ, Amílcar. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela (2003). p.1-13. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_... - 52k - (Citado el 13 de Enero de 2010).
- (6) MOSQUERA Janeth, MATEUS Julio César, "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes", Palmira (Colombia), vol. 34, N° 4 p. 1-7. 2003. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3466/1/rc03031.pdf> (Citado el 29 de Diciembre de 2009)
- (7) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de los adolescentes. Berna, 2010. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/ - 15k - (Citado el 18 de Enero de 2010).
- (8) PAPALIA, Diane, WENDKOS OLDS, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw-Hill, México, 1997. PAPALIA, Diane, WENDKOS OLDS, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw-Hill, México, 1997.
- (9) POSADA De LEÓN, Martha Berenice, "Conocimientos y actitudes sobre el uso del condón en adolescentes que asisten y no asisten a las pláticas de salud en la Unidad Médica Suburbana #107 de Valle Hermoso, Tamaulipas, México, 2007, p. 14. Disponible en: www.portalesmedicos.com/.../Conocimientos-y-actitudes-sobre-el-uso-del-condon-en-adolescentes-que-acuden-y..., (Citado el 24 Octubre de 2009).
- (10) PINEDA Elia B., ALVARADO Eva Luz de, Metodología de la Investigación, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C, 2008. p.259
- (11) ROMERO Leonardo S., Elementos de sexualidad y Educación sexual, Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla, 1998. p. 90-91.
- (12) PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá, 2005, p. 10-19.
- (13) SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, D.C: OPS, 2003. p.6. Citado por Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia Segunda Edición Año 2008, Disponible: (<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/amigables.pdf>).
- (14) UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, Consejo Superior Universitario, Estatuto Estudiantil, Acuerdo No 065 (Agosto 26 de 1996). p.52
- (15) UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, Consejo Superior Universitario, Proyecto Educativo Institucional (P.E.I), Acuerdo No. 081 (26 de Septiembre de 2007). p. 44.
- (16) WARNER, D. Lee & HATCHER. Robert A (1998). "Male Condoms." In Robert A. Hatcher et al., eds., Contraceptive Technology, 17th edition. New York: Ardent Media. p. 2. Citado en: GEOSALUD, El condón. Disponible en: <http://www.geosalud.com/SaludReproductiva/condon.htm> - 55k>
- (17) ZUBAREW, Tamara. Curso y desarrollo del adolescente, Modulo 3: Lección 15, Sexualidad y embarazo, Pontificia Universidad Católica de Chile. p.1-11. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion04/M2L4Leccion.html> (Citado el 24 Octubre de 2009).
- (18) MOSQUERA, Janeth, MATEUS, Julio César, "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes", Palmira (Colombia), Revista Colombia Médica vol. 34 N° 4, p. 206-212. 2003. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3466/1/rc03031.pdf> (Citado el 29 de Diciembre de 2009)

Prácticas de cuidado postparto en adolescentes

Practices postpartum care in adolescents

Doris Amparo Parada*
 Fabiola Lara**
 Fabiola Ramírez**
 Nancy Rocío Ramírez**
 Mónica Fajardo**

Resumen

Durante el puerperio, etapa relevante tanto para la madre como para su hijo recién nacido, se observa la influencia de múltiples rituales y creencias culturales en la aplicación de cuidados¹. El presente estudio tiene como objetivo identificar las prácticas de cuidado que realizan las adolescentes púerperas durante este período.

La investigación es de carácter descriptivo, cuantitativo; La muestra se obtuvo por conveniencia. El instrumento utilizado fue cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el postparto" con nivel de confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.68.²

Dentro de los resultados del estudio se halló que las prácticas de cuidado que realizan las adolescentes en esta etapa, han sido orientadas primordialmente por mujeres mayores, cercanas a ellas como familiares o amigas que han transitado por esta experiencia en el pasado.

*Enfermera MG. materno perinatal. Docente Universidad Francisco de Paula Santander. Miembro del grupo de investigación Salud Pública GIPS-UFPS. Correo: admirable_777@hotmail.com

** Estudiantes VII semestre de enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: safabilara@hotmail.com.

¹ Castro, Edgar. Muñoz, Sandra Felisa. Plaz, Gina P. Rodríguez, Maricel. Sepúlveda Liller J. Universidad del Cauca; Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio; Municipio de Popayán; 2005. P. 141-152. ISSN1900-8201/Vol. 1, N°1 Disponible en internet: http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf(Citado el día 16 de Abril del 2010)

² Vargas Porras, Carolina. Hernández Molina, Luz Mery. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el postparto". Av. Enfer., Vol. XXVIII N° 1 P. 96-105, 2010. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_10.pdf(Citado el día 16 de Abril del 2010)

Recibido: 6 Julio/10 - Aceptado: 09 de septiembre/10

Las creencias y rituales adquiridos en esta época conllevan a cambios en la dieta como disminución en el consumo de grasas, cítricos, lácteos y proteínas. Así mismo se observan cambios respecto al reposo, realización de trabajos forzados, entre otros.

Palabras Claves:

Puerperio, cuidado, cultura

Summary

During the puerperio, excellent stage both for the mother and for his new-born son, there is observed the influence of multiple rituals and cultural beliefs in the care application. The present study takes as a target to identify the practices of care that the adolescents realize púerperas during this period.

The investigation is of descriptive, quantitative character; The sample was obtained by expediency. The used instrument was a questionnaire "Practices of care that the women realize with themselves in the postchildbearing" with(in spite of) reliability level with alpha of Cronbach of 0.68.

Inside the results of the study one found that the practices of care that the adolescents realize in this stage, have been faced essentially by major women, near to them like(as) relatives or friends who have gone along along this experience in the past.

The beliefs and rituals acquired in this epoch bear to changes in the diet as decrease in the consumption of fats, milk(dairy) citrus fruits and proteins. Likewise changes are observed with regard to the rest, achievement of forced works, between others

Keywords:

Postpartum, care, culture

Introducción

El puerperio es uno de los periodos más importantes en la vida de muchas mujeres, se ha visto influenciado desde siempre por variadas formas de cuidado orientadas por conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación.

Las mujeres adolescentes presentan cambios emocionales, físicos y sociales mientras se adaptan a su nuevo rol de madres, creando un impacto en sí mismas, pues en muchas ocasiones no están preparadas para asumir dicho reto y optan por buscar apoyo en diferentes redes sociales de su entorno. Es por esta razón que al aplicar cuidados durante “la dieta”, estos se ven influenciados por saberes y culturas de otras mujeres, quienes inculcan a las puérperas sus conocimientos basados en la experiencia del cuidado que han tenido durante el posparto, etapa que se considera trascendental en su ciclo de vida.

Rituales y creencias se van transmitiendo entre familia, amigos, y otros con la finalidad de preservar el estado de salud de acuerdo a sus culturas. Muchos de éstos se fundamentan en pensamientos mágicos, que pueden producir lesiones o daños en el organismo, por consiguiente, es importante conocer las prácticas y creencias culturales en torno al puerperio y definir cuales se deben preservar, reestructurar, reacomodar o reforzar³.

Culturalmente la mayoría de mujeres realizan una serie de cuidados durante los primeros cuarenta días del puerperio denominado “dieta”, en el cual la mujer (como en pocas etapas de la vida) se concentra en su

cuidado físico y emocional, que favorece su recuperación.

El profesional de enfermería debe identificar estas prácticas permitiendo que la madre exprese libremente sus razones y que de manera humanizada, cálida y respetuosa, haya un acercamiento del profesional de salud a la paciente, lo cual contribuirá a diseñar estrategias de cuidado basadas en la necesidad real de la puérpera adolescente.

Para la disciplina de enfermería el reconocimiento de la cultura, creencias y rituales de las puérperas adolescentes, permiten que se fortalezca la calidad del cuidado y se aporte a la promoción y prevención de la salud y así mismo a contribuir con el fortalecimiento de un cuidado responsable y coherente, que oriente acciones y decisiones que conlleven a resultados positivos y eficaces donde el individuo, la familia y comunidad se empoderen del cuidado de su salud a partir de nuevos conocimientos y de la influencia positiva del equipo de salud en el mejoramiento de las prácticas de cuidado donde la madre adolescente y su familia identifique por sí mismos las practicas que debe realizar durante este periodo para el mantenimiento adecuado de su salud y la del recién nacido.

Materiales y Métodos

La muestra se obtuvo por conveniencia, fue compuesta por 70 adolescentes puérperas que se encontraban en el servicio de puerperio de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el postparto”. El instrumento se aplicó a las madres adolescentes puérperas durante los primeros días posparto, en un ambiente que les proporcionara comodidad física emocional, confidencialidad y respeto por sus creencias y conceptos.

El instrumento presenta validez facial y de contenido. Consta de 12 ítems relacionados con la alimentación, el reposo y ejercicio, el apoyo social y el seguimiento de recomendaciones médicas y conceptos.

³Castro, Op. Cit., p. 141-152

El análisis de los datos se realizó a través del programa Excel, evaluando cruce de variables con tablas dinámicas, gráficas y analizando las respectivas categorías del instrumento.

Objetivos

Objetivo General

Describir las prácticas de cuidado postparto que realizan las adolescentes egresadas del ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz (H.U.E.M.) del municipio de Cúcuta

Objetivos Específicos

Caracterizar a la población: madres adolescentes en el periodo del postparto durante la estancia en el ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM).

Identificar las prácticas de cuidado que realizan las madres adolescentes durante el puerperio como: alimentación, actividad y ejercicio, sistemas de apoyo y seguimiento a recomendaciones del equipo de salud.

Resultados y Discusión

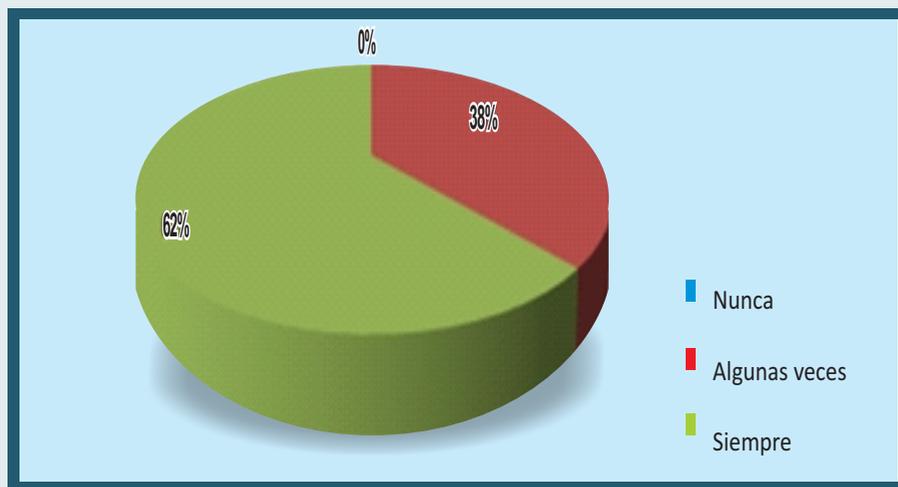
Caracterización de la población

El grupo estuvo conformado por Madres adolescentes provenientes de la ciudad de Cúcuta, nivel socioeconómico estratos 1,2 y 3; pertenecen al régimen de salud subsidiada EPS y Sisben, en edades promedio de 10 a 19 años de edad; Entre las edades más representativas que se pudieron identificar fueron entre los 17, 18 y 19 años de edad, con un porcentaje de 24%, 23% y 30% respectivamente, aunque se observó con menor incidencia las edades entre 12 a 16 años con 1.4% y 13% respectivamente; Igualmente se logró identificar que las puérperas adolescentes mantenían un estado civil entre solteras y unión libre con un 33% y un 50% respectivamente, muy pocas adolescentes referían estar casadas con un 17%.

Prácticas de cuidado: alimentación

El 62% de las puérperas adolescentes consumen al día dos porciones de proteína como carne, huevos, pollo, pescado o vísceras. (Ver Gráfica 1) Se observa que las puérperas consideran grandes beneficios en estos alimentos durante esta etapa, sin embargo hay un grupo que no los consume por temor a sus efectos adversos como cólicos en el bebé y dolores pélvicos en la madre.

Gráfica 1. Distribución de las puérperas según el consumo de dos porciones de proteínas al día, ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta. 2010



Fuente: Encuesta sobre Prácticas de cuidado postparto en adolescentes, egresadas del H.U.E.M.

Estos resultados se asemejan a los hallazgos de la investigación realizada por *Castro, Édgar* (2005), Prácticas y Creencias Tradicionales en torno al puerperio, donde clasifican los alimentos en dos grupos: los requeridos y los impedidos, refiriendo que se deben evitar alimentos considerados como irritantes, ácidos y pesados por considerarlos nocivos durante esta etapa, dentro de los cuales están los enlatados, fritos, comidas recalentadas, alimentos condimentados y ricos en sal pues producen cólicos al recién nacido. El huevo causa sangrado vaginal y los entuertos⁴.

Respecto al consumo de hortalizas y verduras, muestra que el 52% de las púerperas adolescentes solo las consume algunas veces y un 9% de las púerperas no las consumen. Durante este periodo no consumen verduras ni hortalizas por ser estas irritantes para el estómago, cortan la leche materna o causan gases a los niños; resultados semejantes a los hallados en la investigación se encontraron en el estudio de *Cajiao Gloria* (1997) donde se encontró creencias referidas por las púerperas como que “la yuca y la papa puede entorpecer la cicatrización del cordón umbilical, el plátano da espasmos, el aguacate no se debe consumir puede causar la muerte por la debilidad producida en el parto”⁵.

El 54% de las mujeres siempre toman hierro formulado por el personal de salud durante su dieta, un 43% lo toman algunas veces y solo un 3% no lo toman ya que no lo consideran importante. La mayoría de las adolescentes púerperas cumplen con las recomendaciones del personal de salud respecto al consumo de este medicamento.

Durante el embarazo el consumo de hierro es de vital importancia para la mujer y su bebé en su formación, un faltante de este elemento podría aumentar los riesgos de mortalidad en el proceso post parto⁶.

Otras fuentes de mayor contenido de hierro recomendadas en el embarazo y posparto son las carnes rojas, el pollo y el pescado, siendo el hígado el que posee la mayor concentración. Otros alimentos con alto contenido de hierro son las legumbres, granos y vegetales como lentejas, nueces, acelga, tomate, sin embargo se observa que en esta etapa de puerperio no son consumidos debido a factores socioculturales presentes en las pacientes y su familia.

Prácticas de cuidado: actividad y ejercicio

El 61% de mujeres entrevistadas refieren guardar reposo hasta los primeros 10 días de puerperio, hasta la mitad de la dieta un 29%, en cambio solo 10% de las mujeres refieren mantener el reposo en cama hasta aproximadamente los 40 días de puerperio. (Ver Gráfica 2.); dicho análisis se ve relacionado con un estudio realizado por *Calderón Candia, Yaqueline* (2008), en el que demuestra que las actividades físicas de la mujer durante la dieta son limitadas, debido a que consideran que quedan muy débiles, pierden sangre, fuerzas y hasta se les puede salir la matriz ante esfuerzos físicos como los oficios domésticos (trapear, lavar ropa). Por tanto, es aconsejable guardar reposo, que puede ser absoluto, permaneciendo en cama los cuarenta días de la dieta, o relativo, durante los 8 a 15 primeros días de esta⁷.

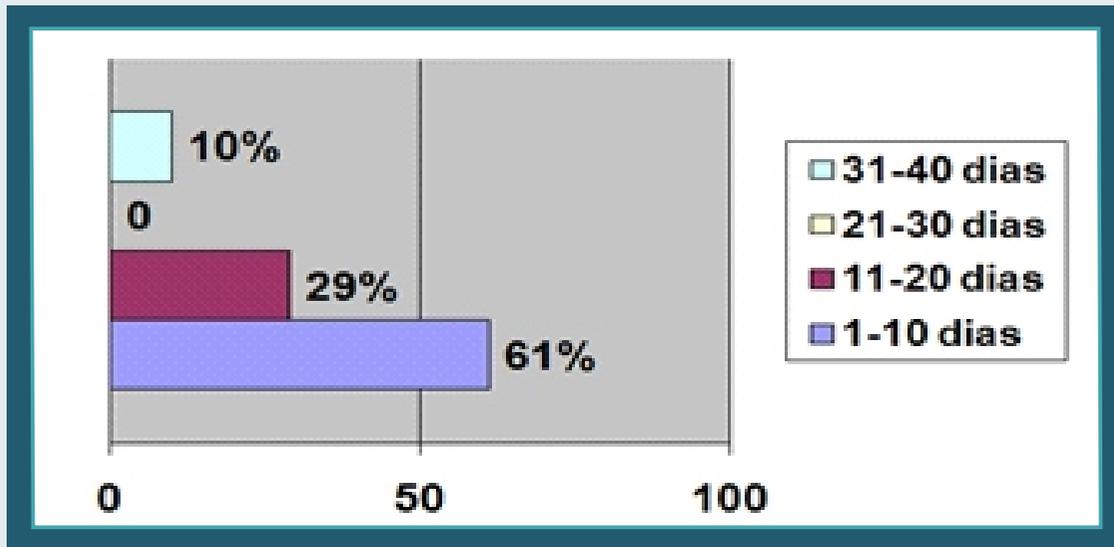
⁴ *Ibíd.*, p.144

⁵ *Cajiao, Gloria Estella. Acosta, Mónica. Alegría, Liliana. Llano, Ana Milena, Valencia, Celmira. Zuluaga, Patricia. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud de nivel 1. Colombia Médica. Vol. 28 N° 001. Universidad del Valle. Cali. P.42-50. 1997. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28328108.pdf>. (Citado el día 16 de Abril del 2010)*

⁶ El consumo de hierro es vital para las mujeres embarazadas, *guiainfantil.com*. 2. p. Disponible en: C:\Users\Extension\Downloads\GUIAINFANTIL.COM ART.PAG22.mht (Citado el 8 de Agosto de 2010)

⁷ *Calderón, Candia. Yaqueline Otilia. Morales, Requejo. Teodora, Diana. Phun Tam. Sabina, Elena. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes; Revista de enfermería: Herediana; 2008. 01.(1). Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Influencia_de_una_intervencion_educativa.pdf p. 11-18. (Citado el 26 de Marzo de 2010)*

Gráfica 2. Distribución de las puerperas según el tiempo que guardan reposo en cama durante la dieta, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta. 2010



Fuente: Encuesta sobre Prácticas de cuidado postparto en adolescentes, egresadas del H.U.E.M.

Las entrevistadas manifestaron el motivo por el cual no realizaban ningún tipo de trabajo pesado durante la dieta, el cual reflejó que no lo hacían por presentar dolor en la herida con un 31% seguidamente de la caída de la matriz con un 26%; Este análisis presenta una gran relación con un estudio realizado por Cardozo Silva, Sandra Liliana (2009), donde refiere la reducción de las actividades físicas para que no se “caiga la matriz”, ya que son aconsejadas por familiares que han tenido experiencias durante esta etapa⁸.

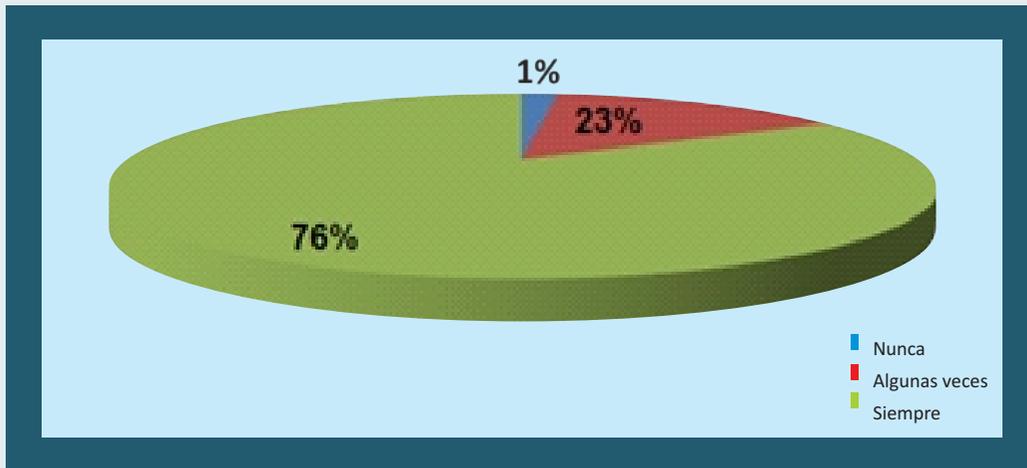
⁸ Cardozo Silva, Sandra Liliana. Bernal Roldán María Del Carmen. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. Revista Avances en Enfermería. Vol. XXVII N° 2 p. 82-91. Girardot. 2009. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_9.pdf (Citado el 30 de Marzo de 2010)

Prácticas de cuidado: sistemas de apoyo

Las puerperas adolescentes refirieron mantener y/o buscar apoyo en situaciones difíciles acercándose y acostumbrándose a dialogar frecuentemente con su pareja, familiar o amigo cercano a ellas, respondiendo con un 76% dando a entender que ellas mantienen buenas relaciones sociales con las demás personas; (Ver gráfica 3.) esta interpretación se ve relacionada con un estudio realizado por Cardozo Silva (2009) el cual describe las prácticas de cuidado de un grupo de puerperas adolescentes que están orientadas, aconsejadas y vigiladas por la familia, especialmente por las mujeres: madres, abuelas, suegras, sobre algún tipo de cuidado que necesiten realizar⁹.

⁹ Ibid., p. 82

Gráfica 3. Distribución de las puérperas según búsqueda de apoyo en situaciones difíciles. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta. 2010



Fuente: Encuesta sobre Prácticas de cuidado postparto en adolescentes, egresadas del H.U.E.M.

Prácticas de cuidado: seguimiento a recomendaciones del equipo de salud

El 50% de las puérperas adolescentes siempre asisten al control postparto, el 5% algunas veces y solo el 1% asisten al control postparto. El 77% de las puérperas adolescentes cumplen con las recomendaciones brindadas por el personal de salud; a diferencia de los resultados encontrados en una investigación realizada por Kaplan (2007) en donde se demostró que más del 60% de las embarazadas no asistían a los controles prenatales, teniendo en cuenta que la realización de un buen control prenatal es de gran importancia ya que permite vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo, descubriendo precozmente a través de la clínica, el laboratorio y Ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse¹⁰.

Se observa además que dentro de las pacientes que asisten a controles, no todas siguen las indicaciones dadas por el personal de salud, el 6% refieren que siguen las indicaciones solo algunas veces y que sólo asisten a urgencias por algún signo de alarma grave como sangrado abundante.

Conclusiones

El puerperio es una etapa que representa en la vida de la mujer cambios y ajustes de tipo biopsicosociales, requiriendo cuidados específicos que garanticen el bienestar al binomio madre e hijo recién nacido, sin embargo estas prácticas están permeadas por la cultura y rituales que posee tanto la adolescente como su familia y que en diversas ocasiones pueden ocasionar lesiones o complicaciones.

La inestabilidad emocional de la gestante adolescente y el déficit de conocimientos en el área maternal, hace que ésta busque continuamente apoyo de otros, los cuales ofrecen sus saberes y quehaceres basados en la experiencia y en el consejo que han adquirido a su vez a través de generaciones, donde las madres, abuelas,

¹⁰ Kaplan, Diego P. Amott, Cinthya. Rojas, Susana. Control de embarazadas, Centro de Salud Eva Perón. p. 1-12. Formosa. 2007. Disponible en: <http://www.famg.org.ar/TrabajoCongreso/CONTROL%20DE%20EMBARAZADAS%20CS%20EVA%20PERON.pdf> (Citado el 8 de Agosto de 2010)

suegras, amigas, entre otros, aportan el conocimiento y cuidan a estas mujeres adolescentes durante su puerperio.

Es importante para enfermería que se reconozca esta necesidad en la paciente y se produzca una más activa promoción de la salud en el grupo de adolescentes tanto en el periodo del embarazo como en el puerperio, para intervenir de manera humanizada y respetuosa en el cuidado realizando un acercamiento hacia estas pacientes y fortaleciendo en ellas las practicas de cuidado beneficiosos, negociando aquellas que pueden convertirse en lesivas y erradicando las dañinas.

Promover servicios de salud más cercanos a su cultura y coherentes con su entorno, puede contribuir a un acercamiento más positivo de estas púerperas adolescentes al equipo de salud, permitiendo a este tener mayor influencia sobre el cuidado que realizan en esta etapa las madres consigo misma y con el recién nacido y diseñar nuevas estrategias de cuidado basadas en las prácticas y vivencias de la madre adolescente.

En el grupo de pacientes de estudio pudo observarse la importancia que tiene su compañero cuando esta requiere de algún tipo de apoyo, este se convierte en la persona que la entiende y cuida en el proceso de su recuperación, por lo tanto es relevante incluir a este y a su familia dentro de las intervenciones que el equipo de salud plantee realizar con las adolescentes púerperas.

Bibliografía

(1) Saad Acosta, Cecilia. Creencias y Conocimientos sobre el cuidado del Recién Nacido y del Lactante, de mujeres gestantes y madres de menores de dos años, que asisten a los hogares FAMI del ICBF de la localidad de Usaquén; Bogotá, D.C. Universidad del Bosque. Mayo, 2009. 151 p. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/files/Archivos/creencias_conocimientos_sobre_cuidado_del_recien_nacido.pdf (Citado el 26 de Marzo de 2010)

(2) Calderón Candia, Yaqueline Otilia; Requejo Morales, Diana Teodora; Tam Phun, Elena Sabina; Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes; *Revista de enfermería: Herediana*; 2008.01.(1). Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Influencia_de_una_intervencion_educativa.pdf p. 11-18 (Citado el 26 de Marzo de 2010)

(3)Castro, Édgar; Muñoz, Sandra Felisa; Plaza, Gina Paola; Rodríguez, Maricel; Sepúlveda, Liller Janeth; Universidad del Cauca; Prácticas y Creencias Tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005; Revista Infancia, Adolescencia y Familia, Vol. 1, No. 1, 2006. p. 141-152. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/769/76910109.pdf> http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf (Citado 26 de marzo de 2010)

(4) Cardozo Silva, Sandra Liliana; Bernal Roldan, María del Carmen; Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado; Artículo de investigación Avances de Enfermería, págs. 82-91; 2009. Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_9.pdf (Citado el 30 de marzo de 2010)

(5)Vásquez, Martha Lucia. Argote, Luz Ángela. Bejarano, Nancy Lucia. De Cárdenas, Carmen Helena. Muñoz de Rodríguez, Lucy. El trayecto de las adolescentes en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta; Universidad Federal de Santa Catarina. Revista Texto y Contexto Enfermagem ISSN: 0104-0707. Vol. 13 N° 003 Brasil 2004. p.351-359 Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71413305.pdf>.(Citado 16 de Abril de 2010)

(6) Guzmán Soto, Ana Gabriela. Mancilla Espinoza, Flor de María. Enfoque Gestáltico como estrategia para el fortalecimiento del Yo en niñas-madres, que asisten al Centro "Solo para Mujeres". Guatemala; 2008. 70 p.

Disponible en internet: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2619.pdf (Citado el 26 de Marzo de 2010)

(7)MARRINER-TOMEY, A. Modelos y Teorías de Enfermería; Tercera Edición Madrid; Mosby/Doyma Libros, S.A; 1995; pág. 451. (Citado el 30 de Marzo de 2010)

(8)Martínez Pérez, Ángela Patricia; Modificación de los conocimientos de las Madres Adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de un programa educativo; Trabajo de Grado; Pontificia Universidad Javeriana; Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. 2009. 106 p. (Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis09.pdf>) (Citado el 08 de Agosto de 2010)

(9)Noguera Ortiz, Norma Yaneth; Rodríguez Rodríguez, María Raquel. Aprendiendo a cuidar al recién nacido: Un cuidado congruente con la cultura; Universidad de La Sabana; Avances en Enfermería, Volumen XXVI (1):103-111, Bogotá. 2008. p. 103-111. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_11.pdf (Citado el 08 de Agosto de 2010)

(10)Parada Rico, Doris Amparo; Cuidado de las puérperas en el siglo XXI; Arauca, 2004; p. 6-12 Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_1.pdf (Citado 16 de Abril de 2010)

(11)Bejarano Beltrán, Nancy Lucia; Argote, Luz Ángela; Ruiz De Cárdenas, Carmen Helena; Vásquez, Martha Lucia; Muñoz de Rodríguez, Lucy. Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte; Revista Avances en enfermería. p. 32-48 Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1_4.pdf(Citado 16 de Abril de 2010)

(12)Restrepo Vélez, María Isabel. La Ansiedad durante el Embarazo y el Parto; Universidad Pontificia Bolivariana; Escuela de Ciencias Sociales; Facultad de Psicología; Medellín; 2006; 81 p. Disponible en

internet: <http://www.hetah.net/modules/smartsection/item.php?itemid=2432> (Citado el 26 de Marzo de 2010)

(13)Rivadeneira Rosales; Parto y Puerperio; Principales Enfermedades y Salud Mundial; Instituto Superior de Estudios; Universidad del MAYAB; Disponible en internet: http://www.google.com.co/search?hl=es&q=etapas+del+puerperio&aq=f&aqi=g2&aql=&oq=&gs_rfai (Citado el 26 de Marzo de 2010)

(14)Rodríguez Santibáñez, Yesikka Yaneth; Parto, embarazo y el Puerperio; 12 p. Disponible en internet: <http://www.monografias.com/trabajos27/parto-embarazo/parto-embarazo.shtml> (Citado el 08 de Agosto de 2010)

(15)Salud postparto; Recuperación durante el puerperio por el Equipo Médico de Babysitio; 10 p. Disponible en internet: http://www.babysitio.com/bebe/salud_postparto_puerperio.php (Citado el 08 de Agosto de 2010)

Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica

Evolution of the mental state of the patient submitted to the mechanical containment

Bohorquez Alix*
 Carrascal Sandra**, Acosta Sandra**
 Suárez Josefina**, Melo Alejandra**
 Pérez Jenny, López Andrea**

Resumen

La investigación es de naturaleza cuantitativa, descriptivo de corte prospectivo, en donde se pretende caracterizar el tiempo de reversión que se manifiesta en la contención mecánica de pacientes psiquiátricos.

El colectivo en estudio correspondió a 30 pacientes con edades comprendidas entre los 15 a los 65 años, del Servicio de Observación Constante (SOC) en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto (HMRS) durante el segundo semestre del 2009, de ambos sexos que manifestaron como características comunes: agitación psicomotriz, con variables alternas comprendidas en, etiología orgánica y número de contenciones implementadas en cada caso.

Para realizar la aplicación de los instrumentos de recolección de información se creó un formato de valoración individual de la contención mecánica, el cual fue revisado y ajustado.

Los resultados obtenidos indican que el 60% de la muestra es de género masculino, el cual el 30% comprenden edades entre los 35 a 44 años, en donde se evidencian alteraciones en la normalidad de signos vitales y componentes de las esferas mentales.

Aunque los síntomas se revierten en un tiempo de 2 a 3 horas por lo cual se da retiro de la contención

mecánica, el paciente continúa confuso, finalmente, se observa que la reversión de la contención mecánica en la mayoría de la muestra se presenta en tiempos de +/- 1.1 a 2 horas.

Palabras claves:

Psiquiátricos, tiempo de reversión.

Summary

The investigation is of quantitative nature, descriptively of pilot cut, where one tries to characterize the time of reversion that is evident in the mechanical containment of psychiatric patients.

The group in study corresponded(fitted) to 30 patients with ages understood(comprised) between the 15 at the age of 65, of the Service of Constant Observation (SOC) in THIS Mental Hospital Rudesindo Soto (HMRS) during the second semester of 2009, of both sexes that they showed like common characteristics: agitation psicomotriz, with alternate variables understood(comprised) in, organic etiology and number of containments implemented in every case.

To realize the application of the instruments of compilation of information there was created a format of individual evaluation of the mechanical containment, which was checked and fitted.

Them turned out obtained they indicate that 60 % of the sample is of masculine(male) genre, which 30 % understands ages between the 35 to 44 years, where alterations are demonstrated in the normality of vital signs and components of the mental spheres.

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

** Estudiantes IV semestre de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander, E-mail: samibonita@hotmail.com

Although the symptoms are re-spilled in a time from 2 until 3 hours by which gives itself retirement of the mechanical containment, the patient continues that confused, finally, it is observed that the reversion of the mechanical containment in most of the sample presents in times of +/-1.1 to itself at 2 hours.

Keywords:

Psychiatric, time of reversal.

Introducción

Recientes estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que los trastornos mentales y del desarrollo tienen una prevalencia del 10% en la población adulta y afectarán a más del 25% de las personas durante sus vidas con un gran impacto económico y en la calidad de vida tanto para ellas como sus familias. Estas condiciones incluyen los trastornos depresivos por abuso de sustancias, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastornos de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico. Es así cómo alrededor del 20% de los usuarios de la atención primaria tienen más de un trastorno mental. Los cuadros más comunes son la depresión, trastornos por ansiedad y abuso de sustancias, los cuales se pueden presentar solos o en concomitancia con una patología médica¹.

Uno de estos eventos es La agitación psicomotora, que es un síndrome inespecífico, de etiología multifactorial con factores que la desencadenan como las causas orgánicas (tóxicas, metabólicas y neurológicas); psiquiátricas (psicóticas y no psicóticas) y reactivos (situaciones catastróficas); que está caracterizado por una alteración del comportamiento motor, la cual consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una

activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis), ansiedad severa, agresividad, pánico u otros intensos estados emocionales.²

Estas alteraciones en el comportamiento específicamente la agitación corresponde a una de las urgencias hospitalarias más frecuentes e importantes, de consecuencias graves e incluso fatales. Su manejo presenta algunas dificultades, porque habitualmente se trata de un individuo difícilmente colaborador y que puede presentar conductas agresivas o violentas, lo que entorpece mucho la labor médica y de enfermería de un servicio de urgencias. Existe la tendencia a subestimar este cuadro, atribuirlo a enfermedades psiquiátricas y derivarlo directamente a una valoración especializada en este campo.

Para el abordaje de este tipo de situaciones se procede a la contención mecánica que es definida como la medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generalizada del cuerpo, con sujeción a una cama, con el objetivo de restringir los movimientos; esta contención va encaminada, en los usuarios con cuadro de agitación motora, autoagresividad o heteroagresividad, impidiendo la manipulación de vías o sondas y así lograr evitar la fuga de un paciente ingresado involuntariamente.³

La importancia que tiene la elaboración, diseño y ejecución de este tipo de investigaciones clínico terapéuticas en el campo de la salud, le permite al profesional de la salud, la correcta intervención basada no sólo en el respeto a la persona, sino también a su salud y seguridad, teniendo como fundamentos los aspectos teórico, legales y éticos que se deben considerar como profesionales de la salud.

² Madoz Gúrpide; Martínez Moneo, Matilde; Otaño, Magdalena. El paciente agitado. servicios de psiquiatría del Hospital de Navarra. 2 p. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiaticas/El%20paciente%20agitado.pdf> (Consultado el 11/11/2009)

³ Ruiz García, Juana; Dolores Pérez, María. Protocolo de contención mecánica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 8 p. Disponible en: http://www.chospab.es/pv_obj_cache/pv_obj_id_31A8F56FF7000798849A89FC8AA91A17D22B0100/filename/PROTOCOLO_contencion_mecanica.pdf (Consultado el 11/11/2009)

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud del mundo - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; 2001. 169 p. Disponible en: <mailto:www.who.int/whr/2001/es>. (Consultado el 11/11/2009)

Materiales y Métodos

Estudio de tipo cuantitativo de características descriptivo de corte prospectivo, en donde se trabajó con un grupo poblacional de 30 personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 15 a los 65 años, con características comunes como la agitación psicomotriz, con variables alternas comprendidas en, etiología orgánica y número de contenciones implementadas en cada caso con su respectivo tiempo de reversión después de la aplicación del procedimiento de inmovilización.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos definido por los investigadores donde se observe la información de los signos vitales y las esferas mentales de los usuarios, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión que permitieron seleccionar la muestra para la ejecución del estudio; los criterios de inclusión se enmarcaron en: pertenecer al servicio del Servicio de Observación Constante (SOC) en estado de hospitalización, con edad superior a los 14 años.

El formato consta de 7 ítems: Caracterización Sociodemográfica, Conciencia, Lenguaje, Integridad Física, Signos vitales, Tiempos de medición y reversión, Tipos de contención

Para la tabulación de los resultados recolectados a través del formato se realizó por medio de la hoja de cálculo de Excel versión 2007 y para la representación de los resultados de todas las variables se emplearon: tablas de frecuencia simples y compuestas, tortas, medidas de frecuencia con cuadros de datos numéricos y porcentuales; según corresponda, aplicándolo a la muestra poblacional.

La presente investigación de acuerdo a sus componentes se clasifica como una investigación sin riesgo porque se utilizan métodos de recolección de información prospectiva, no se interviene o se manipulan las variables de estudio. Entre algunos de los métodos utilizados se pueden mencionar la revisión de historias clínicas, la revisión de registros actuales, el registro del episodio en el tiempo que los

investigadores dedicaron para recopilar la información, por medio del formato para medir el tiempo de contención mecánica aplicado a los pacientes que estaban presentando una agitación psicomotriz.

Los investigadores indagaron teniendo en cuenta los principios éticos de el principio de no maleficencia, ya que el sondeo no debía representar un riesgo para los pacientes; y además de cumplir con los principios de igualdad y privacidad.

Objetivos

Objetivo General

Establecer la evolución de las respuestas en las esferas mentales de los pacientes en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto sometidos a la contención mecánica.

Objetivos Específicos

Caracterizar la población de estudio sometido a la contención mecánica en el Servicio de Observación Constante (SOC).

Evaluar la evolución en la esfera mental de los pacientes sometidos a contención mecánica en diferentes espacios de tiempo.

Establecer el tiempo de reversión de los síntomas en pacientes sometidos a contención mecánica.

Resultados y Discusión

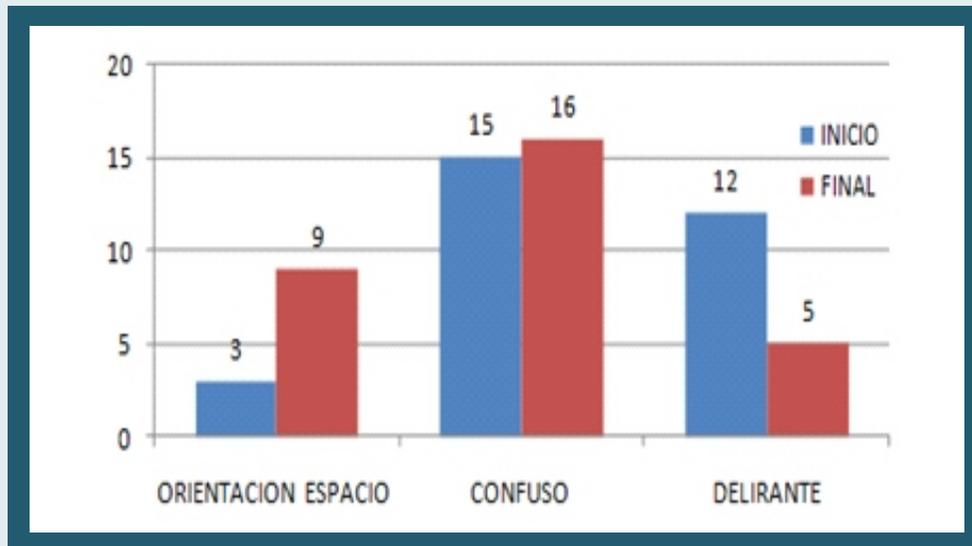
Caracterización de la población

Durante el tiempo de estudio de la contención mecánica, se pudo observar que el género se distribuye en una proporción mayor del género masculino (60%) en contraste con el femenino del 40%. La población de 30 pacientes, los cuales en mayor proporción se encuentran ubicados en el rango de edades entre los 35 y los 44 años, con una incidencia del 30,0% a la vez que el grupo de menor incidencia está en el rango de

25-34 años con un total del 13,33%. El grupo presenta una edad promedio de 40,97 años, con una desviación estándar de 14,31 y la mediana de este grupo se ubicó en 41,5.

Evolución en la esfera mental

Gráfica 1. Estado de conciencia al inicio y al final de la contención mecánica en pacientes del Hospital Mental Rudesindo Soto, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta valoración individual de la Contención Mecánica

Suelen aparecer una reducción de la conciencia de sí mismo y del entorno. Los cambios de conciencia varían ampliamente y en algunos casos es difícil demostrar cambios específicos en el nivel de conciencia.

Existe un cambio en la atención hacia sí mismo y el entorno (alerta, vigilancia o disposición a responder a los estímulos, la que puede ser mayor o menor) del usuario quien inicia confuso en el momento de la aplicación de la contención y su evolución se observa en el cambio de las esferas mentales, refiriéndose al grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea.

Lo primero que se altera es la orientación temporal y luego, la orientación espacial, es rara la desorientación con respecto a las personas. También se presenta falso reconocimiento, es decir, tendencia a identificar erróneamente lo no conocido como lo conocido en cuanto a personas y lugares; aparece también

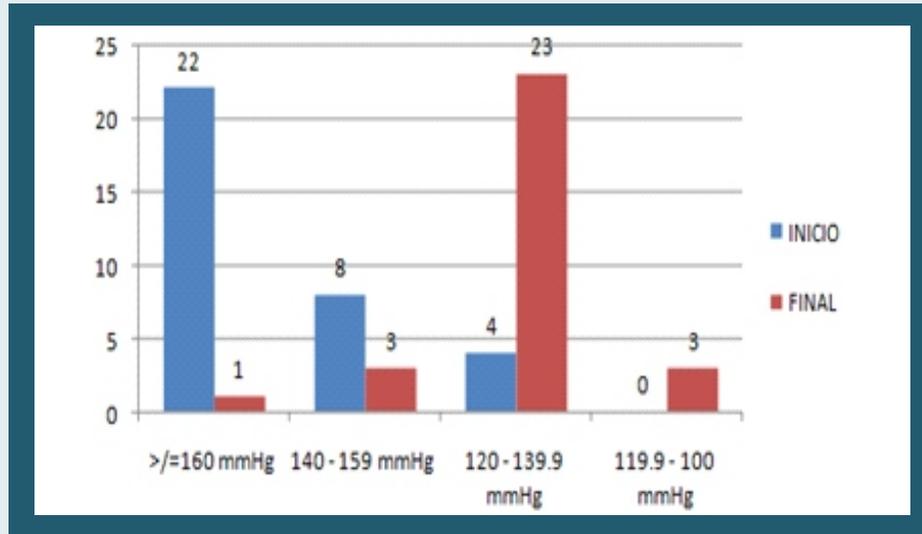
desorientación somato psíquica. Como se puede observar en la gráfica 1.

El paciente no es capaz de enjuiciar en forma correcta su situación y presenta desorientación en el tiempo y en el espacio, no reconoce a las personas y objetos familiares, o se encuentra delirante; el paciente se muestra desconectado de la realidad, con ideas incoherentes, *ilusiones* (interpretación errónea de estímulos externos reales) y *alucinaciones* (percepción de estímulos externos sensoriales que no existen), sin advertir su error.

Otro parámetro que se varía es el lenguaje en donde al momento de la Contención Mecánica, se aprecia que al inicio está Logorreico con lenguaje incoherente y amenazante y a medida que transcurre la contención bajo efectos de los medicamentos va evolucionando hasta estar en un estado consciente donde él puede expresar un contenido y curso de pensamiento normales al término de 8 horas.

Evolución de signos vitales

Gráfica 2. Estado de la tensión arterial al inicio y al final de la contención mecánica en pacientes del Hospital Mental Rudesindo Soto, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta valoración individual de la Contención Mecánica

También se evidencia un incremento leve a nivel de la temperatura, respiración y frecuencia cardiaca debido a la misma agitación que presentan; a medida que evoluciona llega a sus parámetros normales; estos llevados a cifras nos dan un 12% al inicio y 39% al final la temperatura de 36.9-35°C; respiración rápida y profunda mayor a 20 ciclos por minuto descendiendo a 12 y frecuencia cardiaca elevada que se logra revertir después de la contención al límite normal 79-60 pulsaciones x'.

Las constantes vitales son de gran ayuda para tener un perfil más amplio de la salud actual del paciente y poder así descartar enfermedades o alteraciones de la salud según el cuadro clínico que presenta.

Los signos vitales son importantes tanto para el método clínico como para la historia clínica, saber tomarlos y sus variaciones normales y anormales es de suma importancia en los pacientes sometidos a la contención mecánica, ya que se pudo determinar que las constantes vitales son un factor determinante para evaluar el estado físico del paciente que se encuentra

en terapia de contención, debido a que al inicio se encuentran todas sus constantes alteradas, pero que a medida que transcurre el tiempo van revertiendo y normalizándose dichos parámetros.

Tiempo de reversión

La frecuencia de la contención mecánica en cada lapso de tiempo determinado y la duración de la contención es dada por las diferentes patologías presentadas por el paciente, pudiéndose apreciar en el estudio que la mayoría de los usuarios tienen una contención mecánica con una duración entre 1,1 y 2 horas.

Con las técnicas de intervención actuales es cada vez menor el tiempo necesario para mantener a un paciente inmovilizado, la primera hora de intervención se considera básica para aclarar la etiología del cuadro clínico e intervenirlo; Prácticamente si se realiza un adecuado manejo farmacológico en el paciente agitado, este no deberá permanecer más de 4 horas en promedio bajo restricción física.

Conclusiones

Se logró evidenciar que el género no es una variable determinante para presentar dicha contención.

Las esferas mentales más comprometidas en el momento de la contención corresponden a la conciencia y el lenguaje, lo cual genera alteración simultánea en los signos vitales de estos pacientes.

Es clave resaltar que a todos los usuarios sometidos a la contención mecánica se les aplica la contención farmacológica como mecanismo de prevención para efectos comportamentales o de reacción.

La reversión de la contención mecánica en la mayoría de usuarios se lleva a cabo en un tiempo de +/- 1.1 a 2 horas.

Bibliografía

(1)COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA). Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización publicación: 17-03-04. Disponible en: 7 p. <www.revistahospitalarias.org/info_2004/01_175_04.htm>. (Consultado el 12/11/2009).

(2)CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA de 1991 en su capítulo II de los derechos garantías y deberes, artículo 28. Disponible en: <<mailto:www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11151>>. (Consultado el 12/11/2009)

(3)Dois Castellón, Angelina. Toledo Elizette del Carmen Tribuna de Especialidades publicación el 30/03/2006. Disponible en: <www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/metast/2006/89/tribuna89.pdf> (Consultado el 12/11/2009).

(4)FERNÁNDEZ GALLEGO, Víctor, Murcia Pérez, Eduardo, Sinisterra Aquilino, Juan, Casal Angulo,

Gómez Estarllich, María Carmen. Manejo Inicial Del Paciente Agitado, 12 p. Disponible en: <www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf>. (Consultado el 12/11/2009)

(5)GUEVARA Narváez, Carlos, Escobar Córdoba y Franklin, Fontecha, Jeisson. Restricción en pacientes agitados atendidos en Unidades de Cuidado Médico Primario. Publicación: 18/08/04/ 13. p. Disponible en: <www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v52n3/v52n3pdf/v52n3ac1.pdf> (Consultado el 12/11/2009).

(6)MINPROTECCION SOCIAL. Boletín de Prensa No 073 de 2009, 09/10/2009. 5.p. Disponible en: miniproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=19028&IDCompany=3. (Consultado el 12/11/2009)

(7)MONTSE ARBOIX Contención de pacientes Última actualización: 28 de diciembre de 2006. 3 p. Disponible en: www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/01/02/158553.php [Consultado el 12/11/2009].

(8)ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud del mundo 2001- Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; 2001. [Fecha de acceso: 22 de febrero de 2006]. 5 p. Disponible en: <mailto:www.who.int/whr/2001/es>. Consultado el 11/11/2009

(9)MADOZ GÚRPIDE, Clara, Martínez Moneo Matilde y Otaño Magdalena. Paciente agitado. 4 p. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/El%20paciente%20agitado.pdf> (Consultado el 11/11/2009)

(10)Tellez Lapeira, Juan Manuel. Villena Ferrer, Alejandro. Morena Rayo, Susana. Pascual Pascual, Pablo. El paciente agitado guías clínicas12/09/2005. 4 p. Disponible en: <www.fisterra.com/guias2/agitado.asp> Consultado el 12/11/2009

Representaciones culturales del proceso de enfermedad en pacientes provenientes del área rural

Cultural performances of the process illness in patients from the rural area

Noris Madariaga*
 Leidy Patricia Murillo Ortiz**
 Fabiola Stephannia Ramírez Magín**
 Darwin Andrés Gómez Zaraza**
 Ricardo José Barrera Acevedo**
 Silvia Fernanda Vera León**

Resumen

El objetivo de esta investigación es conocer las representaciones culturales frente al proceso de enfermedad en los pacientes provenientes del área rural de Norte de Santander, que egresaron del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz (ESE HUEM).

EL estudio es de enfoque cualitativo de abordaje etnográfico. Se definió la muestra de tres informantes, de modo intencional. El método para la recolección de la información que se utilizó en esta investigación fue la observación, las notas de campo y la entrevista a profundidad, que permitió aprender y conocer mas a fondo cómo los pacientes del área rural conceptualizan la experiencia de estar enfermos y cuáles son los cuidados culturales que aplican durante este proceso.

Los resultados de esta investigación permitieron observar que la enfermedad es un enemigo común para las personas del área rural, para mantener el equilibrio de la persona con el entorno natural estos pueden atravesar cuatro fases: fase tomásica, fase de rituales culturales, fase auxilio multidisciplinario y fase reestructuración del cuidado.

*Enfermera. ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, E-mail: norismadariaga@hotmail.com

**Estudiantes de V semestre de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, E-mail: lpmuor@hotmail.com

Recibido: 23 Noviembre/09 - Aceptado: 09 Marzo/10

La cultura es definitivamente el juez que califica las acciones de las personas, para unos la enfermedad es un castigo, por el mal comportamiento que han tenido en un momento de su vida y para otros es simplemente una prueba para que Dios perdone sus pecados; así que el acontecimiento puede ser el mismo pero la cultura transforma la definición del evento.

Palabras Claves:

Etnografía, cultura, cuidado cultural, interacción persona entorno y enfermedad.

Summary

The target of this investigation is to know the cultural representations opposite to the illness process in the patients originated from the rural area of North of Santander, which went away(graduated) from the first aid service of the University Hospital Erasmo Meoz (THISHUEM).

The study is of qualitative approach of ethnographic collision. There was defined the sample of three informants, of an intentional way. The method for the compilation of the information that is used in this investigation was the observation, the field notes and the interview to depth, which allowed to learn and know more thoroughly like the patients of the rural area conceptualize the experience of being sick and what is the cultural care that apply during this process.

The results of this investigation allowed to observe that the illness is a common enemy for the persons of the rural area, to support the balance of the person with

the natural environment these can to travesar four phases: tomásica phase, phase of cultural rituals, phase multidisciplinary help and phase restructuring of the care.

The culture is definitely the judge who qualifies the actions of the persons, for some the illness is a punishment, for the bad behavior that they have had in a moment of his life and for others it is simply a test so that God excuses his sins; so the event can be the same but the culture transforms the definition of the event.

Keywords:

Ethnography, culture, care, cultural interaction person environment and disease.

Introducción

La presente investigación, permite describir los sentimientos de los individuos del área rural que sufren una enfermedad, saber qué comportamientos culturales tienen estas personas, entendiendo el significado de enfermar, creencias, símbolos, rituales y los cuidados culturales que tienen con su patología.

El proceso de enfermedad, altera el estado de armonía de los componentes físico, psicológico y espiritual, haciendo la persona enferma, atraviese por 3 etapas: (1. Interacción persona-entorno, 2. Enfermedad, 3. Proceso de Enfermedad).¹

Al servicio de Urgencias ingresan mensualmente 750 pacientes provenientes del área rural del departamento Norte de Santander, dato que es significativo teniendo en cuenta que la población rural en el departamento equivale al 25,13%.² Según el censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el

año 2005, la población total de Norte de Santander corresponde a 1`435.237 habitantes; distribuida en área rural con 360.807 (25,13%) y urbana 1`174.430 (74,87%) habitantes.

Cada cultura posee diferentes formas de percibir y apreciar lo que es el bienestar, el dolor, la vida y la muerte. Según la cultura en la que se vive las definiciones de estar sano y enfermo varían de una población a otra.

En la medicina tradicional, la salud es sinónimo de normal y enfermedad, sinónimo de anormal. Por ejemplo la comunidad indígena cheran considera que la salud es un estado subjetivo de tranquilidad, de felicidad, de sentirse bien. En contraposición enfermedad es “sentir intranquilidad emocional por alguna cosa” o sentir un dolor repentino”. Ellos consideran que los sentimientos pueden causar dolor repentinamente. “pos primero estas bien bueno y sano, no sientes nada, de repente caí algún dolor o alguna cosa, entonces sientes la enfermedad... De algún coraje o tristeza te puedes enfermar”³

Lo cierto es que a pesar de la diversidad de culturas en su mayoría, la enfermedad se considera “enemiga” de la salud de la persona y por lo tanto se intentará eliminarla, se actuará conforme a la acepción de la palabra “enemigo”, la de un ser intrínsecamente malo, que actúa privado de todo fundamento y cuyo único sentido es el de provocar algún daño. En esta situación el paciente apelará a sus abundantes conocimientos empíricos así como a la ciencia, y encontrará en el profesional de la salud y en la industria farmacéutica un aliado para solucionarlo.

Materiales y Métodos

La etnografía tiene un marcado carácter antropológico, su objeto de estudio es la comprensión del ser humano, vista y analizada como un proceso, con una

¹ PEREZ TAMAYO, Ruy. El concepto de enfermedad: Su evolución a través de la historia. México: Fondo de Cultura Económica. 1988. p. 43 [En línea]. <<http://www.elementos.buap.mx/num35/pdf/Elem35.pdf>> (Consultado 09 de octubre del 2009).

² COLMENARES OSSA, José Eustorgio. Así somos en Norte de Santander, San José de Cúcuta: 2^a Edición: Febrero de 2005. p. 14

³ MENDES, Carlos. El significado de la enfermedad. México, 1999. 3 p. [En línea]. <<http://www.nexo.org/archivos/Seccion-VIH/analisis-tratamiento-diagnostico/significado-enfermedad.doc>> (Consultado 02 de octubre del 2009).

concepción holística, en la que se pueden estudiar los diferentes componentes culturales de interés para el investigador.

Describir los sentimientos de los individuos del área rural que sufren una enfermedad es complejo y productivo para el conocimiento de la ciencia, pero más productivo es saber qué comportamientos culturales tienen estas personas, cuáles son y además entender por qué realizan estas actividades que tienen un comportamiento colectivo en un grupo particular.

Teniendo como base esta inquietud no queda otra opción más que estudiar a las personas del área rural de Norte de Santander observándolas no desde una perspectiva positivista, si no olvidando un poco de las teorías de Augusto Comte sin quitarle importancia y trayendo a colación el pensamiento Flacius Ilirycus Citado Do Prado(2008)⁴ cuando dice que “para captar el sentido de una parte del texto bíblico es necesario tener en cuenta la totalidad de las escrituras es decir que las partes se comprenden a partir del todo y viceversa”.

Según lo anterior hay que ver a los individuos más allá de lo biológico, verlos reflexiva y naturalmente produciendo así una investigación integral que se logrará desde un estudio etnográfico, que permite conocer en su ambiente natural, contemplando la ruptura causada por su padecimiento, entendiendo el significado de enfermar, creencias, símbolos, rituales y los cuidados culturales que tienen con su patología y lo más importante para nuestra profesión, producir teoría que ayude a brindar cuidados coherentes culturalmente desde enfermería y que se puedan recontextualizar estos conocimientos a otras comunidades similares y ejerciendo así prácticas de enfermería basadas en su propia teoría.

⁴DO PRADO, Martha Lenise, De Souza, María Lourdes, Carrero, Telma Elisa. Investigación cualitativa en enfermería: contextos y bases conceptuales. Washington, D.C. OPS, 2008. p. 132 (Consultado 02 de octubre del 2009).

¹ I1 E1 (Informante1 entrevista1)

¹ I3 E1 (Informante3 entrevista1)

La muestra de informantes estuvo constituida por 3 pacientes del área rural que egresaron del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz (ESE HUEM), durante el primer semestre del 2009, con edades que oscilan entre 55-68 años, los cuales viven en la región suroriental de Norte de Santander en los municipios de Villa de Rosario y El Zulia, quienes aceptaron voluntariamente participar en la investigación brindándoles información clara y precisa acerca de los propósitos y beneficios de la misma.

Se realizaron en total 6 entrevistas. (Informante 1: 2, Informante 2: 2, Informante 3: 2) las cuales se realizaron en los domicilios de cada uno de ellos.

Objetivos

Objetivo General

Conocer las representaciones culturales frente al proceso de enfermedad en los pacientes provenientes del área rural de Norte de Santander, que estuvieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Objetivos Específicos

Describir el significado de enfermedad desde la perspectiva del paciente.

Describir las conductas culturales de los pacientes frente a la enfermedad.

Identificar las fases que atraviesan los pacientes durante el proceso de enfermedad según elementos teóricos.

Resultados y Discusión

Conducta de enfermedad y características culturales

Las personas del área rural siempre buscan eliminar aquellos estímulos indeseables que aparecen en sus vidas, siendo la enfermedad el principal factor desencadenante del padecimiento físico, psicológico y

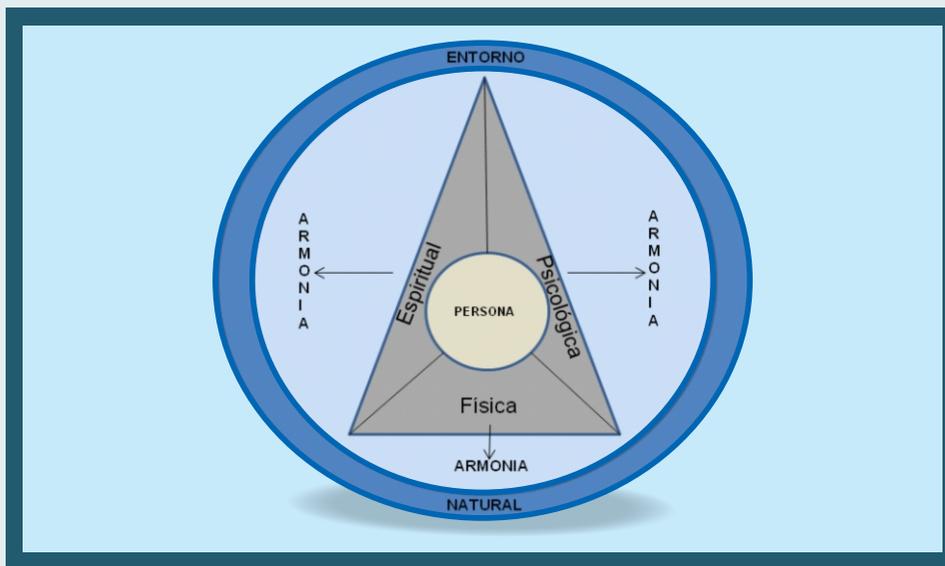
espiritual. Para ello utilizan los recursos que les brinda su entorno, siendo allí donde nacen los cuidados culturales, adquiridos a través de la experiencia o que han heredado de sus ancestros.

Interacción persona - entorno

Es una etapa de completo bienestar que experimentan los pacientes del área rural antes de afrontar el

proceso de enfermedad y que se caracteriza por un estado de armonía de los componentes físico, psicológico y espiritual que les permiten realizar actividades de su vida diaria e interactuar con su entorno. (Fig. 1)

Fig. 1. Interacción persona-entorno pacientes del área rural ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta. 2009



Fuente: Armonía: Interacción Persona – Entorno

¹¹ E1 “estar sano, lleno de salud, lleno de vida, ser feliz, poderse mover pa cualquier parte, poder hacer cualquier cosa, trabajar donde sea, o salir a cualquier diligencia... La salud es una vaina espiritual...”

¹³ E1 “Pues alegría, podía salir a caminar, podía salir a donde yo quisiera, yo me sentía una persona alentada”

En la investigación realizada por García Campayo, Javier (2007) sobre Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España, el modo de vida de los gitanos se encuentra estructurado por una serie de reglas de vida sobre lo que es puro o impuro,⁵ lo que coincide con la presente

investigación donde el equilibrio de la interacción persona-entorno esta dado por la armonía y el desequilibrio por la enfermedad.

Enfermedad

El interés del hombre en la enfermedad es tan antiguo como él mismo y la razón parece ser muy sencilla: casi nadie escapa a la experiencia de enfermarse, una o más veces, durante su vida.⁶ La enfermedad es el proceso que rompe la armonía de los componentes del individuo teniendo como puerta de entrada la dimensión física, afectando las dimensiones psicológica y espiritual. (Fig. 2)

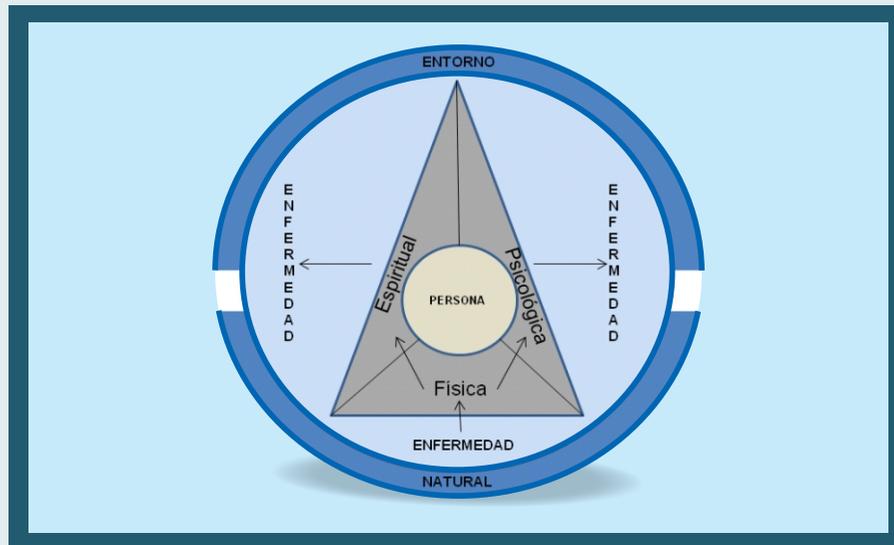
⁵ GARCIA CAMPAYO, Javier. Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España. España: 2007 p. 60 [En línea]. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2249565>> (Consultado 02 de octubre del 2009).

¹¹ E1 (Informante 1 entrevista 1)

¹³ E1 (Informante 3 entrevista 1)

⁶ PEREZ TAMAYO. Op. Cit., p. 43

Fig. 2. Enfermedad: Ruptura de la interacción Persona – Entorno, pacientes del área rural Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta. 2009



Fuente: Enfermedad: Interacción Persona – Entorno

El hombre como ser razonante, siempre busca el origen y la causa de los acontecimientos que han marcado su vida, la enfermedad no escapa a este raciocinio, pues el ser humano busca solución a sus problemas según las herramientas que le ofrece el medio y el instrumento más importante que tienen las personas del área rural es su cultura y por medio de esta juzga, crea nuevos conceptos y da respuesta a sus interrogantes.

^{12E1} “a ratos me siento triste... estar así, es duro...enfermedad es dolor” “Es una prueba que mi Dios le da a uno...para que me perdonara todos mis pecados...”

^{11E1} “...me sentía recaído...me sentía yo mal, no podía trabajar por la vaina de la enfermedad...trabajaba por ahí dos o tres días a la semana porque no podía trabajar más...”

El concepto religioso propuesto por Tamayo (1988)⁷ propone la enfermedad como resultado de una violación de un tabú o regla divina; el paciente ha

violado una prohibición y la enfermedad es el castigo correspondiente.

^{11E1}: “Yo me sentía mentalmente recaído...” “Ese es el destino que nos toca a nosotros” “la enfermedad es un castigo...”

La evolución del concepto de enfermedad a través de la historia distingue un aspecto principal como lo es la introducción de un objeto en el cuerpo. De acuerdo con este concepto primitivo de enfermedad, un objeto puede ingresar al organismo y se transforma en la causa del padecimiento⁸.

^{13E1}: “ahorita no hay una ambiente muy bueno entonces eso de la contaminación...da tantas enfermedades”.

Ruptura de la interacción persona-entorno

El punto de partida para la ruptura de la interacción de la persona con el entorno natural, es el proceso de enfermedad interfiriendo en cualquiera de las dimensiones físico, psicológico o espiritual. (Fig. 2).

⁷Ibíd., 1988 p. 44

⁸ Ibíd.

¹³ E1 (Informante3 entrevista1)

En la investigación realizada por Montoro, Cesar (2006)⁹ la ruptura se ve reflejada en el fenómeno social cambiante donde los principales cambios son la alteración de la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean.

En el caso de la comunidad rural, se ven obligados a salir de su cotidianidad y dada la significación de la tierra, que más que un bien material, es la fuente donde se origina la vida, se crea y transmite la cultura.

I1E1 “que usted este postrado en una cama, o esté sentado en una silla como yo, simplemente se puede mover aquí, no mas, y no puede, ni ir al baño” “ya no era como antes que podía trabajar bien, yo faltaba mucho al trabajo...”

I2E1: “o sea como estoy yo, no puedo hacer nada”

I3E1: “yo ya no me puedo valer, a mí me gusta tener mis cosas arregladas, estar viendo mis maticas pero ahora ya no puedo”

Proceso de enfermedad

La enfermedad da como resultado la alteración de la armonía en las dimensiones del individuo, que en los pacientes del área rural genera una ruptura de la interacción persona – entorno. Para mantener el equilibrio de las tres dimensiones los individuos del área rural pueden atravesar por cuatro fases (Fig. 3):

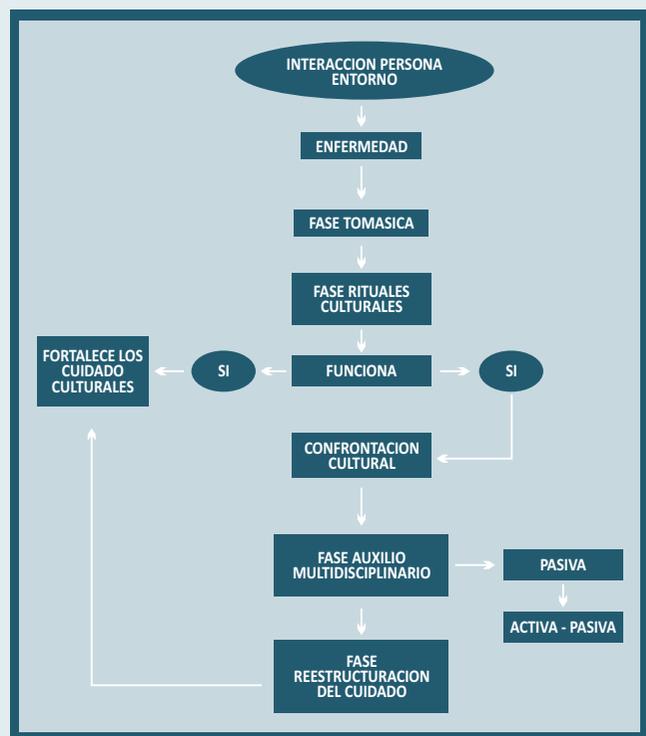
Tomásica: es la fase donde el individuo no le da importancia a su enfermedad, presenta signos y síntomas superficiales, al ocultarse la gravedad del problema las personas no realizan ningún cuidado.

Rituales culturales: Son los puntos de vista culturales de las personas acerca de los cuidados, dependiendo de lo que sepan, crean y como los practiquen

Auxilio Multidisciplinario: Son los cuidados que brinda el equipo de salud cuando el paciente se da cuenta que los rituales culturales no son suficientes para curar la enfermedad y el papel que desempeña el paciente durante esta fase

Reestructuración del Cuidado: Consiste en la adaptación del conocimiento adquirido durante el proceso de enfermedad que fortalece los cuidados culturales, que posteriormente serán usados en otro problema de salud y que trascenderán a otra persona en una misma comunidad.¹⁰

Fig. 3. Fases del proceso de enfermedad pacientes del área rural Hospital Universitario



Fuente: Fases del proceso de enfermedad, 2009

⁹ MONTORO, Cesar. El padecimiento ante la enfermedad: un enfoque desde la teoría de la representación social. España: 2006 p. 2 [En línea]. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000300011&script=sci_arttext> (Consultado 02 de octubre del 2009).

¹² E1 (Informante2 entrevista1)

¹⁰ ALARCON, Ana y Cols. Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica de Chile ISSN: 0034-9887: 2003 p. 2 [En línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext> - LAZA VÁSQUEZ, Celmira. Cuidando desde el saber cultural: Experiencia de un agente tradicional del Valle del Río Cimitarra. Colombia: 2009 p. 4. [En línea]. <http://www.index-f.com/temperamentum/tn9/t7030.php> (Consultado 02 de octubre del 2009). [Consultado 02 de octubre del 2009]

Fase Tomásica

Para cada cultura la enfermedad tiene ciertas particularidades pero se puede afirmar que todos viven un proceso que inicia cuando la enfermedad ingresa en el organismo o ya ha estado en él y se desarrolla generando signos y síntomas prodrómicos que el paciente trata indiferentemente, dando inicio a la fase Tomásica que se caracteriza porque el individuo no realiza cuidados culturales debido a que no ve la gravedad de la enfermedad.

En la investigación realizada por Alarcon, Ana y Cols (2002)¹¹ se observan situaciones similares como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas, siendo elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena.

I1E2 "No yo en ese momento no lo busco... Yo digo uy ahora como que si ya me siento mal, como al año, mientras nosotros estamos alentados no vamos donde ningún médico"

Fase de Rituales Culturales

Son los puntos de vista culturales de las personas acerca de los cuidados, dependiendo de lo que sepan, crean y como los practiquen. Inician cuando el proceso de enfermedad avanza y el paciente experimenta signos y síntomas más específicos los cuales son tratados de forma holística: espirituales basados en sus creencias religiosas piensan que mediante la fe y la oración pueden curarse de cualquier enfermedad.

I1E1: "la oración y rezar con fe, saca lo malo que hay en el hogar" "la fe es un ingrediente para cualquier tratamiento que utilicemos..." "yo le pido mucho a él...yo creo mucho en el...en el señor porque él hizo muchos milagros...usted sabe que el sanó a los paralíticos, a moribundos, a ciegos y a leprosos...y a muchos enfermos que era imposible que no podían curarse...el señor los sanó y por eso le tengo mucha fe a él...yo oro mucho a él..."

I2E1 "yo tengo a mi Dios en el corazón y el también lo alienta a uno"

I3E1: "Dios para mi es lo más grande que puedo tener porque sin la fortaleza de mi Dios no estuviera aquí".

Otros resultados similares se encuentran en la investigación realizada por Laza Vásquez, Celmira (2009) donde los informantes referían cuidados espirituales: "uno lo soba, pero también lo reza y es más efectivo. Para rezar, tiene que ser una persona que tenga idea, que conozca la enfermedad pa eso, hay que tener fe, pa rezarlo"

Psíquicos: a través de pensamientos positivos y a la destreza mental ellos pueden manejar cualquier situación adversa que cause el dolor.

I1E1: "yo me olvido que deberamente me está doliendo..." "lo aguanto, y lo aguanto, y cuando se me olvido....no me afero al dolor" "pensar que yo me voy a alentar..." "pongamos yo tengo un dolor de muela que me está empezando, una comparación, y va usted a estar ahí que me va a doler más duro, no usted dice no, voy a olvidarme del dolor de muela ahorita, voy a ponerme a hacer otra cosa, tiene que quitársele en un ratico."

Físicos: adquiridos a través de la experiencia o heredados de sus ancestros.

Bebedizos: Son usados para tratar los cólicos, los nervios, la gripa y como purga.

I2E1: "El toronjil, se hierve la hierbita, a lo que empiece a hervir se baja, si uno quiere echarle un poquito de dulce le echa y si no uno se toma el agüita..." "Limoncillo, agarra las hojitas de la mata y las lava, siempre hay que lavar todo así este limpia, y las hecha a hervir."

I3E1: "El paico sirve para cuando esta la luna delgadita o gruesa le dan rebote de parásitos de lombrices, es feito pero bueno bota mire botaba pero mire plagotes, mire ese pelado se alentó de los parásitos, iban y le limpiaban la cola y en el papel higiénico iban las plaguitas hay, unas culebritas blanquitas hay pequeñitas, esos son los parásitos"

Ungüentos y baños: Usados para tratar la fiebre, el edema, las infecciones y curar las heridas¹²

I1E1: "el aguardiente se frota uno en el cuerpo, y a los niños le echa aguardiente en los pies y lo forra con periódico..." "cola de caballo, es una

¹¹ Ibid., p. 2

¹¹ I1 E2 (Informante1 entrevista2)

¹¹ I1 E1 (Informante1 entrevista1)

¹² I2 E1 (Informante2 entrevista1)

¹³ I3 e1 (Informante3 entrevista1)

¹² LAZA VÁSQUEZ, Celmira., Op. Cit., p. 4

¹³ I3 E1 (Informante3 entrevista1)

planta que bota unos bejuquitos, entonces se agarra esa hierba y se mezcla con otras, con salvia con tres clases de hierbas y se pone a hervir y uno se hace baños de eso. Luego se pone a hervir y se deja enfriar, después que se ha enfriado, se sienta, bueno según lo que usted tenga, si usted tiene una herida aquí, o tiene una ulcera, si esta hinchada usted se soba así se echa de para abajo el agua y baja la hinchazón” “la sábila, la corta y le saca ese cristal que tiene por dentro, o uno puede tomar también para uno en agua.

I3E1 “yanten que la utilizo para bañarme porque eso es para uno para las infecciones, uno hierve eso y uno se baña con eso.”

Fase de Auxilio Multidisciplinario

Antes de que el paciente pase por la fase de auxilio multidisciplinario atraviesa por un periodo de transición y de reflexión llamado Confrontación Cultural: Se da cuando el paciente entiende que los rituales culturales no son eficaces para sanar la enfermedad debido a que a medida que avanza el tiempo van empeorando los signos y síntomas, y es allí donde busca otras alternativas de tratamiento para mejorar su condición de salud, siendo la última alternativa la búsqueda de los profesionales de salud.

I1E2 “Ahora si cuando ya estamos muy mal que se está desbaratando es que uno va al médico, pero uno ya no tiene cura... y entre mas días se la va comiendo el virus se la va comiendo”. “Pero a la hora de la verdad uno necesita un medico... y va al médico para que te formule la medicina”.

I2E1: yo tengo a mi Dios en el corazón y el también lo alienta a uno, pero uno también necesita de que el doctor lo vea...”

La fase de auxilio multidisciplinario presenta dos etapas:

Pasiva: en esta etapa el paciente es receptor del tratamiento y cuidados brindados por los profesionales de salud.

I2E1: “yo tengo un control mensual donde el médico”

Activa – pasiva: en esta etapa el paciente además de ser receptor, utiliza el único recurso cultural que le queda como lo son los rituales espirituales.

I1 E1: “le pido al señor, le digo señor que seas tú en el médico que me está curando” “que sea él, fue el que me opero, invoco al señor y le pongo al médico”.

I2E1: yo tengo fe en que Dios me aliente... que las pastillas que yo me tomo me caen bien... si uno tiene fe, eso le hace más provecho...

Fase de Reestructuración del Cuidado

Esta fase se caracteriza por la adquisición de nuevos conocimientos que surgen del cuidado que les brinda el profesional de salud, adaptando esta enseñanza de acuerdo a su cultura que es la que juzga cual es el cuidado competente culturalmente.

Sus nuevos aprendizajes son aunados al conocimiento cultural, enriqueciéndolo y fortaleciéndolo, para posteriormente ser utilizado y trascendido a otras personas que padecen una enfermedad similar.

En la investigación realizada Alarcon, Ana y Cols (2002) se observan situaciones similares a la reestructuración del cuidado donde las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural ya que han adquirido el conocimiento de anteriores procesos de enfermedad.¹³

I1E1 “pero pa eso pa controlar los antibióticos, poco a poco los va controlando uno, va dejando de tomar si me tomaba 2 pastillas, me tomo una, pa que no lo joda tanto”... “Cuando la señora mía, la hija mía ellas se ponen mala así con dolor de cabeza así, me dice papi me duele mucho la cabeza y le digo mamita tómese esta pastilla y yo voy y la busco y le cae bien porque uno se la da con fe, que se va a alentar que se le va quitar el dolor de cabeza que los mismos médicos se lo han dado a uno entonces uno agarra todo eso y va aprendiendo muchas cosas”.

I1E2 “hay pastillas para eso está, el acetaminofen pa la fiebre” “Biotal, compro un frasquito y se lo aplico y le quito la dolencia en los huesos” “Diclofenaco, me puse una tetanol, me puse una ampicilina de 1200000, y eso medio no más me seco la herida, como ocho días y después me volvió”. “Sí, yo mismo me la automedicaba” “Uich, el centrum junior para usted le sirve, para usted, hay centrum de 50 años y centrum junior que es de 25 años, ese tiene todas las vitaminas para la circulación del cuerpo humano”.

I3E1: “yo recomiendo solo pal dolor de cabeza, Mmmm... ibuprofeno y dolex pa la gripa”

Conclusiones

La cultura es definitivamente el juez que califica las acciones de las personas, para unos la enfermedad es un castigo, por el mal comportamiento que han tenido

¹³ ALARCON. Op. Cit., p. 2

en un momento de su vida y para otros es simplemente una prueba para que Dios perdone sus pecados. Así que el acontecimiento puede ser el mismo pero la cultura transforma la definición del evento.

Cuidar de la vida es quizás la acción mínima fundamental del ser humano. En las personas del área rural es algo que no sólo se relaciona con la reacción instintiva de protegerse en forma individual o de grupo ante un agente externo que amenace su dimensión física, sino que se trata de una acción realizada en el momento que sus dimensiones psicológica y espiritual también se ven alteradas generando el desequilibrio de la armonía persona con el entorno e iniciando el desarrollo de la enfermedad.

El proceso de enfermedad es un periodo muy difícil para quien lo vive. Por lo tanto el cuidado juega un papel importante en la disminución de las secuelas que este produce a través de los valores, actitudes y las creencias del individuo. Estos cuidados por lo general inician cuando el proceso de enfermedad ha avanzado y el paciente experimenta signos y síntomas más específicos los cuales son tratados de forma holística de acuerdo a su cultura.

En la actualidad los rituales culturales prevalecen sobre el cuidado profesional situación reflejada en las respuestas brindadas por los informantes quienes afirmaron que el cuidado profesional solo es buscado como último recurso, cuando la enfermedad ya ha avanzado demasiado y en muchas ocasiones cuando es incurable. Pero en determinado momento del proceso de enfermedad cuando los rituales culturales no son suficientes para curar la misma, el paciente atraviesa por un periodo de transición y de reflexión llamado "Confrontación Cultural" donde reconoce que requiere de la asistencia del personal profesional de salud como Auxilio Multidisciplinario.

La reestructuración de cuidado se caracteriza por la adquisición de nuevos conocimientos que surgen de la interacción entre paciente y el profesional de la salud, adaptando esta enseñanza de acuerdo a su cultura que es la que juzga cual es el "Cuidado Competente

Culturalmente". Así los nuevos aprendizajes son aunados al conocimiento cultural, enriqueciéndolo y fortaleciéndolo, para posteriormente ser utilizado y trascendido a otras personas que padecen una enfermedad similar.

Bibliografía

- (1) ALARCON, Ana y Cols. Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales .Chile: 2002 p. 2. [En línea]. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext> (Consultado 02 de octubre del 2009).
- (2) BONILLA, E. El Conocimiento de la Realidad Social. Más Allá del Dilema de los Métodos. Bogotá: Editorial Presencia; 1995, p. 29. [En línea]. http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206La_enfermeria1.htm (Consultado 02 de octubre del 2009).
- (3) COLMENARES OSSA, José Eustorgio. Así somos en Norte de Santander. San José de Cúcuta. 2^{da} Edición: Febrero de 2005. p. 14.
- (4) GARCIA CAMPAYO, Javier. Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España. España: 2007 p. 60. [En línea]. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2249565>> (Consultado 02 de octubre del 2009).
- (5) LAZA VÁSQUEZ, Celmira. Cuidando desde el saber cultural: Experiencia de un agente tradicional del Valle del Río Cimitarra. Colombia: 2009 p. 4. [En línea]. <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn9/t7030.php>> (Consultado 02 de octubre del 2009).
- (6) MARTINEZ, Miguel. La investigación cualitativa: síntesis conceptual. Venezuela: Caracas. 2006, p.137. [En línea]. http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Inve stigacion_Psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf (Consultado 08 de noviembre del 2009).

(7) MENDES, Carlos. El significado de la enfermedad. México. 1999. 3 p. [En línea]. <<http://www.nexo.org/archivos/Seccion-VIH/analisis-tratamiento-diagnostico/significado-enfermedad.doc>> (Consultado 02 de octubre del 2009).

(8) MONTORO, Cesar. El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. España: 2006 p. 2. [En línea]. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000300011&script=sci_arttext> (Consultado 02 de octubre del 2009).

(9) OSORIO F. Recomenzar vidas y redefinir identidades. Algunas reflexiones en torno de la recomposición identitaria en medio de la guerra y del desplazamiento forzado. En: Bello M. (ed), Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo. Bogotá, Unibiblos; 2004, p. 178, 180, 175. [En línea]. http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206La_enfermeria1.htm (Consultado 02 de octubre del 2009).

(10) PEREZ TAMAYO, Ruy. El concepto de enfermedad: Su evolución a través de la historia. México: Fondo de Cultura Económica. 1988. p. 43. [En línea]. <<http://www.elementos.buap.mx/num35/pdf/Elem35.pdf>> (Consultado 09 de octubre del 2009).

(11) PORTELA GUARÍN, Hugo. Cuerpo y Cosmos: El rito Paez. p. 47 - 68 [En línea]. <http://www.scribd.com/doc/36787954/Cuerpo-y-Cosmos-El-Rito-Paez-Hugo-Portela> (Consultado 02 de octubre del 2009).

(12) DO PRADO, Martha Lenise, De Souza, María lourdes, Carrero, Telma Elisa Investigación cualitativa en enfermería: contextos y bases conceptuales. Washington, D.C. OPS. 2008. 332 Pág. (Consultado 02 de octubre del 2009).

(13) RIVERA D, MARIÑO C. Caracterización de una Práctica Médica. Antropología Médica. Bogotá: Universidad El Bosque. Serie Medicina y Comunidad;

1998, p. 87. [En línea]. http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-La_enfermeria1.htm (Consultado 02 de octubre del 2009).

(14) STEVENHAGEN R. La cultura y la creación intelectual. En: Ruiz Z. Efectos políticos y culturales del desplazamiento por causa de la violencia en las relaciones internas de la familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002, p. 131. [En línea]. http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206La_enfermeria1.htm (Consultado 02 de octubre del 2009).

(15) SPRADLEY, James. The Ethnographic Interview. Holt, Rinehart and Winston: EEUU, Universidad de Michigan, 1979. 2008. P. 100. [En línea]. http://books.google.com/books?id=XP5_AAAAMAAJ&q=The+Ethnographic+Interview&dq=The+Ethnographic+Interview (Consultado 10 de octubre del 2009).

Viviendo en una realidad, que me ata al abismo

Living in a reality, which ties me to the abyss

Clara Graciela Segura Escobar *
Sindy Magaly Ruiz Villamizar**
Mesenio Aguilar Giraldo**
Omar Eduardo Vergel Roper**
Nury Maria Ibarra Navas**
Liseth Yamile Florez Ortega**

Resumen

La presente investigación desarrolló una metodología de enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, ya que permitió ubicar el fenómeno (intento de suicidio) en la propia vivencia del paciente, con la finalidad de describir aquellos sentimientos que presentaron los informantes previamente al intento de suicidio.

El tamaño de la muestra estuvo conformado por tres (3) jóvenes informantes de género femenino, con edades de 18, 19 y 21 años respectivamente, quienes se encontraban viviendo en el área metropolitana de la ciudad de Cúcuta.

Los métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información, fueron la entrevista a profundidad, la observación participante, las notas de campo, la grabadora de voz y el formato semiestructurado de la entrevista que constaba de 8 preguntas específicas.

Al analizar e interpretar los datos obtenidos en las entrevistas a profundidad, emergen 5 categorías que predominaron en la investigación: Entonces ¡¡¡para que vivir!!!; Lazos que me lastiman; Un paso adelante, ganándole a los pensamientos suicidas; Fuerzas internas que me llevan al abismo; Buscando ayuda, de las cuales se evidenció que los sentimientos de dolor, desespero y la falta de amor son aquellos que dan el último impulso para auto agredirse y así ponerle fin a todo ese sufrimiento que las agobia, además, se

encontró que sus relaciones interpersonales eran muy conflictivas y tormentosas, lo que provocaba deseos de autoagresión de la misma; al igual se manifestó que después de reflexionar y replantear su vida, buscan la ayuda de una mano amiga que la ayude a enfrentar su proceso de recuperación y así, hacerle frente a los futuros pensamientos suicidas.

Palabras claves:

Suicidio, adolescente, sentimientos, salida.

Summary

The present investigation developed a methodology of qualitative approach, of type fenomenológico, since it allowed to locate the phenomenon (attempt of suicide) in the proper experience of the patient, for the purpose of describing to those feelings that the informants presented previously to the attempt of suicide.

The sample size was shaped by three (3) young informants of feminine genre, with ages of 18, 19 and 21 years respectively, who were living in the metropolitan area of the city of Cúcuta.

The methods, skills and instruments for the compilation of the information, were the interview to depth, the taking part observation, the notes of field, the tape recorder of voice and the semistructured format of the interview that was consisting of 8 specific questions.

On having analyzed and having interpreted the information obtained in the interviews to depth, they emerge 5 categories that prevailed in the investigation:

*Jefe Enfermera, Clínica Universitaria, E-mail: clagrase@hotmail.com

**Estudiantes V semestre de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, E-mail: maggie_ruiz15@hotmail.com

Then ...: so that to live!!!; Bonds that they hurt me; A step passes, winning him to the suicidal thoughts; internal Forces that take me to the abyss; Looking for help, of which it was demonstrated that the feelings of pain, desperation and the absence of love are that that give the last impulse for car to be attacked and this way to finish all this suffering that overwhelms them, also, one found that his interpersonal relations were very difficult and stormy, what was provoking desires of autoaggression of the same one; to the equal one showed that, after reflecting and restating his life, they look for the help of a friendly hand that helps her to face his recovery process and this way, to face him the future suicidal thoughts.

Keywords:

Suicide, adolescent, feelings, exit.

Introducción

El intento de suicidio en el adolescente, se define a manera de acción que tiene como fin, la autoagresión o la misma muerte de forma voluntaria sin lograr su objetivo, viéndose esta como la única alternativa, para la solución de los problemas que los adolescentes afrontan en su diario vivir. "El término suicidio, desde una perspectiva etimológica, proviene del latín sui que significa sí mismo y del término cidium que significa matar, es decir matarse a sí mismo."¹

"En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230 000)."²

¹ RIVAS MEDINA, Alicia de los Ángeles. "Vivir para morir: Intento de suicidio en adolescente". Universidad Católica de Santa María. Perú: 2006. 12 p. Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos70/vivir-morir-suicidio-adolescente/vivir-morir-suicidio-adolescente2.shtml#teoriassoa>> (Consultado: 15 de Septiembre de 2009).

² BERTOLOTE, José y Porter, David. "El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)." Día Mundial para la Prevención del Suicidio - 10 de septiembre. Ginebra: 2004. 3 p. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>> [Consultado 10 de septiembre de 2009]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) estima, que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos que dejan como resultado lesiones, hospitalización, trauma emocional y mental, esto sin contar los casos que no quedan documentados en los hospitales.

En la investigación realizada por Villalobos, Fredy (2009) La presencia de conductas suicidas por sector fue mayor en los estudiantes del sector público (32,8%), frente a los del sector privado (27,4%) . Esta tendencia se mantiene en cuanto a ideación y planes suicidas.³

En el departamento de Norte de Santander la problemática durante el primer semestre del presente año, ha abarcado 179 casos de intento de suicidio entre el área urbana y rural de los diferentes municipios, siendo Cúcuta la de mayor índice con un total de 66 casos.⁴

En cuanto al servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz, en el primer semestre del presente año se han registrado 117 casos de intento de suicidio procedentes tanto del área urbana como rural del departamento de Norte de Santander.

Lo que se pretende con este estudio es describir los sentimientos presentes en los adolescentes que han intentado suicidarse e identificar las razones por las cuales se vieron obligados a hacerlo.

Materiales y Métodos

En la presente investigación, la población estuvo conformada por 65 pacientes, hombres y mujeres entre las edades de 15-24 años, que actualmente se encontraban viviendo en el área metropolitana de la

³ VILLALOBOS, Fredy Hernán - Galvis Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud Mental Vol. 32 N° 2 p. 165-171. [Consultado el día 04 octubre de 2009]

⁴ BASE VESAME SUICIDIO-ESTADISTICA 2009. Oficina de Salud Mental, Instituto Departamental de Salud. Cúcuta. 2009 [Consultado el 04 octubre de 2009]

ciudad de Cúcuta, con antecedentes de intento de autodaño y atención oportuna en urgencias del ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el I semestre del 2009.

Aplicados los criterios de exclusión la población a estudiar se redujo a tres informantes femeninas, número que corresponde al total de la muestra del estudio.

Los elementos, técnicas e instrumentos para recolectar la información fueron la entrevista semiestructurada a profundidad, la observación participante y las notas de campo y la grabadora de voz, la cual facilitó el desarrollo de la entrevista y posteriormente un mejor análisis de la información.

Las preguntas que se emplearon en cada una de las entrevistas a los diferentes informantes son:

Antes del autodaño, ¿estaba pasando por algún cambio importante en su vida?

¿Expresó alguna vez su idea suicida?

¿Que estaba sintiendo antes del autodaño?

¿Qué es para usted ese (os) sentimiento (s)?

¿Cómo eran las relaciones interpersonales con la familia y amigos antes del autodaño?

¿En este momento que piensa sobre el intento de suicidio?

¿Buscó ayuda después del intento de suicidio?

En cuanto al análisis de las entrevistas y de las notas de campo, el objetivo se basó en comprender las semejanzas/diferencias que se encontraban entre una entrevistada y otra; con el fin de analizar todas las actitudes, comportamientos y expresiones no verbales, que son de mucha utilidad a la hora de la interpretación y comprensión de lo que las entrevistadas decían en cada encuentro; todo esto estaba orientado a no permitir que faltara información alguna y que por el contrario se saturara la información en cada una de las preguntas y categorías.

Por último se hizo una descripción de cada categoría, identificadas en cada entrevista, dando así a conocer las percepciones, pensamientos, sentimientos, relaciones interpersonales y mecanismos de ayuda de cada entrevistada, con el único fin de describir los sentimientos que se relacionan con intento de suicidio.

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta las normas éticas para la investigación con seres humanos plasmada en la Resolución N° 008430 del 4 de Octubre de 1993, garantizando la total privacidad y no divulgación de los resultados con nombre propio, debido a que se analizarán de forma general y llevando a cabo los principios éticos de privacidad, autonomía y beneficencia.

Objetivos

Objetivo General

Describir los sentimientos relacionados con el intento de suicidio en jóvenes que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Objetivos Específicos

Relatar los eventos significativos en la vida del paciente antes del autodaño.

Describir las relaciones interpersonales del paciente antes del autodaño.

Explicar los pensamientos de los informantes frente al intento de suicidio.

Conocer los mecanismos de ayuda utilizados por los informantes después de haber cometido el hecho

Resultados y Discusión

Entonces... ¡¡¡para que vivir!!!

Hace referencia a la decisión de ponerle fin a la vida, a la resignación que sienten ellas ante todos los fracasos y problemas por lo que han pasado. Estas informantes refieren que no le encuentran ningún sentido a la vida, ya que se sienten rechazadas, solas, incomprendidas e

igualmente perciben que carecen de amor por parte de sus familiares; por lo que las hacen sentir insatisfechas e infelices, llevándolas a la idea de que seguir con el curso de su vida es algo inútil e insoportable.

No toleran la idea de estar viviendo en un mundo tan complejo y problemático, lo que las obliga a analizar su vida desde un punto de vista trágico en donde el dolor y la falta de amor son los sentimientos predominantes, previos al intento de suicidio; es por tal motivo que pierden el control de las situaciones, volviéndose vulnerables ante cualquier expresión y comportamiento por parte de las personas que las rodean y de las que las hacen sentir íntimamente juzgadas y amenazadas, razón por la cual prefieren darle un punto final a su vida.

I1:E1 "... me dolió terminar al hombre que amaba, ya que lo traicione con muchos hombres y también de ver que mi mamá no me quiere y de que quiere más a mi otro hermano, además, me trata como una puta y hasta me cela con mi padrastro.....lloraba mucho y pensaba era en matarme y yo decía si así es la única forma de calmar mi dolor y entonces pensé fue en tomar la creolina y como no le importo pa' nadie.....Entonces pa' que voy a estar viva".

I2:E1 "... estaba desesperada, me pase semanas sin dormir, estaba angustiada, no sabía en esos momentos que hacer, estaba sola, y pues el desespero fue el que me condujo al quererme dejar ir."

I3:E2 "Porque me había enterado de cosas que no sabía que me habían ocultado, entonces fue como, no sé como ese choque, entonces he... pensé, analice todo lo que me había enterado y dije no, ya no tiene ningún sentido que yo esté viva, no tiene ninguna gracia, estando muerta voy como a aliviarle un peso a mi familia, pues por eso lo hice..."

En el vivir cotidiano de cada una de las informantes, la desesperación por no encontrar la solución a todos sus problemas, las lleva a perder el control sobre sus acciones, dejándolas en un abismo en donde el único punto de salvación al final de este es el suicidio; La falta de conocimientos y de escasa fuerza de voluntad para cometer el acto suicida, las lleva a perder el objetivo y a obtener como resultado el daño a sí misma y las consecuencias psicológicas, emocionales y sociales que esto trae consigo.

El intento de suicidio para las entrevistadas se describe como la única solución a sus problemas, la única manera de sentirse en paz y feliz consigo mismas; la única forma de acabar con el sufrimiento y la soledad que las agobia y que las sumerge en un sin fin de sentimientos de los cuales quieren escapar, y al mismo tiempo dejar de sentir.

I1:E1 "Pues yo al principio decía que esa era la única forma de sentirme feliz, no voy a estar llorando y por eso yo intente eso"

I2:E1 "...eso es una decisión, cualquier cosa que uno haga en la vida, es porque uno quiere que eso suceda... entonces, uno empieza de a pequeñas dosis a buscar esa cura, entonces el suicidio es así, es como pequeñas dosis de eso que uno supuestamente quiere, como de paz, como dejarse ir, como que ¡ah! voy a descansar por fin..."

I3:E1 "Como la forma de resolver mis problemas en ese momento, como si fuera la única, lo único que hubiera que hacer para ponerle fin a las cosas."

En la informante se evidencia que "dejarse ir", es trasladarse a otra dimensión, un lugar lleno de paz, felicidad y amor, fuera de todo suceso estresante que las puede afectar.

I2:E2 "... me quería dejar ir... es por esa imagen que uno tiene del cielo, esa imagen que le han dado uno siempre, que como que allá uno está en paz, como que allá todo el mundo está tranquilo, que desde allá la gente está feliz... entonces yo digo ese es mi lugar, allá debo estar, entonces yo creo que esa es la paz que yo pienso, en el cielo."

Lazos que me lastiman

Los vínculos familiares y sentimentales en los seres humanos, juegan un papel importante en cada una de sus vidas, ya que estos son el soporte necesario para afrontar las situaciones de la vida cotidiana. En las informantes de la presente investigación, se evidencia los conflictos que se presentan con las relaciones anteriormente mencionadas, los cuales, las llevaron a el "deseo" de querer alejarse de estas personas; además de producir en ellas motivos para aislarse, para sentirse solas, con rabia e infelicidad.

I1:E1 "Pues yo siempre era peleando por todo, porque ellos siempre se meten conmigo y a mí me daba rabia....con mi mamá eran las peleas, ya que me dice que a mí me gusta seducir a los hombres, mi nana me dice que soy una vagabunda y además a mi papá propio nunca le hemos interesado nosotros... Entonces pa no tener peleas prefiero matarme."

¹ I1 E1 (Informante1 entrevista1)

² I2 E1 (Informante2 entrevista1)

³ I3 E2 (Informante3 entrevista2)

¹ I3 E3 (Informante3 entrevista1)

² I2 E2 (Informante2 entrevista2)

I2: E1 "... prácticamente yo me había alejado de todo el mundo, yo no tenía una relación, yo no tengo comunicación o bueno no tuve en ese momento, comunicación con mi familia, ni con mis amigos, porque obviamente mi intención era esconderme de todo el mundo, la verdad no, no me llevaba muy bien con nadie, peleaba con todo el mundo, cualquier cosa me ponía de mal genio."

I3: E1 "En ese momento mis relaciones interpersonales estaban mal, pues yo no tenía pareja, además soy una persona independiente, no tengo muchos amigos, y pues por mi familia, fue más que todo que yo hice eso."

Igualmente aquel sentimiento intenso que une a dos personas y que no hace parte del amor que se puede llegar a sentir por los padres, hermanos o incluso por los amigos; este por el contrario hace parte es de un amor romántico que enriquece la vida y la llena de felicidad, compañía y seguridad, pero que en este caso influye como sentimiento de culpa del mal trato que le proporciona la informante a su pareja con cada uno de sus acciones.

I1: E1 "yo era la que cometía errores, yo fui la que lo traicione a él muchas veces, porque yo como a los cuatro meses lo traicione a él con otro hombre que se llamaba Miguel y después el vino a que volvamos y entonces volvimos, y después como al mes me cuadré con otro y lo volví a traicionar....él me trataba a mi bien pero yo era la que no lo trataba bien y le pegaba cachetadas muchas veces"

Un paso adelante, ganándole a los pensamientos suicidas

A toda persona que en algún momento de su vida experimentó un intento de suicidio, le surgen pensamientos e ideas de lo anteriormente cometido; por una parte pueden surgir pensamientos de enojo, humillación o vergüenza por haber intentado suicidarse, o caso contrario es el de afrontar su situación y dar pasos para seguir adelante y hacer frente a los futuros pensamientos sobre el suicidio.

Las siguientes informantes replantean su vida y empiezan a encontrarle un nuevo sentido a esta, refiriendo el inicio de la construcción de una serie de sueños y esperanzas, se sienten mejor consigo mismas y son capaces de controlar las situaciones estresantes y al mismo tiempo aprender a vivir con dichos pensamientos suicidas.

¹ I1 E1 (Informante1 entrevista1)
² I3 E2 (Informante3 entrevista2)

I1: E1 "Pues ahora pienso que fui bruta al hacer eso, porque hay que disfrutar la vida, yo lo hice por boba porque pa mi eso es un pecado, entonces ahora yo entendí bien las cosas que no debo hacer.....ahora estoy pensando a ver si me consigo un buen trabajo, es que mi sueño es comprarle unas cosas buenas a mi mama y tenerla mejor"

I3: E2 "uno como queda con esa sicosis, yo no sé que será eso pero uno como que queda ahí con la idea, pero yo cada vez que pienso en eso, me acuerdo por todo lo que pase, me acuerdo del daño que le causé a las demás personas, y me acuerdo del daño que me causé yo misma, que eso es horrible, eso no es una cosa agradable créamelo, y que por más de que lo piense no lo volvería a hacer."

En caso contrario están aquellas personas que no son capaces de recuperarse de este suceso, por lo que van a frecuentar ideas suicidas que van a ser desencadenadas por cualquier suceso de conflicto o pérdida del control de la situación y esto los obligará a llevar una vida atada a estos pensamientos y a querer cometer este evento una y otra vez.

I2: E1 " como adictivo eso, se vuelve una adicción pero yo, ya no con cuchillo ni nada de eso, no soy capaz, los tengo en la mano no puedo por más que este llorando y me sienta ciega, no puedo me quedo hay tirada, llorando, pero si lo he intentado con pastillas, de hecho me intoxique pero esa vez no me llevaron al hospital, me quede en la casa estaba sola, me quede hay sola llevando el mal."

Fuerzas internas que me llevan al abismo

En el interior de cada una de las informantes, se evidencian (expresadas por ellas mismas) fuerzas internas, las cuales describen como voces que surgen de su yo interior y las conduce a cometer cosas inexplicables de las cuales refieren no tener el control en ningún momento, e igualmente ser culpables por dejarse llevar de sus impulsos.

I1: E2: "...El diablo me ha tentado pa' mi eso es tentar al diablo que lo provoque a uno que se mate por dolor....cuando yo estaba así, llorando, en la mente me decía que agarrara el pote completo de creolina y me lo tragara, y yo por eso lo hice, por eso me lo tomé"

Al mismo tiempo, juega un papel importante en cada una de ellas, el impulso que surgió de su interior en ese momento, para querer cometer el acto que las condujo a acabar inminentemente con sus vidas; además, la toma de la decisión para cometer este hecho fue algo que en una de las informantes surgió como respuesta al

¹ I1 E2 (Informante1 entrevista2)
² I2 E2 (Informante2 entrevista2)

sentimiento de “desprendimiento del mundo”, en donde refiere no pertenecer al contexto y la “invitación al autodaño” de parte de las personas que se mueven a su alrededor, ya que dicha informante no concibe ni tolera que las personas ajenas a ella se sientan felices.

I2:E2 “... la gente sin querer lo invita a uno hacer este tipo de cosas, como si me quisieran hacer daño, eso, de pronto eso ha sido el tipo de fuerza extraña, es como del ambiente... me he sentido desprendida del mundo, me he sentido como que no pertenezco a el mundo me he sentido sorda como ciega, como muy vacía...”

Buscando ayuda

Después de haber vivido todas estas situaciones y de haber replanteado cada una de sus acciones, las informantes comienzan a abrir puertas, buscando una mano amiga que se extienda como soporte ante sus problemas; dichas ayudas surgen de amigos, familiares y profesionales, quienes pueden brindar ese apoyo y tranquilidad que necesitan estas personas, logrando en ellas la reflexión de lo anteriormente cometido, y así mismo, demostrándoles la importancia de la vida y orientándolas en la elección de el rumbo perdido.

I1E2: “...Mi esposo me llevó a un ayuno cristiano, y ahí empecé a orar y me dieron consejos las evangélicas, diciéndome que no le diera importancia a eso, ya que todos somos importantes para Dios, y la vida es muy importante... fui como tres días y yo me sentía alegre y ahí pensé que yo si fui tonta al intentarme matar.”

I3E1: “...Después de eso me tuvieron en tratamiento con un psicólogo, eso eran unas sesiones y unas terapias que le hacían a uno reflexionar y a pensar, eso lo va ayudando a uno y pues como que también me empecé a acercar más a Dios y cambie mi manera de pensar, ó sea le di un giro a lo que yo pensaba.”

En ocasiones se buscan dichas ayudas inconscientemente como medida desesperada que quizás, sea una alternativa a la que jamás hubiesen pensado, logrando así la creación de lazos fuertes de amistad y apoyo espiritual durante el afrontamiento de su proceso de recuperación con el fin de sobrellevar las posibles recaídas y pensamientos suicidas.

I2:E1: “...Yo después de eso busqué a un padre, pues eso fueron recomendaciones de mis amigas, pues yo religiosa no soy, pero en esos momentos, uno tiene que atarse de lo que sea como medida desesperada, como intentar buscar paz y pues la verdad tuve una charla con ese señor... es una persona que puedo llamar en cualquier momento, contarle que me siento mal, tengo un problema, me volví a deprimir, no he podido dormir, y él me ayuda, me dice que me calme y me llena de paz...”

Conclusiones

En cuanto al resultado de la caracterización de la población suicida en el presente estudio, se habla que el grupo etéreo con más tendencia a cometer este acto es la población femenina.

En cada una de las informantes se evidencian sentimientos de soledad, de incompreensión y de infelicidad, los cuales las llevan a pensar en el suicidio como la única solución a sus problemas, en el momento de cometer el acto; el dolor, el desespero y la falta de amor son los sentimientos que dan el último impulso para autoagredirse y así ponerle fin a su sufrimiento.

Las relaciones interpersonales de las informantes sobresalen por ser conflictivas y tormentosas, las cuales hacen surgir en cada una de ellas rabia e infelicidad y el deseo de aislarse de aquel contexto que juega un papel tan importante y tan decisivo a la hora de enfrentar las diferentes situaciones de su diario vivir. El objetivo de estos vínculos familiares y amorosos, es el de ayudar a sobrellevar las situaciones difíciles, pero en estos casos, lo que hacen es impulsar los deseos de autoagresión de las mismas.

Los deseos por cambiar su historia y modificar su pensamiento y su modo de actuar, surgen por el afán de no sentirse estigmatizadas y señaladas por la sociedad, logrando con esto sobrevivir, controlando los pensamientos suicidas; en caso contrario están las personas que no superan estos acontecimientos y ven del intento de suicidio como una adicción en busca de paz interior, de forma similar.

Con el estudio se evidenció que las informantes manifiestan la presencia de fuerzas internas que las impulsan a cometer acciones contra ellas mismas; dichas fuerzas, son voces internas que retumban en su interior, o simplemente acciones de las demás personas que hacen surgir en ellas traumas que identifican como agresiones hacia ellas por parte del entorno.

Bibliografía

(1) Ana; WASSERMAN, Camilla. "Proceso de suicidio, anuncio de suicidio y situación psicosocial de jóvenes con intento de suicidio". Hanoi, Vietnam. Abril 2008; p. 49. Disponible en: <<http://www.contener.org/zonalv/adj12.pdf#page=3>> [Consultado el 3 octubre del 2009]

(2) BASE VESAME SUICIDIO-ESTADISTICA 2009. Oficina de Salud Mental, Instituto Departamental de Salud. Cúcuta 2009. [Consultado el 4 octubre del 2009]

(3) BERLOTE, José; PORTER, David. "El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)." Día Mundial para la Prevención del Suicidio 3 p. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.htm>> [Consultado el 10 septiembre del 2009]

(4) CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA, Capitulo I. De los Derechos Fundamentales, art. 11. p. 2. Disponible en: <<http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>> [Consultado el 3 octubre del 2009]

(5) DAVID SUE, DERALD SUE, STANLEY SUE. Comportamiento anormal, 4a. Edición, Mc Graw Hill, 1996, p. 382-389. [Consultado el 10 octubre del 2009]

(6) EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES Rush University Medical Center, Chicago, Illinois 3 p. Disponible en: <<http://www.rush.edu/spanish/speds/mentalhealth/suicide.html>> [Consultado el 4 octubre del 2009]

(7) ESCOBAR VERA, Hernando. "El suicidio es la cuarta causa de muerte para los jóvenes en el mundo." Bogotá 2007. Disponible en: <www.unal.edu.co/uncontexto/inf_especial_009.htm> [Consultado el 4 octubre del 2009]

(8) FLORENCIA. "Definición ABC, Una guía única en la red." Publicado Noviembre 20, 2008 en [Social](#).

Disponible en: <<http://www.definicionabc.com/social/sentimientos.php>> [Consultado el 10 octubre del 2009]

(9) GONZÁLEZ FORTEZA, Catalina; BERENZON GORN, SHOSHANA; TELLO GRANADOS, Ana M^ª; DULCE FACIO FLORES; MEDINA-MORA ICAZA, Elena. "Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes." Salud pública de México / Vol.40, no.5, septiembre-octubre 1998. Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1998/vol%2040%20n5/40_n5%20ideacion%20suicida.pdf> [Consultado el 15 octubre del 2009]

(10) HUSSERL, Edmund. "Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica." 3a. ed. México, 1986. p. 10. Fondo de Cultura Económica. Argentina Disponible en: <<http://www.fce.com.ar/ar/libros/detalles.aspx?IDL=5766>> [Consultado el 15 octubre del 2009]

(11) MARTÍNEZ G. Ángela Y Guinsberg, Enrique. "Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco." Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, ISSN: 0120-386X, Vol. 27 N°1, 2009, p. 32-38. Universidad de Antioquia, Colombia. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12027106.pdf>> (Consultado 15 de septiembre de 2009)

(12) PS. RIVAS MEDINA Alicia de los Ángeles. "Vivir para morir: intento de suicidio en adolescente" Universidad Católica de Santa María. Perú 2006. 12 p. Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos70/vivir-morir-suicidio-adolescente/vivir-morir-suicidio-adolescente2.shtml#teoriassoa>> (Consultado 15 de septiembre de 2009)

(13) TUESCA MOLINA Rafael, NAVARRO LECHUGA Edgar. "Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio." Salud Uninorte, Universidad del Norte, ISSN: 0120-5552, N° 017, Colombia, 2003. p. 19-28. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/817/81701703.pdf>> [Consultado el 3 octubre del 2009]

Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

Between the uncertainty and the hope: perceptions and motivations of the patients hospitalized in the Unit of Intensive Cares (UCI)

Gloria Esperanza Zambrano Plata*
Ferreira Cardona Jaydi Carolina**
Albeiro Antonio Lindarte Clavijo**
Claudia Josefina Niño, Bayona**
Nancy Rocío Ramírez Rodríguez**
Lendy Yaneth Rojas Bautista**

Resumen

La presente es una investigación de naturaleza cualitativa, fenomenológica, que tiene como objetivo conocer el significado de las vivencias del paciente durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Dumían de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) con relación a su estado de salud.

La muestra estuvo conformada por 3 pacientes mujeres seleccionadas con muestreo por conveniencia, los cuales cumplieron con criterios de inclusión, debían ser pacientes mayores de 18 años, sin secuelas neurológicas, con más de 8 días de hospitalización y aceptarían participar activamente en la investigación.

Para la recolección de información se utilizó la entrevista a profundidad como medio para la recolección de los datos.

Los resultados más significativos que arrojó el estudio se encuentra la elección de 6 grandes dimensiones en

las cuales se pudo agrupar la información suministrada por las participantes.

Dentro de estas dimensiones se encontró que las pacientes desconocen el verdadero significado de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el personal profesional de salud es fundamental para ellas, tienen muchas motivaciones para salir de allí, su principal base es la familia, tienen recuerdos negativos de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con sus familiares y no dejan a un lado sus raíces culturales, las cuales influyen en su hospitalización.

Palabras claves:

Cuidado crítico, Sentimientos, vivencias.

Summary

Present it it is an investigation of qualitative nature, phenomenological, that takes as a target to Know the meaning of the experiences of the patient during his hospitalization in the Intensive care unit (UCI) Dumían of that of This University Hospital Erasmo Meoz (HUEM) in relation to his state of health.

The sample was shaped by 3 patient women selected with sampling by expediency, which expired with inclusion criteria, they had to be patient older than 18 years, without neurological aftermath, with more than

*Enfermera. Docente de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: gloria91@hotmail.com

**Estudiantes del programa de enfermería V semestre, Universidad Francisco de Paula Santander, E-mail: jaydilee_88@hotmail.com

8 days of hospitalization and they will accept to take part actively in the investigation.

For the information compilation the interview was used to depth like way for the compilation of the information. The most significant results that the study threw there is the election of 6 big dimensions in which it was possible to group the information given by the participants.

Inside these dimensions one found that the patients do not know the real meaning of the Intensive care unit (UCI), the health professional personnel is fundamental for them, they have many motivations to go out from there, his principal base is the family, they have negative memories of an Intensive care unit (UCI) with his relatives and do not leave aside his cultural roots, which influence his hospitalization.

Keywords:

Taken care of critical, Feelings, experiences.

Introducción

La terapia intensiva es un campo de la salud, que se ocupa de brindar atención especializada a pacientes en estado crítico que necesitan atención y observación constante debido a la severidad de sus patologías. El concepto actual de terapéutica intensiva, comprende la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéuticas modernas, que se utilizan en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la sustitución temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base, que ha dado lugar a estos trastornos y teniéndose en cuenta que tales medidas y al final de la terapéutica, proporcionarán una buena calidad de vida para el futuro.

Estas unidades tienen unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que

le son propias. Se trata de un servicio central que prestará asistencia a los pacientes en situación crítica, con patologías de cualquier tipo politraumatizados, post-quirúrgicos, patologías respiratorias, coronarios, en íntima colaboración con los demás servicios hospitalarios, especialmente con el área de emergencia¹. Por otro lado, el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), supone un estrés para el paciente y sus familiares, que está originado no solo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existe entre este y la familia².

Las vivencias son aquellas situaciones que experimenta el ser humano durante su proceso de desarrollo biopsicosocial, y en cualquiera de los ámbitos de la vida, permiten actuar de diferentes maneras y suele estigmatizar las cosas de tal forma que todo lo que se relacione con la situación va a ser de carácter positivo o negativo según haya sido la experiencia.

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

La experiencia vivida por los pacientes durante el padecimiento de una enfermedad grave es una

¹ PERDOMO, Cruz Rafael Giovanni. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos, Revista Médica Hondureña - Vol. 60 -1992. p. 49-52. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf> (Consultado el 25 de septiembre de 2009).

² SANTANA, Cabrera L y Colb. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: Percepción de los familiares y del profesional, Revista Medicina Intensiva ISSN: 0210-5691 Vol. 31 N° 6, España. 8 p. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000600002&script=sci_art_text (Consultado el 25 de septiembre de 2009).

experiencia novedosa, inesperada, “relevante” y “dura” para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo en la mayoría de los casos. La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se plantea como un medio para tratar de solucionar las dificultades asociadas a este tipo de enfermedades; sin embargo, esta hospitalización no está exenta de contribuir para que la experiencia de enfermedad sea difícil³.

Los sentimientos son aquellos que permiten actuar de diferentes formas frente a situaciones de la vida cotidiana, que no todos los seres humanos lo vivencian o experimentan de igual manera. Por otra parte, los sentimientos son de dos tipos: profundos y duraderos o superficiales, o variables o intercambiables con otros sentimientos⁴.

Para las personas el estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa muchas vivencias; Estas nunca estuvieron dentro de sus pensamientos y las cuales significan un proceso de adaptación complejo debido a que es un entorno de mucha incertidumbre porque puede significar amenaza para la vida.

Los sentimientos son parte esencial de una persona en la vida cotidiana y al tener que enfrentar un proceso de enfermedad se generan en el individuo una serie de preocupaciones que pueden interferir en su recuperación, la angustia, el sufrimiento y la inestabilidad son principalmente los que se experimentan frente a esta situación, más aún cuando el paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Es muy difícil en la vida del ser humano tener que vivenciar una hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); en la sociedad la mayoría de las personas, este término se relaciona con pronóstico reservado y muerte, es ahí donde la enfermería juega un papel muy importante, brindando cuidado humanizado e integral al paciente y apoyando el proceso de recuperación.

Materiales y Métodos

En esta investigación se utilizó la entrevista a profundidad como método principal para la recolección de datos, apoyados en la observación y notas de campo que se realizaron en el momento de la entrevista, esto permite un análisis detallado del significado de las vivencias de las informantes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se pudo interpretar y correlacionar todos estos aspectos que puedan generar resultados a la presente investigación.

Se utilizó la grabadora de voz, para su posterior reproducción, se hizo con el consentimiento de las informantes donde se les explicó la importancia que ellas tenían para la investigación y lo vital que era el brindar la información exacta y precisa sobre estas experiencias.

La entrevista tenía como pregunta principal, ¿Qué significó para usted haber estado hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? La misma daba respuesta al objetivo principal de la investigación, donde a partir de esta se derivaron una serie de preguntas que permitieron profundizar la situación, hasta que se alcanzó el grado de saturación de información necesaria para cumplir con los objetivos específicos.

Objetivos

Objetivo General

Conocer el significado de las vivencias del paciente durante su hospitalización con relación a su estado de salud.

³ BELTRAN SALAZAR, Oscar Alberto. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos, Universidad de Antioquia. Medellín. 2007. 105 p. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/153> (Consultado el 25 de septiembre de 2009).

⁴ POLO, Leonardo. Los sentimientos humanos, Conferencia, Revista Internacional d'Humanitats -Piura, 1998 (Barcelona: Universidad Autónoma), n° 3. 7 p. Disponible en: http://www.iterhominis.com/03_Polo/04_Coloquios/Sentimientos_Humanos.htm [Consultado 25 de septiembre de 2009].

Objetivos Específicos

Analizar que significó para el paciente la estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Describir los sentimientos que marcaron la estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Identificar los factores que influyeron en su proceso de recuperación.

Resultados y Discusión

Se hizo el análisis de las características sociodemográficas de las pacientes; en el cuadro 1, se observa que son personas de diferente estado civil, con primaria incompleta y se encuentran entre 55 y 65 años.

Cuadro 1. Resumen características sociodemográficas pacientes Unidad de Cuidados Intensivos. Cúcuta. 2009.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES UCI DUMIAN CÚCUTA 2009	INFORMANTES
Edades	Entre 55 y 65 años
Estado Civil	Casada, divorciada y viuda
Nivel Socioeconómico	Nivel 2 y 3
Nivel Educativo	Primaria incompleta
Ocupación	Amas de casa y trabajadora independiente

Fuente: Cuadro relación característica sociodemográficas pacientes Unidad de Cuidados Intensivos

Un viaje hacia la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Realidad inesperada

El significado de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños que pueden afectarles de un modo negativo⁵.

⁵ GÓMEZ, Carretero P y Colb. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos, Revista Medicina Intensiva ISSN: 0210-5691, Vol 31. N°6. Madrid. 2007.13 p. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=pt&nrm=\[Consultado el 10 de octubre de 2009\].](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=pt&nrm=[Consultado el 10 de octubre de 2009].)

La palabra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) genera en el individuo un impacto y una gran variedad de sentimientos debido a que es algo que siempre se asocia a muerte y para lo cual la persona no tuvo ninguna preparación, ya que en muchas ocasiones el personal solo se limita a decir al paciente que va a ser trasladado a otra Unidad y no le explica que significa eso, permitiendo que el individuo idealice un concepto errado.

I1 E1 “Yo sentí mucho miedo, preocupación, porque nada yo no conocía eso, ni sabía que era una unidad de cuidados intensivos...”

I1E1 (Informante1 entrevista1)

Las pacientes del presente estudio expresaron que en el momento que recibieron la noticia que iba para Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) fue algo que generó mucha preocupación y ansiedad ya que no conocían el verdadero significado de esto, por tal motivo pensaron que su salud estaba en peligro y que podían morir.

En concordancia con lo expresado por un informante en un estudio realizado por Barbosa de Pinho (2006), en Provincia de Santa Catarina, Brasil, en donde el informante expresa "Yo comencé a tener problemas serios con la respiración, falta de aire, y ahí fue cuando vino la noticia de usted va para Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), bueno, ahí quedé dos veces sin piso debajo de los pies... es un proceso complicado...".⁶

También las informantes refieren que una de sus mayores preocupaciones en el momento de recibir la noticia del traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es el miedo a la muerte, pues piensan que su vida llegó hasta ahí y que ya no hay nada más que hacer.

¹² E2: "Pues la muerte, yo pensaba que venía por mí que me iba a cargar, pero yo soy muy pesada y no pudo conmigo, que angustia y que miedo pensar si me moría o no, me daba miedo morirme".

Siendo este aspecto en común en las tres informantes concuerdan con un estudio realizado por Beltrán-Salazar (2009), en la ciudad de Medellín, Colombia, donde expresa el sufrimiento que acompaña a la enfermedad tiene varios componentes tales como el tiempo de duración del mismo, la sensación de abandono y soledad, ansiedad, angustia, tristeza, llanto y temor, la alteración de la imagen corporal y la angustia ante la muerte.⁷

Otro aspecto de gran importancia en el presente estudio es donde las participantes refieren que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) era un sitio demasiado aislado de la vida diaria y el tiempo se les hacía demasiado largo, perdiendo la noción del mismo y esto les ocasionaba estar preguntándole al personal la hora en cada momento.

¹¹ E1 "Yo no pensaba sino en que aclarara ligero pa ver, me preocupaba saber si era de día o era de noche..."

Estas opiniones concuerdan con un estudio realizado por M Del Barrio, en España (2001), donde la mayoría de los entrevistados manifestaron haber tenido dificultad para la orientación temporal sin que esto fuera motivo de preocupación, estando esta parte en contraposición al presente estudio ya que para las informantes si era motivo de incomodidad el no saber qué hora era.⁸

El personal de Unidad Cuidados Intensivos (UCI): Un ángel guardián

El personal de enfermería juega un rol muy importante en la salud del ser humano, siendo este quien tiene la responsabilidad directa de promocionar la salud, prevenir la enfermedad, proporcionar tratamiento oportuno, participar en la rehabilitación y aliviar el sufrimiento de las personas, la aplicación de lo anteriormente mencionado es importante para el fortalecimiento de la relación enfermera paciente.

Mejía Lopera, María Eugenia (2006), construyó un modelo de cuidado para enfermería que plantea cómo en las relaciones interpersonales con los pacientes, la enfermera puede acercarse a los significados que éstos asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, para incorporarlos al cuidado y

⁶ BARBOSA, de Pinho Leandro y Azebedo dos Santos, Silvia María. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, 2006. Revista Index Enfermería Vol. 15 n° 54. ISSN: 1132-1296. 2006. 8 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200004&script=sci_arttext [Consultado el 10 de octubre de 2009].

¹² E2 (Informante2 entrevista2)

⁷ BELTRÁN, SALAZAR Óscar Alberto, La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo, 2009. p. 23-37. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3001450> (Consultado el 10 de octubre de 2009).

⁸ DE BARRIO, M. y Colb. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico, Revista Enfermería Intensiva ISSN: 1130-2399, VOL. 12 N° 3, 2001. P. 135-145. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013710> (Consultado el 12 de octubre de 2009)

ayudarlos a dirigir sus potencialidades hacia formas útiles para sobrellevar sus dolencias.⁹

⁹ I3 E1: “la atención fue buena todo el tiempo que estuve allá en la Unidad de Cuidados Intensivos Damian se portaron muy bien conmigo, eso significó esperanza para mí, porque allá ven por la recuperación de los enfermos, allá todo es muy bonito se preocupan mucho por uno, por cómo se encuentra, por su salud, como amanece uno cada día, si se ha recuperado o no, si se siente mal para poder hacer algo”.

La información recolectada por las informantes coincide con las opiniones de informantes de un estudio realizado por M Del Barrio, en España (2006), donde los participantes relataron que se sintieron muy bien cuidados, describiendo la actitud de amabilidad y delicadeza mostrada por las enfermeras.¹⁰

En la presente investigación se puede concluir que para las informantes fue de vital importancia el papel del personal de enfermería en su recuperación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), refieren que fue muy bueno y humanizado en todos los aspectos.

De la misma forma la segunda informante expresó “que el personal de salud le brindó una atención oportuna durante su estancia en la Unidad, ya que cada vez que algo le aquejaba era atendida de forma oportuna e inmediata”.

Situación similar es referida por M Del Barrio, en España (2006), donde se encuentra que los informantes percibieron que recibían una atención constante reflejada en actuaciones concretas y continuas de las enfermeras para aliviarles las incomodidades.¹¹

A su vez se refleja por las informantes que sus necesidades básicas se veían alteradas ya que el

ambiente era diferente a sus casas y todo tenía que hacerse según las normas de la institución.

¹¹ I1 E2: “No a mi no me gustaba eso porque era muy poquita agua pa bañarlo a uno, yo que toy enseñe a soltar la llave”

A su vez lo anterior coincide con el mismo estudio mencionado anteriormente M Del Barrio, en España (2006) donde las incomodidades derivadas de la alteración de sus necesidades básicas fueron las más destacadas por los pacientes causándoles preocupación.

La salida de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Una explosión de vida

Para el ser humano la salida de la Unidad Cuidados Intensivos (UCI) es importante ya que representa de alguna u otra manera su recuperación, lo que indica una nueva oportunidad de vida y esperanza para continuar con su perspectiva a futuro y poder seguir desarrollando en el ámbito familiar, social y cultural, ya que para el individuo la recuperación representa el salir adelante, construir una nueva trayectoria de vida, muchas veces junto a su familia lo cual indica recapacitar sobre su estado, lo que lleva al individuo a tomar medidas acerca de su salud, generando así una disposición para su propio autocuidado.

Se resalta el interés del individuo por salir de esa situación para seguir con sus actividades diarias en especial con su trabajo y de reincorporarse a su vida, por lo cual se muestra el interés por su pronta recuperación, en concordancia con lo descrito por Blanca Gutiérrez y Colb (2008), donde la salida de la Unidad se vivencia como algo muy positivo, como una “explosión de vida”.¹²

⁹ MEJÍA LOPERA, María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado, España, 2006. Citado por: Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. España: Salvat Editores; 1990, p.64. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200010&script=sci_arttext Clínico> (Consultado el 12 de octubre de 2009).

¹⁰ I3 E1 (Informante3 entrevista1)

¹⁰ DELBARRIO, M. A. y colb, Op. Cit., 6

¹¹ Ibid., p. 4

¹¹ I1 E2 (Informante1 entrevista2)

¹² BLANCA, GUTIÉRREZ J.J., Blanco Alvaríño, A.M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión sistemática de estudios cualitativos, Revista Enfermería Global ISSN: 1595-6141 n°12. 2008. 14 p. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842> (Consultado el 13 de octubre de 2009).

La columna vertebral del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): La familia

La familia es la base de la convivencia social de las personas y es a través de ella que se aprende a pensar, actuar, reaccionar, recibiendo enseñanzas éticas, morales, religiosas, en fin, se constituye la personalidad y manera de ver y vivir en el mundo externo. Familia es más que una simple reunión de personas, se constituye en un todo único, o sea, un sistema complejo originado a partir de las personas que adoptan una característica singular de manifestarse y entender la vida.¹³

Para los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) aquello que más los motivaba a salir de su estado y procurar por una óptima recuperación siempre fue su familia:

I1 E1: “Claro que yo quería salir adelante, todo me motivaba, la familia, yo tengo cinco hijos, y por supuesto que quería estar de nuevo con ellos”. “Pos eso si eran mis chinitos, mis hijos, porque ellos lo son Todo para mi, ya tan grandes y hasta casaos pero no importa, son mi vida.”

La familia siempre se va a encontrar ligada a todas las etapas por las que el ser humano atraviesa, en concordancia con lo descrito por Barbosa de Pinho (2006), en donde se toma la familia como una red de relaciones inherentes al ser humano.¹⁴

Las experiencias anteriores en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Un pasado oscuro

Las experiencias anteriores que los pacientes han vivido con respecto a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) influye en cuanto a la percepción de esta, que puede ser tanto positiva como negativa; lo que significa que sus experiencias y vivencias influyen de una manera importante y significativa en como el paciente afronte determinada situación, y cuando el aspecto

concierna a su estado de salud-enfermedad esta tiende a tener un mayor significado, evocando estas experiencias de una manera inmediata lo que hace que fluyan, surjan sentimientos en el instante que el paciente se da cuenta que está en dicha Unidad.

I2 E1 “Cuando entraron a un marido de la hija mía, ahí se murió, así no era la Unidad de Cuidados Intensivos, porque cuando yo fui en ese entonces era muy malo el servicio”

I3 E3 “es que también un hermano estuvo allá, el ya murió”.

El haber vivenciado una hospitalización de un familiar o alguien cercano bien sea en cualquier servicio del hospital genera una variedad de sentimientos encontrados que hacen que la persona se predisponga ante la situación en el momento que la está viviendo como propia, esto depende de cómo haya sido la experiencia pasada.

Pacientes de la investigación tienen en común una experiencia pasada negativa con la hospitalización de un ser querido, lo que ayudó a que las informantes en el momento de enfrentar las situación actual de su estado de salud evocaran esos recuerdos, perjudicando su proceso de afrontamiento.

La cultura: aspectos ineludibles de los seres humanos

Los aspectos culturales se ven influenciados del entorno social y del contexto con que se expresen o las manejen las personas, depende de los diferentes hábitos de vida y al ritmo al cual están acostumbrados, por lo cual se manifiestan en diferentes aspectos como: la preferencia de género, actividades cotidianas y percepción del rol de la enfermera(o).

La Preferencia de género se expresa como la incomodidad por parte del paciente hacia la atención proporcionada por el personal masculino de enfermería, al recibir ayuda para realizar sus necesidades básicas en esta investigación, ya que las informantes eran mujeres.

¹³ BARBOSA, de Pinho Op. Cit., 3

¹⁴ *Ibid.*, p. 5.

¹ I1 E1 (Informante 1 entrevista 1)

² I2 E1 (Informante 2 entrevista 1)

³ I3 E3 (Informante 3 entrevista 3)

I2:E3: "Chamo como yo le dije es muy incomodo porque, imagínese el día que me pusieron esa sonda para orinar fue ese muchacho, imagínese y ese muchacho cuando me coloco la sonda, además que me dolía, me sentí incomoda eso hacía que me sintiera como rara, que me sintiera mal, si en cambio, hubiera sido una mujer me sentiría mejor"

La preferencia por el personal femenino es debido a que una de sus características es que por el hecho de ser mujer son en ocasiones más delicadas y prudentes en el manejo de las intervenciones, lo cual indica que es un cuidado más apropiado de acuerdo a las condiciones que se presenten con la paciente.

Con relación a las actividades cotidianas, se proyecta la manera en la cual las personas están acostumbradas a trabajar o realizar sus diferentes actividades diarias, todo esto depende del nivel socioeconómico y cultural al que pertenezca el individuo, todo esto se ve afectado y es extrañado por los pacientes en el nuevo mundo en el cual no tienen ni pueden hacer nada de lo que realizan habitualmente.

I1: E2: "Se le pasa a uno por la cabeza, trabajar, tar en la casa, quería irme ya pa la casa, tantas cosas que tiene uno en la casa, yo que no me la paso es quieta, , yo hago desayuno y almuerzo y dejo todo arreglado, trapeo, dejo la casa toda arregla y hecho candado, dejo el almuerzo,..."

En este aspecto se observa que el individuo desea recuperarse en su totalidad para continuar con sus actividades diarias, ya que manifiesta ansiedad por la incapacidad que su enfermedad le genera para continuar con su vida, debido a que es una persona que se encuentra activa constantemente por lo tanto refleja que la estancia en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) le impide el desarrollo de su vida cotidiana.

Según algunos aspectos culturales de los pacientes interpretan de una forma diferente el papel de la enfermera(o), ya que unos la ven como algo obligatorio porque para eso les están pagando y otras lo ven como un sacrificio de aguantarse a tantos enfermos que necesitan mucha atención.

I2 E1: "ese es su trabajo, les pagan, pero pobrecitas, es que eso de ver por otro es arrecho y yo trataba de no darles tanto motivo"

Conclusiones

La falta de conocimientos sobre una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) interfiere en el proceso de afrontamiento de la hospitalización.

El personal de enfermería juega un papel muy importante en el ámbito hospitalario, no solo realizan actividades asistenciales, sino que brindan seguridad y confort aliviando no solo el sufrimiento físico sino también espiritual.

La familia es la base fundamental de la sociedad, lo cual significa que para el paciente que está hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es primordial el apoyo y respaldo que reciban de estos para su proceso de afrontamiento de la enfermedad.

El antecedente de hospitalización influye en la forma de percibir la enfermedad actual del paciente ya que su capacidad de afrontamiento va a depender de que tan positivas o negativas hayan sido dichas experiencias

Bibliografía

(1)ARIAS Valencia, María Mercedes, BELTRAN SALAZAR, Oscar Alberto. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Medellín 2007. 105 p. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/153> (consultado 25 de septiembre de 2009)

(2)BARBOSA, de Pinho Leandro y Azebedo dos Santos, Silvia María. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, 2006. Revista Index Enfermería Vol. 15 n° 54. ISSN: 1132-1296. 2006. 8 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200004&script=sci_arttext [Consultado el 10 de octubre de 2009].

(3)BELTRÁN SALAZAR, Óscar Alberto. La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado

Intensivo, 2009.p. 23-37. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3001450> (Disponible 10 de Octubre de 2009)

(4)BELTRAN SALAZAR, Óscar Alberto. Hacerse entender: La experiencia de pacientes sometidos a Ventilación Mecánica sin efectos de sedación, 2008. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules.php/index.php/iee/article/viewFile/175/427> (Disponible 10 de Octubre de 2009)

(5)BLANCA GUTIÉRREZ, Joaquín Jesús y colb. El padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo, 2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100005&script=sci_arttext (Consultado el 13 de Octubre de 2009)

(6)BLANCA, GUTIÉRREZ J.J. Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión sistemática de estudios cualitativos, Revista Enfermería Global ISSN: 1595-6141 n°12. 2008. 14 p. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842> (Consultado el 13 de Octubre de 2009)

(7)DE BARRIO, M. y Colb. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico, Revista Enfermería Intensiva ISSN: 1130-2399, VOL. 12 N° 3, 2001. P. 135-145. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013710>(Consultado el 12 de octubre de 2009)

(8)GÓMEZ, Carretero P y Colb. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos, Revista Medicina Intensiva ISSN: 0210-5691, Vol 31. N°6. Madrid. 2007.13 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=pt&nrm=iso [Consultado el 10 de octubre de 2009].

(9)MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 del 4 de octubre del 1993 artículo 11

(10)PERDOMO CRUZ, Rafael Giovanni. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos, Revista Médica Hondureña - Vol. 60 -1992. p. 49-52 Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf> (Consultado el 25 septiembre de 2009)

(11)POLO, Leonardo. Los sentimientos humanos, Conferencia, Revista Internacional d'Humanitats - Piura, 1998 (Barcelona: Universidad Autónoma), n° 3. 7 p. Disponible en: http://www.iterhominis.com/03_Polo/04_Coloquios/Sentimientos_Humanos.htm (Consultado el 25 septiembre de 2009)

(12)SANTANA, Cabrera L y Colb. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: Percepción de los familiares y del profesional, Revista Medicina Intensiva ISSN: 0210-5691 Vol. 31 N° 6, España. 8 p. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000600002&script=sci_arttext (Consultado el 25 septiembre de 2009)

(13)SERRADAS FONSECA, Marian. Una experiencia de trabajo en el contexto hospitalario: Programa de atención psicopedagógica para el niño y adolescente oncológico y su grupo familiar, Extramuros. Mayo 2005, vol.8, no.22 [citado 04 Octubre 2009], p. 211 - 229. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-74802005000100011&lng=es&nrm=iso (Consultado el 25 septiembre de 2009)

(14)SOLANO RUIZ, M^a del Carmen y colb. Las vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos, 2005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000300006&script=sci_arttext (Consultado el 25 septiembre de 2009)

Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos

Facing against the enfermedad in patients oncológicos

Ivonne Díaz Castellanos*
 Dariana Belén Velásquez Pérez**
 Kelly Carolina Rodríguez Jaramillo**
 Yirle Grecia Ortiz Claro **
 Jorge Alexander Jerez Molina**
 Liz Angélica Buitrago Corredor**
 Yurley Dayana Moreno Vera**

Resumen

Con el objetivo de determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico en pacientes oncológicos del programa de cuidado en casa, se realizó un estudio de tipo fenomenológico con abordaje cualitativo.

La población estuvo conformada por los pacientes oncológicos inscritos al Programa de Cuidado en Casa o que han recibido atención de la IPS UNIMEDICA de Villa Del Rosario.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional; en el estudio participaron tres pacientes con diagnóstico de cáncer con un periodo de conocimiento de la patología mayor a seis meses.

La entrevista a profundidad, las notas de campo y la observación fueron los métodos de recolección de información, además se utilizó la grabadora de voz para facilitar la transcripción y respectivo análisis de cada una de las entrevistas.

Los resultados arrojados por la investigación evidencian tres fases de afrontamiento (Fase de prediagnóstico, diagnóstico y postdiagnóstico) por las que atraviesa el paciente con diagnóstico de cáncer.

Se puede concluir que las personas en su vida cotidiana generalmente no acostumbran a tener conductas de prevención hasta que perciben amenazas para su salud, también se evidenció que después de pasar por la incertidumbre acerca de un posible diagnóstico, las personas desarrollan mecanismos de defensa en cuanto al diagnóstico positivo, las cuales generan conductas adaptativas al proceso de enfermedad, mientras que otras suelen aislarse y esconderse del problema logrando con esto un mayor estado de estrés y depresión por la situación en que se encuentra.

Palabras claves:

Cáncer, prediagnóstico, diagnóstico, postdiagnóstico.

Summary

With the aim of determining which are the strategies of facing against the diagnosis in oncológicos patients of the taken care of program of in house, I am realised a study of fenomenológico type with qualitative boarding.

The population was shaped by the oncological patients inscribed to the Program of Care in House or that have received attention of the IPS UNIMEDICA of Villa Del Rosario.

A sampling of intentional nonprobabilistic type was realised; in the study three patients with diagnosis of cancer with a period of knowledge of the pathology greater participated to six months.

* Enfermera. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, E-mail: ivodicas@hotmail.com

** Estudiantes V semestre de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander, E-mail: kelly314_32@hotmail.com

The interview to depth, the notes of field and the observation were the methods of information harvesting, in addition the voice engraver was used to facilitate the transcription and respective analysis of each one of the interviews.

The results thrown by the investigation demonstrate the three phases of facing (Phase of prediagnosis, diagnosis and postdiagnosis) by which crosses the patient with cancer diagnosis.

It is possible to be concluded that the people in their daily life are not generally used to having prevention conducts until they perceive threats for his health, also I demonstrate that after passing through the uncertainty about a possible diagnosis, the people they develop mechanisms of defense as far as the positive diagnosis, which generate adaptive conducts to the disease process, whereas others usually isolate and hide-and-peek of the problem obtaining with this a major been of stress and depression by the situation in which it is.

Keywords:

Cancer, prediagnosis, diagnosis, postdiagnosis.

Introducción

El afrontamiento, es la estrategia que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, para preservar su organismo e integridad física y de esta manera obtener una mejor calidad de vida¹.

En el caso de los pacientes oncológicos el afrontamiento en cuanto a las respuestas cognitivas y

conductuales dependen del significado que tengan sobre la patología y una reacción subsiguiente, es decir lo que el individuo piensa y la actitud como toma el diagnóstico y como enfrenta la enfermedad para reducir la amenaza que supone el cáncer.

Los pacientes que son diagnosticados con cáncer se someten a una situación difícil que desencadena una serie de sentimientos negativos como: temor, sufrimiento, angustia, tristeza, desesperanza que puede generar una disfuncionalidad en el núcleo familiar y así, retardar el proceso de adaptación y/o continuidad de su tratamiento oncológico de base.

El apoyo social es un pilar básico, al ser uno de los factores más influyentes en la respuesta que el paciente tendrá ante la enfermedad y en el mantenimiento de su calidad de vida², ya que estos creen que se sentirán rechazados por su familia y la sociedad.

Las enfermedades y condiciones crónicas exigen políticas públicas y un marco de acción específico en el que la promoción de mejores condiciones de vida y la prevención intervenga factores de riesgo la oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos juegan un papel esencial para mejorar la calidad de vida disminuyendo el impacto económico y social que tienen³.

El propósito de esta investigación es determinar, analizar e interpretar las diferentes estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico del paciente, que sirvan de base para plantear y desarrollar estrategias de comunicación entre el equipo interdisciplinario y paciente que le puedan ayudar en el momento en que se le diagnostica la enfermedad.

²VADILLO, Enrique y Climent Clemente, Maite. Comunicación médico-paciente, 2007. p. 57-63 18-V-07 [On line] <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/9.pdf> [consulta: 19 de Septiembre 2009]

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Instituto Nacional de Cancerología. Plan Nacional para el Control del Cáncer, 2010-2019. 47 p.[On line] <<http://www.cancer.gov.co/documentos/PlanControlCancer.pdf>> [consulta: 19 de septiembre 2009].

¹ CANO, Antonio. Que es el afrontamiento, Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés. 2004. p. 1. [On line]. <<http://www.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>> [consulta: 19 de Septiembre 2009]

Materiales y Métodos

Se desarrollo un estudio fenomenológico con abordaje cualitativo, cuya población estuvo conformada por pacientes oncológicos que recibían atención en la IPS UNIMÉDICA, la muestra estuvo conformada por 3 pacientes con cáncer, (para el cual se aplicó muestreo probabilístico intencional) quienes tenían un tiempo de conocimiento sobre su diagnóstico mayor a 6 meses y accedieron participar en la investigación con previo consentimiento informado.

Para la recolección de los datos se utilizaron entrevistas a profundidad, elaboradas por los investigadores, aplicadas en sitios que proporcionaron confianza a los individuos, en este caso fue el domicilio de los informantes; para facilitar la fluidez de la información, se hicieron entrevistas hasta que se alcanzó la saturación de la información, a cada uno de los informantes con una duración aproximada de 1 hora, con un total de siete entrevistas.

A los pacientes participantes en el estudio se les explicó el propósito de la investigación, los fines académicos, la confidencialidad respecto a sus identidades, así como el carácter voluntario de la participación expresada con la firma del consentimiento informado.

El análisis de la presente investigación estuvo fundamentado en la hermenéutica filosófica, la cual interpreta a profundidad el pensamiento del ser humano; a los datos obtenidos de los informantes se les realizó el análisis apropiado para estudio, el cual se obtuvo por medio de las entrevistas ya transcritas.

Este proceso se llevó a cabo con cada una de las entrevistas, iniciando la codificación axial, en la cual se analizó la relación entre las subcategorías para agruparla en una categoría general creando una explicación más precisa sobre el fenómeno objeto de estudio.

Luego se refinaron las categorías y se integraron alrededor de una categoría o concepto explicativo que

represente el centro del proceso, y que haga que las demás categorías se mantengan enlazadas entre sí. El proceso de codificación y categorización se obtuvo cuando se alcanzó la saturación de la información.

Objetivos

Objetivo General

Determinar las estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico en pacientes oncológicos del programa de cuidado en casa de la IPS UNIMÉDICA de Villa del Rosario.

Objetivos Específicos

Analizar los sentimientos al recibir el diagnóstico como pacientes oncológicos

Determinar la influencia del diagnóstico en las relaciones interpersonales

Identificar los mecanismos de apoyo utilizados en el proceso de enfermedad en los pacientes oncológicos

Identificar las variaciones del afrontamiento frente al diagnóstico según el sexo y la edad de los pacientes oncológicos

Resultados y Discusión

Afrontamiento frente al diagnóstico de la enfermedad

De los participantes, dos son mujeres y un hombre, los cuales tienen características socio demográficas similares, con diagnóstico de cáncer pero con diferente localización.

El primer informante es una señora de 52 años con cáncer de mama y metástasis en pulmón, clavícula y cerebro, el segundo es un paciente de 75 años con

cáncer de próstata y metástasis ósea, la última es una señora de 42 años con diagnóstico de cáncer de mama.

En la presente investigación (como se observa en la Figura 1) se evidencian las siguientes tres fases por las cuales los pacientes oncológicos deben atravesar cuando afrontan su proceso patológico:

prediagnóstico: Es el mecanismo por el cual los pacientes manejan la prevención e incertidumbre que tienen ante una posible enfermedad, teniendo en cuenta el autocuidado, la poca importancia del manejo de la salud, siendo esto lo manifestado por los informantes; la segunda fase corresponde al **diagnóstico:** Es el proceso en el cual los pacientes

utilizan los diferentes mecanismos de afrontamiento como la negación, aturdimiento y fatalismo.

Respecto a la recolección de la información se agruparon en dicha dimensión las atribuciones causales, significado de la enfermedad castigo o camino a la salvación, y acompañamiento familiar.

La última de las fases es la de **postdiagnóstico:** Son los medios o técnicas que utilizan los pacientes para evitar complicaciones y mejorar su estado de salud, ya que con ello incrementa su esperanza de vida y así crean un escudo protector contra la enfermedad. De lo anterior surgieron los siguientes códigos el tratamiento natural, científico y la espiritualidad.

Figura 1. Fases del proceso de enfermedad que deben afrontar los pacientes oncológicos.



Fuente: Mapa de las etapas pacientes oncológicos durante su patología

Incertidumbre por el diagnóstico de la enfermedad

Los informantes refieren conocer la patología, pero no como les puede afectar, evidenciándose que en estos el autocuidado es deficiente, dándole importancia a otras cosas sin tener en cuenta su propia salud. Por esta razón las personas al sospechar que existe un posible diagnóstico de esta enfermedad, frenan su diario vivir para empezar a reflexionar las posibles causas que desarrollaron la patología

Las personas en su vida cotidiana generalmente no acostumbran a tener conductas de prevención hasta que perciben amenazas para su salud, en la presente investigación se evidenció que no se practicaban el autoexamen y no frecuentaban al médico hasta que los signos y síntomas de la patología se manifestaron.

I2:E2 “mis compañeros me decían mándese a chequear, eso no se pierde nada con eso, el médico lo examina y se da cuenta como está usted, yo no les paraba bolas, yo decía que eso eran mentiras, hasta que ahorita ya me tocó en carne propia las cosas y acepte de que uno debe ir al médico antes de sentir cualquier dolor, cualquier cosa debe ir uno al médico para que lo controlen”.

Según Lindemann y Kaplan, citado por TRIVIÑO, Zaider (2005)⁴ en su teoría de la crisis, exponen que los individuos ante una amenaza de la salud responden con mecanismos adaptativos o desadaptativos, en la fase previa a la crisis en este caso la de prediagnóstico, puede desencadenar la percepción individual de peligro y anormalidad de los procesos fisiológicos. Esta crisis no surge de la confirmación del diagnóstico sino de la amenaza percibida.

I3:E1 “Cuando la enfermera me dijo que buscara al médico rápido a mí se me pararon los pelos de punta, mejor dicho me dio escalofríos, entonces cogí la hoja y me fui a buscar al médico que cayera”.

En un estudio Melo, Mesquita (1997). Con mujeres portadoras de cáncer de mama y mastectomizadas, se

ha constatado que el miedo a la recurrencia de la enfermedad por las mujeres está generalmente presente, haciéndose más fuerte por la inestabilidad durante los exámenes de evaluación y control. Estos comportamientos, traducidos por el miedo, ocasionaron un estado de tensión en la familia.⁵

Un gran impacto emocional

Después de pasar por la incertidumbre acerca de un posible diagnóstico, las personas desarrollan mecanismos de defensa en cuanto al diagnóstico positivo, las cuales generan conductas adaptativas al proceso de enfermedad, mientras que otras suelen aislarse y esconderse del problema logrando con esto un mayor estado de estrés y depresión por la situación en que se encuentran.

Los investigados se enfocaron para la resolución del estrés tanto en las emociones como en el problema. Los que se enfocaron a las emociones pretenden disminuir la aflicción emocional que sienten al recibir el diagnóstico de la patología, dentro de las estrategias utilizadas se encuentran la negación, el aturdimiento y el fatalismo.

I3:E1 “bañándome, bañándome lloraba, lloraba, porque yo sabía, yo veía a la gente delgadita,ocolisa y se morían”.

I1:E1 “yo no quería hacer nada, yo no quería tratarme yo dije pues que me muera yo también”.

También se enfocaron a la resolución del problema, buscando las alternativas de solución con la finalidad de propiciar cambios directos en el entorno de modo que la situación se pueda abordar de manera más efectiva, en este caso fue la búsqueda de tratamiento inmediato después de el conocimiento del diagnóstico con el objetivo de reparar su actual estado de salud.

¹ I2 E2 (Informante2 entrevista2)

⁴ TRIVIÑO, Zaider y SANHUEZA, Olivia. Teorías y modelos relacionados con la calidad de vida en cáncer y enfermería. p. 25 REVISTA AQUICHAN. AÑO 5 - VOL. 5 N° 1 (5) CHÍA, COLOMBIA - OCTUBRE 2005. ISSN 1657-5997. [On line]. <<http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/view/132/462>> [consulta: 10 de Octubre 2009]

¹ I3 E1 (Informante3 entrevista1)

⁵ MELO, Mesquita, Magalhães da Silva, R., De Almeida, A.M., Carvalho, Fernández, A. F., Mota Rego, C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de Cáncer de mama. Revista Enfermería Global. N° 10, 2007. P. 1-10. Universidad de Murcia. España. ISSN 1695-6141. [On line] <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>> [Consultado 30 Septiembre de 2009]

I1:E3 “No, no, rápido yo quise de una vez cuando el médico me dijo necesita tratamiento, yo le dije bueno doctor estoy en sus manos que sea lo que Dios quiera, no yo ahí mismo me dijo no es rápido porque estamos muy a tiempo”.

Atribuciones causales de la enfermedad

Una de las reacciones de las personas ante una situación estresante o que representa peligro es identificar los factores causales que contribuyeron al desarrollo de la patología, dentro de las principales manifestaciones de los participantes de la investigación fue la genética, argumentando que la gran mayoría de sus familiares habían padecido el cáncer lo que les daba mayores probabilidades de desarrollar esta patología y les recordaba el sufrimiento de ellos, que ahora hacía parte de su nueva realidad.

Citado por Triviño, Zaider (2005) La teoría de Lazarus considera como fundamental la relación individuo-entorno. Así, cuando un individuo ha tenido alguna experiencia con un determinado agente estresante, el enfrentarse a una situación similar sea quizá menos estresante que la primera vez. Ello porque en su conciencia tiene la evaluación primaria de la situación y los procesos de afrontamiento será más eficientes, con grandes posibilidades de que no se produzca un trastorno⁶.

I3:E2: “Yo de eso había escuchado muchísimo porque ya te digo que ya mi familia había padecido, mi mamá, mi papá, mis tías, entonces yo decía que era una enfermedad catastrófica”.

En el estudio Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer se identificó que mientras que algunos enfermos con cáncer se culpabilizan o interpretan a este como una forma de castigo, otros describen el azar; el estrés; factores físicos; problemas psíquicos o

incluso la homosexualidad como causas de su patología.⁷

Significado del cáncer “la enfermedad, castigo o camino a la salvación”

El concepto de la patología depende de las creencias del individuo. Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, son nociones pre-existenciales de la realidad, que sirven de lente perceptual.⁸ Las creencias existenciales, como la fe en Dios, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.

Los investigados refirieron que su primer pensamiento al recibir el diagnóstico fue la muerte cercana, por la gravedad y la difícil rehabilitación de la enfermedad, esto puede estar dado por los conocimientos erróneos que tenían sobre la enfermedad, lo cual aumenta la ansiedad y la incertidumbre con la situación estresante que actualmente enfrentan.

I1:E2 “Si hija es que el cáncer, el SIDA, todas esa enfermedades son catastróficas, porque son las enfermedades más graves que hay y más difíciles de curar, aunque se pueden curar”.

I2:E1 “Pues que mamita como digo yo esto es lo mas tremendo que hay para uno en la vida para una persona, para un ser humano es esta enfermedad”.

I3:E1 “Para mí el cáncer era sinónimo de muerte y yo dije yo voy a morirme que va a ser de mis hijos si mis hijos dependen de mí”.

En el estudio realizado por Machado Karina (2007)⁹ el miedo a la muerte fue relacionado por las personas como la incapacidad de realizar proyectos de vida

⁷ TRILL, María. Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 0, Núm. 1, pp. 39-48, 2003 [On line] <<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0303110039A.PDF> [Consultado 5 diciembre de 2009]>

⁸ TRIVIÑO. Op Cit., p. 23

¹ I1 E 2 (Informante1 entrevista2)

² I2 E1 (Informante2 entrevista1)

⁹ MACHADO, Karina, ALVES BARBOSA, Maria y ROSEIRA BOEMER, Magali. El vivir a situación de ser con cáncer: Algunas elucidaciones. Rev Latino-am Enfermagem 2007 v. 15 n° 4 p. 87-94[On line] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a13.pdf> [Consultado 30 de Septiembre de 2009]

¹ I1 E1 (Informante1 entrevista1)

³ I1 E3 (Informante1 entrevista3)

⁶ TRIVIÑO, Op. Cit., p. 23

² I2 E3 (Informante2 Entrevista3)

como acompañar el crecimiento de sus hijos, conocer a los nietos, disfrutar de su jubilación entre los principales.

En la presente investigación los pacientes manifestaron que el cáncer puede ser producto de un castigo por la maldad a lo largo de la vida o simplemente como una forma de ganar indulgencias y conseguir la salvación eterna. Según Vanegas (2008) esta es una dimensión única de la persona, busca respuestas a aquello que no se puede explicar con la razón y con el conocimiento, en ocasiones adquiere mayor importancia y significado, como cuando se trata de enfrentar la enfermedad y la muerte.¹⁰

I1:E2 “Sí, yo creo que hay gente tan mala que viola, que mata, yo creo que todas esas malas energías, se van juntando, se van se van juntando que les puede aparecer una enfermedad grave, yo pienso eso, gente que es tan mala, que no piensa sino en hacer maldad, esas energías se van juntando que al final resulta algo malo”.

Acompañamiento familiar

El apoyo que reciben los pacientes oncológicos por parte de la familia y amigos es indispensable para lograr una mejoría en la calidad de vida, teniendo a su alrededor personas que le brindan fuerza para superar los obstáculos que se presentan en el transcurso de cada etapa de la enfermedad.

Con relación a la investigación los participantes afirman que la familia es un pilar fundamental donde refieren que se refugian y les brindan un apoyo emocional, psicológico y espiritual para seguir adelante en el tratamiento.

I3:E2 “Son los ángeles en persona, bueno a las amigas y amigos que adquirí con esta enfermedad, con esta enfermedad conocí mucha gente que me ayudó, que me colaboraron en lo que yo necesitara”

¹⁰ VANEGAS, Blanca Cecilia. Creencias Populares acerca de la curación del Cáncer de Próstata y Cérvico Uterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá. En revista Colombiana de Enfermería, Vol. 3 año 3 Agosto de 2008 ISSN 1909-1621 P. 69-76 [On line] <http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria/Revista/Revista2008/creencias_populares_curacion_cancervol3.pdf> [Consultado 5 diciembre de 2009]

Después de enfrentar la crisis del diagnóstico de la patología, las personas inician una etapa en la cual se concientizan de la gravedad de la enfermedad y comienza a buscar las diferentes alternativas de solución para su proceso oncológico.

El tratamiento médico hace referencia a todo el proceso que se lleva por medio de las terapias especializadas como la quimioterapia y radioterapia, cuyo fin incluye la intención de curar, aliviar/frenar su proliferación (mejorar sobrevida).

Estas terapias utilizadas no solo ayudan a mejorar la salud, sino que también hace que en estos pacientes desmejoren su apariencia física y por lo tanto se ve afectada su calidad de vida, teniendo que estar sometidos a las reacciones adversas como la pérdida del cabello, vomito, nauseas, diarrea y decaimiento principalmente.

El tratamiento indicado para los tres pacientes fue la quimioterapia, la cual desencadenó sentimientos negativos, refiriendo que han sido una de sus peores experiencias, sin dejar de reconocer la importancia y el beneficio de ésta, ya que consideran que aumentan las posibilidades de sobrevivir.

I1:E2 “Las fuerzas a uno se le van, se le pierden, pero yo soy consciente que eso es cuestión del mismo tratamiento”.

Uno de los más significativos cambios para los investigados es la alteración de la autoimagen, manifestado por la pérdida del cabello que genera en ellos repercusiones psíquicas y sociales como sentimientos de baja autoestima y tristeza. Tal vez por el impacto que provoca en ellos su nueva imagen a la cual ellos se refieren como de “una persona enferma”

I1:E1 “Yo supuestamente ya estaba preparada para ver caer mi pelo, para quedarme sin cabello pero que va, cuando uno va, yo fui al baño y me enjabono y veo que mi manojado queda en mi mano, eso es muy duro, yo ese día estaba sola y grité en el baño y todo pero a la final pues me controlé”.

I1:E2 “Yo, yo me veo feíta, me veo desgastada me veo muy arrugada, pero me conformo, yo me veo así pero me conformo”.

En los resultados de la investigación realizado por

Machado Karina (2007)¹¹, también se evidenció esta situación, una de las expresiones sobresalientes de ese estudio es la siguiente: “Lo más difícil es el cabello porque uno acaba con vergüenza de las otras personas, yo tenía el cabello largo, mi cabello era bonito y ahora esta tan pequeño y menudo. A veces cuando paro la quimioterapia, mi cabello comienza a nacer, pero cuando comienzo mi cabello cae de nuevo. Sé que eso no es importante frente a la gravedad de la enfermedad, pero es algo que me disminuye, me hace sentir fea con vergüenza, me quedo irritada”.

La medicina alternativa es vista por los informantes como un coadyuvante del tratamiento médico para la mejoría de su salud, y ayuda también a controlar esos signos y síntomas que el paciente oncológico experimenta en todo el proceso de su enfermedad.

Los seres humanos tienden a buscar otras alternativas de curación influenciadas por su cultura y costumbres, esto refleja la búsqueda de acciones para el manejo de su enfermedad, algunos de los investigados refirieron que las plantas medicinales son una ayuda para lograr la curación, y no le produce ningún daño fisiológico, por ser un tratamiento natural. Los investigados negaron utilizar sustancias provenientes de animales, ya que manifestaban que eran desagradables para ingerirlas.

I1:E3 “Dios dijo ayúdese que yo le ayudare, y si cada quien se ayuda y cree en lo que crea, eso ya es problema de cada quien”.

Espiritualidad “Dios protector”

La confianza en sí mismo se ve depositada en la fe que tienen las personas en un ser supremo, en un Dios, en un Ángel que está pendiente de todo lo que pasa y que ayuda a superar todos los obstáculos que se presentan en el trayecto de la enfermedad, Según Brady et al citado por Navas (2006) “así mismo este ser de grandiosidad tiene el poder de iluminar a los médicos para que estos hagan su trabajo y curar a las personas que están enfermas”.

Los seres humanos tienen un componente espiritual que influencia en su vida, esto refleja que cada individuo deposita su confianza en alguien, en especial

en un ser sobrenatural que pueda darle solución a situaciones en su vida que considera peligrosas para su integridad. Los individuos que enfrentan una situación estresante desean que Dios les brinde la curación de la enfermedad y sustentan que él, es quien actúa sobre la medicina para conseguir la rehabilitación total de su patología.

Según Brady et al, citado por Navas, Carmen (2006) “La Espiritualidad es la manera como la gente entiende y vive su vida, en la búsqueda de su significado y valor, incluyendo un estado de paz y armonía”. También ha sido relacionada con la necesidad de encontrar respuestas satisfactorias acerca de la vida, enfermedad, y la muerte.¹²

I2:E1 “si Dios no actúa no vale, no hay alivio, no hay mejoría, no hay nada la única esperanza es esa el amor de Dios y de nadie más”.

I1:E2 “Porque uno tiene que confiar en alguien, uno tiene que tener fe en alguien, uno tiene que tener una esperanza y mi esperanza es Dios”.

En el estudio hecho por Feher (1999), citado por Navas, Carmen (2006) concluye que las pacientes a través de la Espiritualidad, se les provee de herramientas importantes para enfrentar su enfermedad, lo que debería ser reconocido por los médicos, por lo que sugiere que es importante que estas pacientes sean referidas a un centro para apoyo religioso en su comunidad¹³

Conclusiones

Inicialmente los informantes no acostumbraban a tener un autocuidado apropiado que les permitiera mantener una buena salud y así evitar posibles enfermedades que comprometieran tanto su estado físico como mental, pero a lo largo del proceso reflexionan sobre su conducta y entienden que esto contribuyó a no obtener un diagnóstico precoz de la patología.

¹² NAVAS, Carmen, VILLEGAS, Hixia. Espiritualidad y Salud, En revista Ciencias de la Educación Año 6 Vol. 1 N° 27, Valencia, Enero-Junio 2006 p. 29-45 [On line] <<http://servicio.cid.uc.edu.ve/cdch/saberes/a1n1/art5.pdf>> [Consultado 5 diciembre de 2009]

¹³ Ibid., p. 39

¹¹ MACHADO. Op Cit., P. 6

En los informantes, los signos y síntomas de la enfermedad fue la pauta clave para que ellos vieran el antes de sus vidas como una de las principales causas de la enfermedad y el ahora como una oportunidad de vida para cambiar y seguir adelante, concientizándose así de la importancia de realizar un buen autocuidado.

Todos los pacientes, en el momento de presentir algún cambio drástico que pudieran causar alguna repercusión negativa tuvieron la sensación de incertidumbre y miedo ante la posibilidad de un diagnóstico desfavorable.

Bibliografía

(1)ARAÚJO ELIAS, Ana Catalina; Sales Giglio, Joel; De Mattos Pimenta, Cibeli Andrucio. Análisis de la Naturaleza del Dolor Espiritual Presentado Por Pacientes Terminales y El Proceso de Elaboración de un Nuevo Significado a Través de la Intervención de Relajamiento, Imágenes Mentales y Espiritualidad. p. 18-25 2008 [On line] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/es_04.pdf> [Consultado 30 Septiembre de 2009]

(2)CANESSA, Beatriz. Adaptación Psicométrica de las Escalas de Afrontamiento Para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un Grupo de Escolares de Lima Metropolitana. Universidad de Lima Perú. p. 191-223. [On line] <[http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/\\$file/08-PERSONA5-canesa.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/$file/08-PERSONA5-canesa.pdf)> [Consulta: 5 de octubre 2009].

(3)CANO, Antonio. Que es el afrontamiento. Sociedad Española para el estudio ansiedad y el estrés. p. 1. [On line] <<http://www.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>> [Consulta: 19 de Septiembre 2009]

(4)CARRASQUILLA, Alberto. PALACIO, Diego. Ley 1122 del 2007. 18 p. [On line] <<http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>> [Consulta: 3 Octubre de 2009].

(5)DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Sistema de Estadísticas Vitales: Mortalidad en Colombia 2000. 102 p. [base de datos]. Bogotá: DANE; 2000. [Consulta: 19 de septiembre 2009].

(6)MINISTERIO DE SALUD. Colombia. Resolución número 3997 del 1996. 7 p. [On line] <<http://www.minproteccion-social.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo270311.pdf>> [consulta: 3 Octubre de 2009].

(7) Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. 52 p. [On line] <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf> [consulta: 3 Octubre de 2009].

(8) Stewart, Bernard W; Kleihues, Paul Word Health Organization who OMS, Internacional Agency for Research on Cancer, Word Cancer Report. 343 p. 2000. [On line] <http://www.scribd.com/doc/2350813/World-Cancer-Report-2003-Stuart-e-Kleihues-WHO-e-IARC> [Consulta: 3 Octubre de 2009].

(9)LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CANCER. 3 p. [On line] <<http://www.ligacancercolombia.org/>> [Consulta: 3 Octubre de 2009].

(10)MACHADO, Karina; Alves Barbosa, Maira y Roseira Boemer, Magali. El vivir a situación de ser con cáncer: Algunas elucidaciones. Vol. 15 n° 4 p. 87-94. [On line] <<http://www.scielo.br/scielo.php>> [Consultado 30 de Septiembre de 2009]

(11)MELO, Mesquita, Magalhães da Silva, R., De Almeida, A.M., Carvalho, Fernández, A. F., Mota Rego, C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de Cáncer de mama. Revista Enfermería Global. N° 10, 2007. P. 1-10. Universidad de Murcia. España. ISSN 1695-6141. [On line] <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>> [Consultado 30 Septiembre de 2009]

(12) MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Modelo para el Control del Cáncer en Colombia. 47 p. [online]. <http://www.cancer.gov.co/documentos/764_N1ano2006.pdf> [consulta: 29 de Septiembre 2009]

(13) OLIVEROS, Edwin. Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. p. 3 [online]. <http://www.sanmartin.edu.co/academicos_new/psicologia/revista/N2/AFRONTAMIENTO_ANTE_EL_DIAGNOSTICO_DE_CANCER.pdf> [consulta: 25 de Septiembre 2009]

(14) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? 2008. p. 1. [Online]. Disponible en: <<http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>> [Consulta: 19 de septiembre 2009].

(15) MINISTERIO DE SALUD, Resolución número 00412 del 2000. Servicios de Salud Colombia. 5 p. [Online] <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm> [consulta: 3 Octubre de 2009].

(16) TRIVIÑO Zaider, SANHUEZA, Olivia. Teorías y modelos relacionados con la calidad de vida en cáncer y enfermería. p. 24 [online]. <<http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/view/132/462>> [consulta: 10 de Octubre 2009]

(17) VADILLO, Enrique y Climent Clemente, Maite. Comunicación médico-paciente, . p. 57-63 18-V-07 2007 [Online] <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/9.pdf> [consulta: 19 de Septiembre 2009]

Factores de riesgo asociados a infecciones en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Factors of risk associated with infections in the patients hospitalized in the Intensive Care Unit (UCI)

Ruby Elizabeth Vargas Toloza*
Erika Nathalia Rojas Moreno**
Sandra Mildred Mantilla Correa**
María Antonia Jaimes**
Daissy Bautista Arteaga**

Resumen

Este estudio de abordaje Cuantitativo Descriptivo Transversal busca determinar los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, medios diagnósticos e incidencia; asociados a Infecciones en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José en la ciudad de Cúcuta.

La Edad, es un factor predisponente en el desarrollo de infecciones en los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José durante el periodo evaluado, se observó que la infección fue más frecuente en los adultos mayores de 41 años con un 86.5%.

Las enfermedades de base relacionadas con la aparición de infecciones (Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Hepatopatía e Insuficiencia Renal), en el estudio no evidenció un comportamiento estadísticamente significativo, sin embargo, el 34.3% de los pacientes que presentaron insuficiencia renal, seguido del 29.9% que presentaron Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Diabetes, tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones que los pacientes que carecen de este antecedente durante su tiempo de hospitalización en

la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siendo este un factor de riesgo predisponente en la aparición de las infecciones.

Dentro de los procedimientos invasivos más usados están la sonda urinaria, la ventilación mecánica y el catéter venoso central. La incidencia de infección en la población objeto del presente estudio fue de 17,9%. Los agentes infecciosos que estuvieron presentes tanto en sangre, como en orina y secreción bronquial fueron *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Staphylococcus Aureus*, microorganismos altamente contagiosos y perjudiciales.

Palabras Claves:

Riesgo, Factores Intrínsecos y Extrínsecos, Medidas de seguridad

Summary

This study of Transverse Descriptive Quantitative collision thinks about how to determine the intrinsic and extrinsic, average(half) risk factors diagnoses and incidence; associated with Infections in the patients hospitalized in the Intensive care unit (UCI) of the Clinic San Jose in the city of Cúcuta.

The Age, is a predisposing factor in the development of infections in patients who entered the Intensive Care Unit (ICU) for the Clinic San Jose during the period evaluated, noted that the infection was more frequent in adults older than 41 years with a 86.5%

*Enfermera. Directora Departamento de Atención Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander; rubyelizvt@Hotmail.com.

** Estudiantes VII semestre de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta 2009, E-mail: erikanathalia@Hotmail.com.

The diseases as a basis related to the emergence of infections (Diabetes, pulmonary disease Obstructive Chronic (COPD, liver and kidney failure), in the study not showed a behavior statistically significant, however, the 34.3 per cent of the patients who had kidney failure, followed by 29.9% that presented Lung Disease Obstructive Chronic (COPD) and Diabetes, have An increased risk of developing infections that patients who lack of this background during his time of hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU), this being a risk factor predisposing in the emergence of infections.

Inside the most secondhand(worn) invasive procedures there are the urinal probe, the mechanical ventilation and the central venous catheter. The infection incidence in the population object of the present study was 17,9 %. The infectious agents that were present so much in blood, as in urine and bronchial secretion it was Escherichia coli, Klebsiella and Staphylococcus Aureus, highly contagious and harmful microorganisms.

Keywords:

Risk, Intrinsic and Extrinsic Factors, accident control measures

Introducción

Las infecciones son la complicación más común que existe en los pacientes hospitalizados. Aproximadamente una cuarta parte de estas infecciones ocurren en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), aun cuando este servicio sólo represente el 10% de la camas hospitalarias de una institución de salud.¹

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1,4 millones de personas en todo el mundo sufren complicaciones en su estado de salud debido a las infecciones contraídas en este ambiente.

En América Latina, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias, calcula que de cada cien pacientes hospitalizados, 5 a 7 adquieren infecciones, constituyendo en nuestro país una tasa del 7% que contribuye al incremento de la morbimortalidad.²

Las infecciones son el acontecimiento adverso más frecuente que afecta aproximadamente a 2 millones de personas en los EE. UU., causando cerca de 100.000 muertes, con un costo asociado estimado en 5 billones de dólares americanos al año. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han sido identificadas como un punto clave en el desarrollo de acontecimientos adversos ya que al trabajar con situaciones extremas, su gran capacidad de salvar vidas está asociada con un gran riesgo de causar daños.³

Los pacientes están severamente comprometidos y son continuamente sometidos a intervenciones, métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos, por lo cual es importante conocer los factores asociados al desarrollo de las infecciones en este servicio, siendo un área de especial interés para el desarrollo de medidas de seguridad.

Para que una infección ocurra se requiere de varios factores: flora intrahospitalaria con un número suficiente de microorganismos patógenos, huésped susceptible y un ambiente que permita entrar en contacto con el huésped.

¹ T. LISBOA, J. RELLO. Prevención de infecciones nosocomiales: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. En revista Med. Intensiva v.32 n.5 Madrid, España jun.-jul. 2008, p. 1-10. ISSN 0210-5691 [Aceptado 04 junio 2007] [on line] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912008000500006&script=sci_arttext> [Consulta: 06 Junio 2009]

² ROMERO VANEGAS, Roxana; MACHADO Z., Beatriz y CUADRA, Steven. Factores asociados a Infecciones nosocomiales en el servicio de Neonatología. Universidad Nacional de Nicaragua, Hospital Fernando Vélaz Paiz, Nicaragua. 2004. 95 p. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/Pediatria/update/INFECCIONES%20NOSOCOMIALES01.pdf [Consulta: 06 Junio 2009]

³ T. LISBOA Y J. RELLO, Op. Cit., p. 1-10

Los factores asociados al desarrollo de infecciones son múltiples y se hacen esfuerzos para minimizar su influencia. Está relacionada con el número de manipulaciones a las que está sometido el paciente, tipo de hospital, tiempo de estancia hospitalaria, edad del paciente, enfermedad base y gravedad de la misma, estado de conciencia y nutricional, entre otros.

Actualmente se estima que el problema ha empeorado por la invasión de la tecnología, la atmósfera agitada, la gran cantidad de personas dedicadas a la atención de los enfermos, el ingreso de pacientes cada vez más añosos y graves, con nuevas y debilitantes enfermedades infecciosas; la resistencia incrementada de determinados gérmenes y los múltiples tratamientos antimicrobianos simultáneos, que han convertido a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) contemporáneas en un lugar donde abundan las sepsis nosocomiales⁴.

La realidad encontrada en el entorno de los cuidados intensivos, ha demostrado que para disminuir los factores de riesgo asociados a infecciones, es importante crear una cultura de seguridad, aumentando la ejecución de las medidas eficaces en las diferentes situaciones para promover el bienestar de los enfermos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio busca determinar los factores de riesgo asociados a infecciones en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José, con el fin de garantizar que el conocimiento de estos factores, sirva como referente al personal de salud que labora en la unidad, apoyado con el personal administrativo de la Institución, para analizar, crear e implementar nuevas estrategias que beneficien a estos pacientes brindando mayor seguridad en el cuidado diario y una atención oportuna e integral por parte de

todo el equipo interdisciplinario que labora en este servicio.

Materiales y Métodos

El presente estudio es de abordaje Cuantitativo Descriptivo Transversal; Descriptivo: porque se hace medición y cuantificación de los factores de riesgo que predisponen la aparición de infecciones en los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la clínica San José y Transversal: por que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual, con una mirada retrospectiva en el tiempo, tomando como referente 67 Historias clínicas de pacientes en los meses de abril y mayo del 2009.

Los 67 pacientes se escogieron teniendo en cuenta su disponibilidad y fácil acceso para la recolección de los datos con el instrumento definido.

Para llevar a cabo la recolección de los datos, se implementó la Ficha de seguimiento del paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), diseñada por Revert De Girones, Consuelo y aplicada por primera vez en el Hospital de Canarias en el año 2005. Este instrumento consta de 30 preguntas agrupadas en cuatro grandes categorías teniendo en cuenta los factores de riesgo intrínseco y extrínseco, los medios diagnósticos y el germen generador de la infección.⁵

Objetivos

Objetivo General

Determinar los Factores de riesgo asociados a Infecciones en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

⁴ HECHAVARRIA, Soulyary; SUAREZ DOMINGUEZ, Rafael; ARMAIGNAC FERRER, Grizel y HESSING, Cecilia del Pozo. Infección nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cuba: Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora", p. 5. 2001. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_4_01/san02401.pdf> [Consulta: 06 Junio 2009]

⁵ REVERT GIRONÉS, Consuelo. Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Islas Canarias: Hospital Universitario de Canarias, 2005. p. 237. Disponible en: <<http://tesis.bbt.k.uill.es/ccpytec/cp217.pdf>>. [Consultado 30 de Mayo 2009]

Objetivos Específicos

Identificar los factores de riesgo intrínseco y extrínseco que predisponen a infecciones en los pacientes hospitalizados.

Identificar las infecciones y los medios diagnósticos utilizados para determinar los gérmenes patógenos, en los pacientes hospitalizados.

Determinar la incidencia de infecciones en los pacientes hospitalizados.

Resultados y Discusión

Factores de Riesgo Intrínsecos para desarrollo de infección en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Son factores intrínsecos los que dependen de las condiciones del enfermo (la edad, las alteraciones de los mecanismos de defensa, la enfermedad de base.)

En la población objeto del presente estudio se observó que de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José en el 55.2% se encontraban en el rango de edad de 61 años y más, seguido del 31.3% que estaban entre los 41 a 60 años y en menor medida, pacientes en una edad temprana entre 18 a 40 años (13.4%).

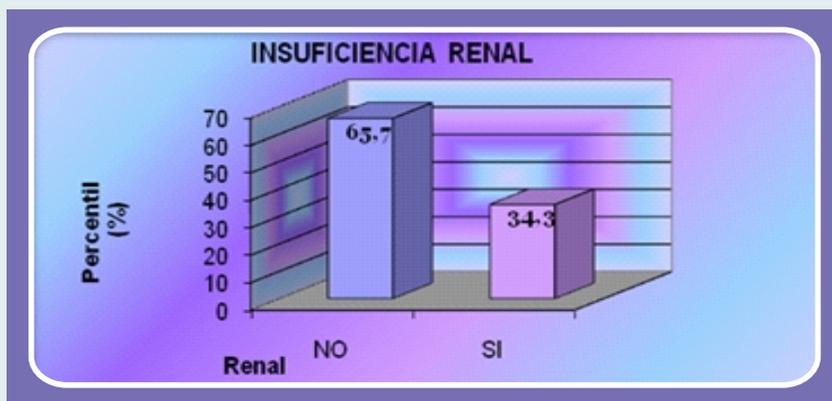
Estos datos coinciden con los encontrados en otras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) polivalentes de Hospitales Universitarios en España ENVIN, citado por Revert De Girones (2005), donde la edad media está entre los 53 y 69 años en un 59.9%.

Al revisar el cruce entre las variables infección y edad, distribuida por grupos etáreos, se observó que la infección fue más frecuente en la población mayor de 41 años (20,68%).

Se encontró que un 55,2 % de los pacientes pertenecían al género masculino y el 44.8% al género femenino. En el estudio hecho por Revert De Girones (2005) en el Hospital de Canarias se encontró que el 65,4% fueron varones y el 34,6% mujeres⁶, observando similitud en el comportamiento de esta variable, siendo un hecho constante que el género masculino predomine en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

En la población objeto del presente estudio se observó que un 34,3 % de los pacientes ingresó con insuficiencia renal como enfermedad de base, siendo este porcentaje más alto que el encontrado en el estudio de Revert De Girones (2005) con un 11%.⁷ (Ver Gráfica 1.)

Gráfica 1. Pacientes que presentan infección en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Clínica San José, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta Estudio Clínica San José

⁶ Ibid., p. 175

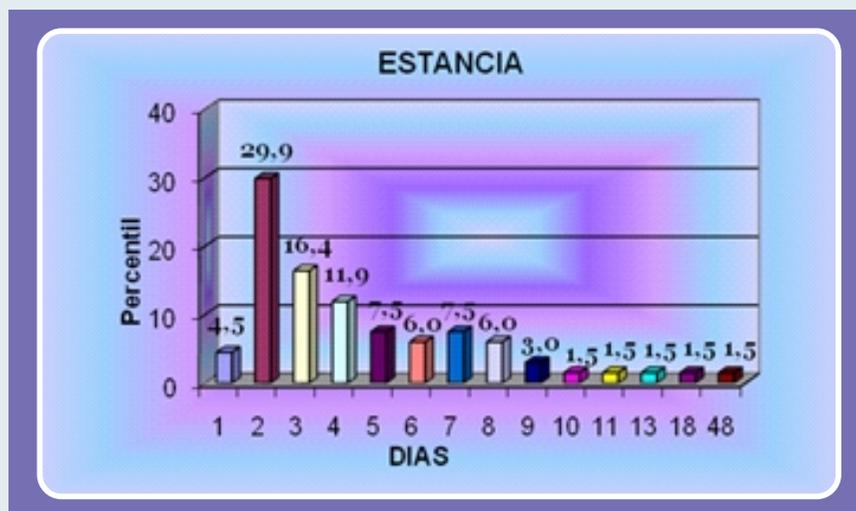
⁷ Ibid., p. 182

Al revisar el cruce entre las variables infección e insuficiencia renal, se observó que la infección fue ligeramente más frecuente en la población con insuficiencia renal (30,43%), que en la población que no presenta esta patología (11,36%), seguido de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Diabetes en un 29.9%.

Factores de Riesgo Extrínsecos para el desarrollo de infección en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI

Son factores extrínsecos aquellos dependientes del medio que le rodea (Duración de la estancia en la Unidad, Técnicas invasivas, Dispositivos médicos)

Gráfica 2. Infección durante la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Clínica San José, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta Estudio Clínica San José

Se pudo observar que el 89,6 % de los pacientes presentaron una estancia inferior a 8 días, siendo más elevada que la encontrada en el Hospital de Canarias Revert Gironés (2005), donde la estancia media fue de 11 días (± 14,47)⁸.

Al revisar el cruce entre las variables infección y estancia hospitalaria se observó que en la población objeto el comportamiento de la infección fue más significativo a partir del segundo día hasta el quinto, esto se explica porque en el primer día de estancia de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), según protocolos, normalmente no se realizan cultivos para diagnosticar infección, excepto en casos especiales en

que la condición clínica lo amerita, o en otros casos, el reporte de los mismos y la lectura se anexa al segundo día de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En el estudio se observó que un porcentaje significativo de los pacientes hospitalizados con un (61,2 %), utilizó sonda urinaria durante el periodo estudiado, siendo más bajo que el 97.2% encontrado en el estudio de Revert Gironés (2005).

Al revisar el cruce entre las variables infección y sonda urinaria, se logró identificar que la infección presentó un comportamiento mayor en la población con sonda urinaria (16,4%), que en la población que no presenta dicho procedimiento invasivo (1,5%), por lo cual este procedimiento representó un factor predisponente extrínseco, aumentando el riesgo de infección en la población del presente estudio.

⁸ Ibid., p. 131

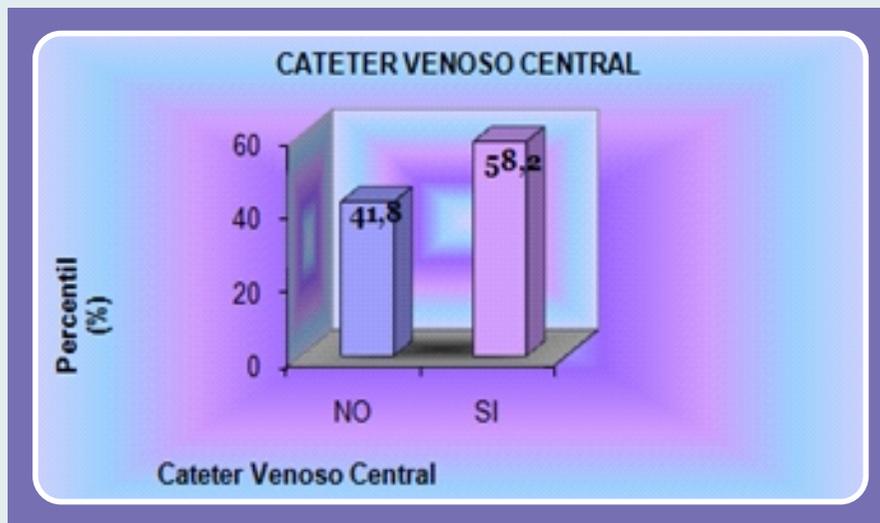
En cuanto a los días de permanencia con sonda urinaria, la población que si la utilizó (61,2%), el 82,9% permaneció entre 1 y 5 días con la sonda. Se observó que la infección presentó un comportamiento mayor en los días 2 a 5 de tener la sonda (30,76%), que en el resto de días (20%), esto se debe en parte a que en el primer día no se realiza cultivo para determinar infección o que en caso de realizarse se anexa el reporte a la lectura al día siguiente. En los días posteriores al día 5, el porcentaje de casos que presentan sonda urinaria (10,44%) no son relativamente significativos.

En la población objeto del presente estudio se observó que el 89.6% de pacientes que ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) utilizó catéter venoso

periférico, siendo más alto que el 79.3% encontrado en el estudio del hospital de Canarias, Revert Gironés (2005).

En cuanto a los días de permanencia con catéter venoso periférico, de la población que si lo utilizó (89,6%), el 81.7% permaneció con este dispositivo entre dos y cuatro días. Se observó también que un 58.2% empleo catéter venoso central, siendo más bajo que el 90.3% encontrado en el estudio del hospital de Canarias Revert Gironés (2005). (Ver Gráfica 3.)

Gráfica 3. Permanencia con catéter venoso central, Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Clínica San José, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta estudio Clínica San José

En cuanto a los días de permanencia con catéter venoso central, de la población que si lo utilizó (58,2%), el 83.6% permaneció con este dispositivo entre 1 y 5 días. Al revisar el cruce entre estas variables, se observó que la infección presentó un comportamiento mayor en los días 2 a 5 de tener catéter venoso central (33,34%), que en el resto de días (16,66%), esto se debe en parte a que en el primer día no se realiza cultivo para determinar infección o que en caso de realizarse se anexa el reporte a la lectura al día siguiente.

En el presente estudio se observó que los pacientes

hospitalizados, requirieron del uso de ventilación mecánica, con un 59,7% siendo más bajo que el 56.9% encontrado en el estudio del hospital de Canarias. Revert Gironés (2005). Al revisar el cruce de las variables infección y ventilación mecánica, se observó que la infección presentó un comportamiento mayor en la población con ventilación mecánica (27,5%), que en la población que no presenta dicho procedimiento invasivo (3,70%), por lo cual este procedimiento representó un factor predisponente extrínseco, para que aumente el riesgo de infección, en el presente estudio.

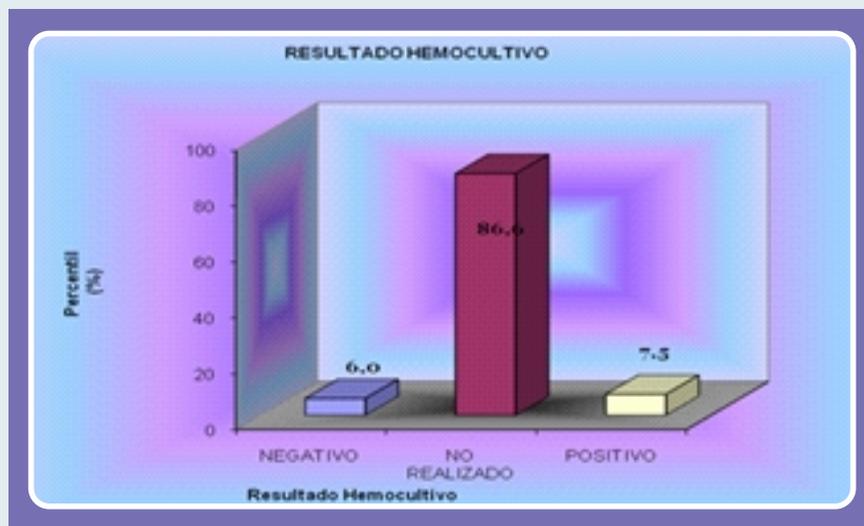
Se encontró que el 70.1% de los pacientes que ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el periodo estudiado se encontraban en postoperatorio, siendo más bajo que el 68% encontrado en el estudio de Revert Gironés (2005).⁹

Se evidencia que el 17,9 % de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José, presentó infección, siendo más bajo que el 40.56% encontrado en el estudio del hospital de Canarias. (2005)

El 73,1 % no falleció en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el periodo evaluado. La mortalidad observada fue del 26,9%.

Se aprecia que 13.4%, de los pacientes se le realizó Hemocultivo durante el periodo de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Gráfica 4. Diagnóstico Hemocultivo de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Clínica San José, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta estudio Clínica San José

El reporte mostró que cinco casos fueron positivos (55,5 %), y cuatro negativos (44,5%), encontrando un comportamiento similar en el reporte de los Urocultivos, donde ocho casos fueron negativos (57,14 %), y seis positivos (42,85%), (Ver Gráfica 4.)

En la población objeto del presente estudio se observó que a la mayoría (85,1 %), no se le realizó cultivo de secreciones bronquiales, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el periodo observado, sin embargo al revisar el reporte se encontró que seis casos fueron positivos (60 %), y cuatro negativos (40%).

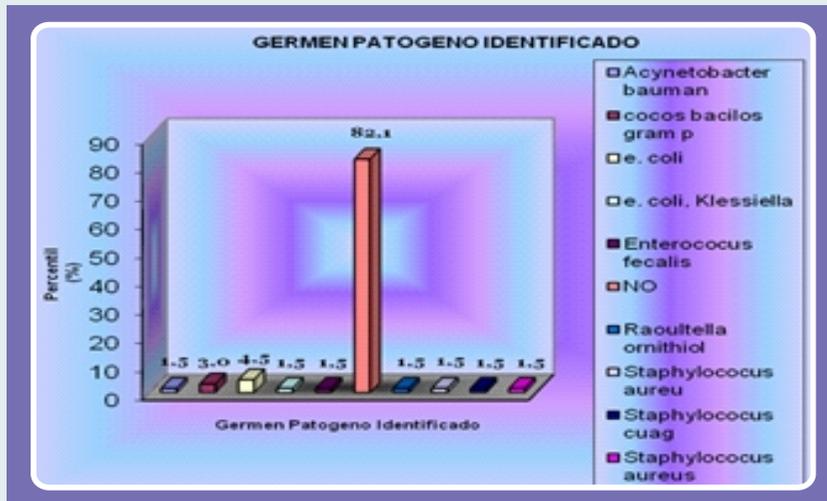
Agente Infeccioso

En cuanto al germen patógeno identificado en la población que si presentó infección confirmada por medio diagnóstico (17.9%), se observó que predomina la Escherichia coli (33,3%), seguida de cocos bacilos Gram positivos (16,6%), y otros con un 50 %, observando diferencias de los microorganismos mas encontrados en estudio de Revert De Gironés (2005), en el Hospital de Canarias donde se encontró que, las pseudomonas sp., se presentaron en un 12,87%, Staphylococcus aureus en un 12,37% y Candida en un 10,38%¹⁰. (Ver Gráfica 5.)

⁹ Ibid., p. 139

¹⁰ Ibid., p. 158-159

Gráfica 5. Germen Patógeno pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Clínica San José, Cúcuta. 2009



Fuente: Encuesta estudio Clínica San José

Conclusiones

La Edad, es un factor predisponente en el desarrollo de infecciones en los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José durante el periodo evaluado; se observó que la infección fue más frecuente en los adultos mayores de 41 años con un 86.5% lo cual se explica en parte, porque en este rango de edad, se encontraba la mayor parte de la población estudiada lo que confirma que fisiológicamente el cuerpo humano a mayor edad, presenta un mayor deterioro en su estado físico.

Las enfermedades de base relacionadas con la aparición de infecciones Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Hepatopatía e Insuficiencia Renal, no evidenció un comportamiento estadísticamente significativo, sin embargo, el 34.3% de los pacientes que presentaron insuficiencia renal, seguido del 29.9% que presentaron Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Diabetes, tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones que los pacientes que carecen de este antecedente al ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siendo este un factor de riesgo predisponente en la aparición de las infecciones.

Dentro de los procedimientos invasivos más usados por los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José, están la sonda urinaria, la ventilación mecánica y el catéter venoso central, siendo importante que estos procedimientos sean realizados por personal entrenado, utilizando una adecuada técnica aséptica que reduzcan el riesgo de infección en un medio altamente contaminado, ya que dentro de los hallazgos más relevantes en esta categoría se encontró que el 16.4% de los pacientes con sonda urinaria sí presentaron infección, al igual que la Ventilación mecánica seguido en un menor porcentaje por el Catéter venoso central con un 14.9%.

El cultivo, es el diagnóstico más utilizado para la detección oportuna de infecciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la clínica San José; los agentes infecciosos que estuvieron presentes tanto en sangre, como en orina y secreción bronquial fueron Escherichia coli, Klebsiella y Staphylococcus Aureus, microorganismos altamente contagiosos y perjudiciales, que unidos a una enfermedad de base, aumentan significativamente el riesgo de infección en los pacientes, siendo la Escherichia coli quien más predomina en estos estudios con un 33.3%.

La incidencia de infección en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de la Clínica San José, en el periodo de abril y mayo, de la población objeto del presente estudio fue de 17,9%, es decir de cada 100 ingresos aproximadamente 18 presentaron infección.

Bibliografía

(1) BARBUT, I; PISTONE, T; GUIGUET, M; GASPARD, R; ROCHER, M; DOUSSET, C. Complications liées au cathétérisme veineux périphérique. *Presse Med* 2003; 32: 450-6. p. 1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12733305> (Consultado 06 de Junio de 2009)

(2) CARO RODRÍGUEZ, Alberto. Morbilidad y etiología de las infecciones nosocomiales en Unidades de Terapia. Cuba: Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarracín, 2003-2006. p. 1. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpuAklyVAsZFzodFU.php> (Consultado 30 de mayo de 2009)

(3) DURÁN PÉREZ, Julio; RODRIGUEZ GARCIA, Luis Carlos; ALCALÁ CERRA, Gabriel. Mortalidad e infecciones nosocomiales en dos Unidades de Cuidados Intensivos. Barranquilla, Colombia: Hospital Universidad del Norte y la Clínica de la Costa, 2008, 24(1) p. 74-86 Colombia. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/8_Mortalidad.pdf (Consultado 30 de mayo de 2009)

(4) GONZÁLEZ, Toni. Microorganismos resistentes en Unidades de Cuidados Intensivos; *Consumer Erosky* 16 de enero de 2007. 4 p. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2007/01/16/158959.php. (Consultado 30 de mayo de 2009)

(5) HECHAVARRIA, Soulyar, SUAREZ DOMINGUEZ, Rafael, ARMAIGNAC FERRER, Grizel y HESSING, Cecilia del Pozo. Infección nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cuba: Hospital Docente

Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora", 2001. p. 5. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_4_01/san02401.htm. (Consultado 06 de Junio de 2009)

(6) Waldemar G. Johanson, M.D.; Alan K. Pierce, M.D. y Jay P. Sanford, M.D. Changing pharyngeal bacterial flora of hospitalised patients. *N Engl J Med* 1969; 281: 1137-40. p. 1. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM196911202812101> (Consultado 15 junio de 2009)

(7) REVERT GIRONÉS, Consuelo. Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Islas Canarias: Hospital Universitario de Canarias, 2005. p. 237. Disponible en: <http://tesis.bbt.kull.es/ccppytec/cp217.pdf> (Consultado 30 de Mayo de 2009)

(8) ROMERO VANEGAS, Roxana; MACHADO Z., Beatriz y CUADRA, Steven. Factores asociados a Infecciones nosocomiales en el servicio de Neonatología. Universidad Nacional de Nicaragua, Hospital Fernando Vélez Paiz, Nicaragua. 2004. 95 p. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/Pediatrica/update/INFECCIONES%20NOSOCOMIALES01.pdf [Consulta: 06 Junio 2009]

(9) T. Lisboa, J. Rello. Prevención de infecciones nosocomiales: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Med. Intensiva* v.32 n.5 Madrid jun.-jul. 2008 ISSN 0210-5691 [Online] http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912008000500006&script=sci_arttext BURKE, JP. Infection control – A problem for patient safety. *N Engl J Med*. 2003; 348:651-6>.

(10) WINTERS, B; DORMAN, T. Patient-safety and quality initiatives in the intensive care unit. *Curr Opin Anesthesiol*. 2006;19:140-5 2009. Infecciones nosocomiales en una Unidad de Cuidados Intensivos: [On line] <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2002/03-Medicas/M-090.pdf> (Consultado 15 junio de 2009)

Tendencias y proyección del ejercicio profesional

Tendencies and projection of the professional exercise

Rosa María Nájera *

Resumen

El artículo refiere de manera general el desarrollo de enfermería en relación al proceso productivo en diferentes momentos históricos, en donde el concepto de la salud y la enfermedad ha sufrido diversas connotaciones y con ello la asistencia otorgada a los usuarios. Se presenta la situación actual de la enfermería en donde diversos determinantes económico políticos sociales y culturales han influido de manera definitiva en el hacer y ser de la profesión. Se señala por otra parte, el aporte de los avances en el mundo técnico científico destacando los beneficios de los modelos y teorías de enfermería. Para el futuro cercano se enfatiza la necesidad de que enfermería ejerza liderazgo y poder en relación a la autonomía de la profesión.

Palabras Claves:

Enfermería, poder, liderazgo, práctica

Summary

The article recounts in a general way the infirmery development as regards the productive process in different historical moments, where the concept of the health and the illness has suffered diverse connotations and with it the assistance granted to the users. There appears the current situation of the infirmery where diverse determinants economic social and cultural politicians have influenced in a definitive way doing and the being of the profession. It is indicated on the other hand, the contribution of the

advances in the scientific technical world emphasizing the benefits of the models and infirmery theories. For the nearby future there is emphasized the need that infirmery exercises leadership and power as regards the autonomy of the profession.

Keywords:

Infirmery, power, leadership, practice

Introducción

El ejercicio profesional de enfermería caracterizado por el cuidado otorgado al ser humano, en el proceso de la salud y la enfermedad, ha estado vinculado al proceso productivo a través de los diferentes momentos históricos. Con el devenir del tiempo y a consecuencia de los cambios políticos, económicos y sociales que ha experimentado la humanidad, la salud y la enfermedad han estado modificándose como conceptos y como categorías sociales. Influyendo de manera determinante en la disciplina de enfermería. Con el propósito de ejemplificar lo expresado, se presentan algunas situaciones que en determinados momentos históricos, han sido cruciales para determinar las tendencias y proyección de la enfermería.

En el período histórico en que la iglesia ejercía un poder absoluto en la sociedad, la enfermedad se conceptualizaba como un mandato divino, el hospital era un sitio de beneficencia destinado a otorgar caridad, y donde acudían a bien morir quienes carecían de recursos. El hospital así concebido, no era un espacio en el cual se podían obtener retribuciones materiales, lo espiritual y lo místico era lo que privaba. La práctica de enfermería consistía en ofrecer un cuidado al prójimo cargado de piedad y caridad, lo que importaba era ayudar a salvar el alma, no se

*Profesora Investigadora. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. E-mail: rmnajera@correo.xoc.uam.mx

Recibido: 02 julio/10 Aceptado: 25 agosto/10

consideraba necesario el estudio de las causas y los efectos biológicos y sociales en el proceso de la salud y la enfermedad.

Existía por otra parte el cuidado de la mujer embarazada, a la parturienta y al recién nacido, acciones que eran consideradas de alta estima en la sociedad. El ejercicio de las cuales estaba en manos de comadronas, parteras o matronas. El acto del nacimiento se consideraba un acto de la vida, en el que el conocimiento para tal práctica era el que se desprendía de la propia experiencia.

El ejercicio de la enfermería estaba inserto en la visión del mundo que prevalecía en ese entonces, para lo cual, el actuar del personal de enfermería estaba condicionado a una serie de requisitos que deberían tener quienes la ejercían como: llevar una vida recta, hacer votos de pobreza y de humildad y una vocación de servicio a Dios y la iglesia, lógicamente sin retribución económica.

El surgimiento de la revolución industrial basada en el capitalismo y con ello el cambio de modo de producción, la salud y la enfermedad adquieren otra dimensión; el obrero, principal protagonista en el mundo laboral, pasa a ocupar una categoría social especial ya que representaba la permanencia de la mano de obra en la industria, y una vía para mantener la producción y con ello la ganancia, aspecto que requería proteger y restablecer su salud.

El hospital evidentemente también adquiere un cambio substancial, de ser un espacio en el que iban a bien morir los pobres y desamparados, pasa a constituirse en una institución destinada a curar enfermedades, subsidiada por el estado, administrada por el grupo médico, y donde se cobraba por los servicios otorgados.

El hospital en esta nueva dimensión, pasa a ser el centro principal de las actividades de los médicos, la misión que se pretendía era la de ofertar un mejor servicio; la investigación por consiguiente empieza a surgir de manera más sistemática.

Enfermería requerida como fuerza laboral, entra a formar parte del equipo médico, colaborando en actividades básicamente manuales y de apoyo, en el cuidado de los pacientes. Esta situación dio origen a una división técnica y social del trabajo que perdura en mayor o menor grado hasta nuestros días. Las desigualdades en el terreno laboral se dejaron sentir ya que, el trabajo intelectual fue mejor remunerado y más apreciado que el puramente manual.

En el momento en que el hospital deja de ser una institución de beneficencia, para convertirse en un sitio en el que, además de curar se producen ganancias, enfermería cambia la mística de su ejercicio al priorizar su trabajo, de cuidadora del paciente que había sido la tarea principal pasándola a un segundo término y constituirse en ayudante del médico como la prioridad principal.

Al ser el proceso de la salud y la enfermedad una condición básica para la producción, se fortalece el conocimiento científico de la medicina, surgen grandes descubrimientos y nuevas tecnologías que apoyan las intervenciones y los diagnósticos de algunos padecimientos, los avances son gratificados substancialmente, y el interés por el conocimiento científico encuentra un terreno fértil.

La investigación era evidentemente realizada por médicos y algunas otras profesiones afines, permitiendo al personal de enfermería, colaborar con bajo perfil como recolectora de información, con escasa participación en el acto integral de la investigación.

El saber y la práctica de enfermería se sustentaban básicamente en el conocimiento de las ciencias médicas, surgiendo para ella un conocimiento reducido, proliferando la literatura para enfermería escrita por personal médico (anatomía y fisiología para enfermeras, farmacología y patología para enfermeras), etc. La aportación de enfermería a los servicios se caracterizó por la eficiencia en los procedimientos matizado su hacer con un sentido humanista y altruista heredado de la época cristiana;

acompañado por una administración de los servicios en lo tocante a orden y limpieza. Esta situación ha sido sin lugar a dudas uno de los factores heredados por lo que, la profesión ha tardado tanto tiempo en constituirse como disciplina autónoma.

La enfermería como ciencia, sólo ha venido a ocurrir a partir de los últimos decenios del siglo pasado, a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana. Los saberes milenarios, las diferentes dimensiones históricas filosóficas sobre el cuidado han perfilado el rol de los cuidadores en cada contexto tempo-espacial¹.

En la mitad del siglo XX enfermeras pioneras de la disciplina fundamentalmente originarias de los Estados Unidos de América empiezan a preocuparse por analizar y estructurar las bases conceptuales de la profesión, que le dieran el soporte científico que se requería para que enfermería lograra su autonomía como autentica profesión. Hacia los años 60 y 70 del siglo pasado, surge un nuevo enfoque en la ciencia y la práctica de enfermería, con la aparición más amplia y desarrollada de teorías y modelos en los que, además de tratar de conceptualizar la práctica y el ejercicio, se pretendía que el cuidado eje conductor de la enfermería se ofreciera con eficiencia y calidad.

El personal de enfermería busca desde entonces la delimitación del conocimiento de su disciplina acercándolo a las fuentes e instrumentos de la ciencia, demostrando la existencia de ese conocimiento propio y ampliable por ella misma, se espera alcanzar un grado de desarrollo conceptual que fortalezca la disciplina de la enfermería en el ámbito de lo social y además defendible en los aspectos del saber y del hacer.

En la actualidad los profesionales de la enfermería cuentan para el ejercicio de su práctica, de una variedad de modelos y teorías las cuales tienen en

común la inclusión de cuatro elementos a lo que, se ha denominado meta paradigma y que identifica el fenómeno de interés de la enfermería. Estos conceptos centrales son: La persona, la salud, el ambiente y la enfermería. A partir de éstos, con todos o algunos de ellos, se describen proposiciones generales y sus relaciones tratando de explicar cuál es el aporte de la enfermería en esa relación.

Se pudiera afirmar entonces, que el desarrollo conceptual esto es, el conocimiento de enfermería, ha sido producto de la reflexión de la denominada meta paradigma, su credibilidad se asienta en parte, en la medida en que los profesionales de la enfermería hallen útiles los modelos y las teorías construidos a partir de dichos conceptos².

Enfermería en el mundo contemporáneo.

Existe por otra parte un acontecer en el mundo que nos rodea, que afecta de manera definitiva la práctica y el saber de enfermería y que se evidencia en la globalización, en las revoluciones en el plano cultural, político científico-técnico y económico, en la tecnología informática, y en el imperio de la racionalidad económica; todos ellos impactan la vida y la salud de generaciones presentes y futuras, alteran procesos sociales como las formas de dar respuestas a necesidades básicas, la organización del trabajo y el sistema de valores; se transforma el mundo biológico en los planos macro del ecosistema y en el micro del genoma humano.

El compromiso social de la práctica de enfermería con el cuidado de la vida y la salud de la gente, obliga a tener en cuenta estos referentes para comprender la naturaleza de los problemas y para valorar la dimensión ética que debe orientar un plan de desarrollo para dicha práctica.

Otra consecuencia de las grandes transformaciones o revoluciones, es la inseguridad social expresada en la

¹ A. AIMAR, N. Videla, M. Torre. Tendencias y Perspectivas de la Ciencia Enfermera. En *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, p. 1-9. ISSN 1695-6141, No. 9, 2006

² *Ibid.*, p. 1-9

violencia de todo tipo; en el desempleo a todos los niveles; en las exclusiones para la atención a la salud y en la casi desaparición del concepto de salud pública en la práctica de protección a la población de patologías evitables, que interpretadas a la luz del derecho, en expresión de Mario Rovere, se convierten en homicidios culposos³.

El panorama donde se desarrolla y vive el personal de enfermería tiene su propia dinámica en el mundo de la globalización y la reforma. Enfermería representa 50 a 60% de la fuerza laboral del sistema de salud, concentra el mayor porcentaje de costos fijos en los presupuestos de salud y participa activamente en la entrega de cuidados directos e indirectos a personas, familiares y a la comunidad.

La práctica se refiere al ejercicio de la profesión en el mercado laboral. El trabajo en enfermería⁴, está estructurado con base en niveles diversos de formación en un mismo país, y por títulos variables entre países. Esta heterogeneidad se acompaña de poca claridad en la delimitación de funciones, e interfiere en el costo eficacia del cuidado de enfermería. La ausencia de consenso, sobre las funciones del profesional de enfermería, convierte en problemático el establecimiento de una política asistencial de enfermería en cualquier institución de salud. Además, el extenso campo de acción en el que debe desenvolverse un profesional de este tipo, afecta no sólo la coherencia interna de su conducta, sino que divide al grupo constituido por sus pares, creando fracturas artificiales en sus relaciones profesionales y gremiales, impidiéndoles actuar organizadamente para reconstruir y reorientar sus perfiles profesionales.

Por otra parte, el profesional de enfermería, en los actuales servicios de salud, se ha distanciado de las actividades correspondientes a su preparación técnica, y ha asumido actividades diversas en administración de recursos materiales, alimentación de sistemas de

información, facturación y tareas que no realiza otro personal. Un estudio concluye que los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un buen nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes individuales, están subutilizados por las instituciones de salud y marginados totalmente en su ejercicio profesional, con graves consecuencias tanto en la calidad de la atención en salud, como en la satisfacción profesional⁵. Las razones para esta situación se encuentran en la insuficiencia cuantitativa de este personal en las instituciones de salud, demostrada también por estudios diversos⁶.

El ejercicio profesional por otra parte, es una práctica sometida a las condiciones del mercado de trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificadas. El estado había sido su mayor empleador hasta que aparecieron los procesos de reforma sectorial. Al profesional de enfermería se le responsabiliza de la organización, distribución y control del trabajo del equipo de enfermería, y se espera que desarrolle relaciones de complementariedad, entre su práctica y el conjunto de prácticas asistenciales en salud, para garantizar la integralidad de la atención.

La historicidad del proceso de la división del trabajo en enfermería muestra una realidad diferente de las aspiraciones de las corrientes que la idealizan, tanto en su función social de cuidar, como en la administración y gestión del cuidado.

En un estudio realizado en el Instituto de Salud Pública en México por Nigenda G. (2006)⁷ cuyo objetivo fue estimar y analizar la tasa de desperdicio entre las personas con estudios de enfermería a nivel de licenciatura, durante el periodo de su formación y en el mercado de trabajo, se encontraron entre otros los siguientes hallazgos:

³ Ibid., Nájera, R.M

⁶ NIGENDA G., Ruiz J.A., colaboradores. Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. En revista Salud Pública Méx. V.48 n.1. ISSN 0036-3634 Cuernavaca ene/feb. 2006.

⁷ Ibid.

³ NÁJERA, R.M., Castrillón M.A., Manfredi M., Propuesta para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería en América Latina y el Caribe.

⁴ Ibid., Nájera, R.M

Del total de personas que estudiaron licenciatura en enfermería (104 825) registradas en el Censo de 2000, 55.2% realizaban actividades remuneradas en el área que estudiaron. Por su parte, 15.4% de los egresados trabajaban en actividades ajenas a su formación académica, mientras que 16.2% del mismo total se dedicaban al hogar. La suma de estas dos últimas actividades representa 31.6% del total de egresados. Es decir, 33.099 personas realizan tareas que no requieren para su desempeño de la calificación académica adquirida.

La situación ocupacional de este personal de enfermería presenta algunas diferencias entre sexos en cuanto a su empleo en el área que estudiaron: del total de hombres con nivel licenciatura y con postgrado, 60.9% se encuentra empleado, mientras que el porcentaje del total de mujeres en la misma condición fue de 54.9%. Donde también existe un margen de diferencia es entre las personas que se encuentran estudiando: 5.9% del total son hombres, en tanto que las mujeres representan únicamente 2.0%. Respecto a las personas que se ocupan en el hogar; la disparidad es aún más marcada: 1% del total de hombres frente al 16.9 de las mujeres.

Las enfermeras están preparadas para las funciones de gestión y coordinación de los servicios de salud, mientras que en otros, el modelo a seguir es el ejercicio de las funciones curativas en los centros de servicios de salud clínicos. Algunas de estas diferencias provienen de las situaciones dispares que tienen algunos países.

El futuro de la enfermería

Lo señalado en párrafos anteriores está indicando que sin lugar a dudas, los cambios políticos económicos y sociales en cada país influyen en la salud, en la asistencia, y en la práctica de enfermería. Mientras que el personal de enfermería como ciudadanos esté influenciado por su medio ambiente; nuevas necesidades de salud están emergiendo en los países, y muchas más desde las consecuencias de la violencia y la inseguridad. Enfermedades infecciosas, crónico

degenerativas, el cáncer, el sida son sólo algunos de los problemas que ahora destruyen a las poblaciones.

Cada país, afronta el reto para crear nuevos sistemas que puedan satisfacer las demandas de los ciudadanos en materia de salud de manera más eficaz, en un tiempo en el que la disponibilidad de los recursos necesarios tanto humanos como financieros es escasa. La enfermería no es inmune a estos cambios, se enfrenta a enormes dificultades que parecen influir en el desarrollo de ésta profesión y en la aportación de su labor a la sociedad, estas dificultades pueden resumirse en: el poder, el sexo y la medicalización⁸.

El primer tema el poder

El poder o mejor dicho la falta del mismo. En casi ningún país de América Latina los profesionales de la enfermería participan de una forma plena en la elaboración de políticas y la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud. La falta de ese poder oficial al más alto nivel, probablemente se refleja en todas partes, por ejemplo en la toma de decisiones en el establecimiento de políticas de recursos humanos.

El sexo forma el segundo tema.

En cada país las mujeres son las que componen la gran mayoría de profesionales de enfermería; los hombres rara vez componen más del diez por ciento. La enfermería en cualquier país es predominantemente trabajo de mujer, y comparte las características de otras ocupaciones femeninas que están bajo el dominio de otros: bajo salario, bajo status, falta de reconocimiento. Según las Naciones Unidas las mujeres constituyen la mitad de la población del mundo, contribuyen con cerca de dos tercios de sus horas de trabajo, reciben un décimo de la renta del mundo y poseen menos de uno por ciento de su propiedad.

⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Enfermería en Acción*, Capítulo 5, págs. 108-110, Publicaciones Regionales, Series Europeas, No. 48

Las profesionales de enfermería sufren de esta discriminación tanto en sus vidas personales como en el trabajo.

El tercer tema es la medicalización.

La medicina domina cada sistema de salud, en la mayoría de los países de América Latina, los ministros de salud, funcionarios y gestores superiores de los servicios de salud son médicos. En el hospital o en la comunidad los profesionales de enfermería son vistos como colaboradores o ayudantes del médico. El componente del cuidado en el sanar es invisible y devaluado.

Estos tres temas son el referencial de fondo para el desarrollo de enfermería. Esto, lejos de representar en el momento actual una barrera, constituye una oportunidad y un reto para el despegue de la disciplina. El concepto clave subyacente al desarrollo de la enfermería está en la necesidad de crear un papel de este profesional, que sea apropiado a las necesidades de salud de las personas más que a las necesidades del sistema de salud. Esto significa una transformación fundamental del papel tradicional de la profesional de enfermería, para lo cual, debe contar con proyectos innovadores en la práctica, en los planes de estudio de pre y pos grado, así como la construcción metódica y permanente de las bases conceptuales y contextuales de su ser, hacer y saber.

La misión de la enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social y a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere profesionales que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como con la prevención de la enfermedad. Enfermería incluye también la planificación y la prestación del cuidado durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida, que pueden afectar la salud, la enfermedad, la discapacidad y a la muerte⁹.

La reflexión que se desprende para lograr el desarrollo de la enfermería está en crear o fortalecer el liderazgo en la disciplina, en el fomento de la práctica, en la gestión y en la formación del recurso humano.

Liderazgo

El liderazgo es de vital importancia en la creación del nuevo papel del profesional de la enfermería. Se necesita un liderazgo fuerte en el ámbito nacional, regional y local para lo cual habrá de crearse las estrategias necesarias para fortalecer o formar líderes, líderes que se hagan notar, que establezcan canales de comunicación con otras profesiones y con el público en general. Deben contar con técnicas como la construcción y uso de redes de trabajo, la creación de alianzas, la negociación y la gestión de los conflictos. La formación en cuanto a estas técnicas pueden tener lugar, en medios variados, en el servicio, en comités legislativos, en asociaciones profesionales, así como en la propia comunidad. Es a la vez necesaria la adquisición de técnicas de comunicación y el aprendizaje de toda la tecnología de la comunicación. Las tareas fundamentales de los líderes es: la planificación, el control y evaluación del ejercicio profesional en el otorgamiento de las funciones emanadas de la misión social de la enfermería.

La práctica.

La enfermería debe centrar su función fundamental en el cuidado. El cual debe ser dirigido al hombre como ser humano integral con necesidades propias o particulares, lo que significa que el cuidado debe ser individualizado, otorgado mediante acciones independientes con otras disciplinas, que permitan mejorar la calidad del mismo, garantizando mejor calidad de vida y bienestar, permitiendo al usuario que demandó el cuidado el restablecimiento de su salud.

⁹ *Ibíd.*, p. 108-110

En esta tarea, la utilización de modelos conceptuales se hace necesaria¹⁰.

Desarrollar la práctica de enfermería teniendo como referente un modelo conceptual le aporta una orientación disciplinar y profesional. Esta acción permite integrar la teoría a la práctica, pasar de la fase de construcción de la teoría a la fase de utilización de la misma. Esto le da dinamismo al ciclo científico y hace que se desarrolle el componente disciplinar de enfermería¹¹.

La aplicación de modelos conceptuales a la práctica favorece la investigación. El modelo proporciona un marco de referencia que busca conocer, describir, explicar, y comprender e interpretar todo aquello que tiene que ver con el cuidado. De esta forma, se crea teoría y se fortalece el componente disciplinar¹².

La fundamentación de la práctica con modelos conceptuales, fortalece el ejercicio profesional, ya que, el profesional que lo aplica le proporciona seguridad, autonomía, visibilidad y satisfacción. Al verificar que la práctica se orienta hacia actividades y objetivos que surgen de un diagnóstico en el que, el juicio crítico está sustentado con una meta que es la de, lograr la mejor calidad de vida del usuario.

En la práctica, los profesionales de la enfermería deben asumir la idea de contextualizar y conceptualizar el cuidado, para ejercerlo profesionalmente¹³. Esto significa, modificar substancialmente la manera de pensar de ser y de hacer enfermería, para ello se requiere conocer interpretar y comprometerse con la construcción de condiciones de vida saludable y

bienestar de los colectivos. Demanda comprender el significado de las necesidades de bienestar de los colectivos sociales y de sus satisfactores. Para diseñar modelos de atención de enfermería fundamentado en la investigación.

La Gestión.

Las competencias que se requieren del personal de enfermería como gestor, están determinadas en gran medida por los componentes del proceso de gestión, y por el nivel, en el cual opera el gestor: Nacional, Intermedio, regional, local, distrital u hospitalario. Si bien los componentes son comunes a todos los niveles, su peso relativo variará de un nivel a otro.

En el primer nivel de gestión, el gestor es responsable de gestionar cuidados de enfermería para responder a las necesidades de los pacientes. Ya desde 1989, en la conferencia europea sobre enfermería, se recomendó a los gestores de enfermería que basasen los cuidados sobre necesidades de salud y la participación de la población, y que tuvieran en cuenta: las tendencias demográficas y epidemiológicas, el medio ambiente físico y social, los problemas relacionados con el estilo de vida, los valores y creencias culturales y las consideraciones éticas, las opciones económicas y la disponibilidad del personal calificado.

Para llevar a cabo su trabajo, los gestores deben ser competentes en el campo de la atención clínica, garantizar una calidad óptima y una gestión adecuada, disfrutar de la libertad de acción profesional necesaria para adjudicar recursos y seleccionar, guiar y formar a su equipo dentro de la unidad, servicio o sector.

En el nivel intermedio de la gestión, el personal de enfermería responsable ayudará a definir la política de atención a la salud referente a los cuidados de enfermería, en coordinación con autoridades y otros profesionales de la salud, guiando la prestación de los cuidados a la salud a la luz de los recursos humanos y materiales disponibles.

En el nivel superior de gestión, el personal de

¹⁰ MORENO Y., La Transdisciplinariedad y la construcción teórica en la práctica de Enfermería. Venezuela. Diciembre 2009. 6 p.

¹¹ JIMÉNEZ G.A., Echeverría M.L., Castro Y., Zapata N., Arango A.C., Sánchez N., Tobón B., Aplicación de un Modelo de cuidado en el servicio de Ginecobstetricia de la Clínica Universitaria Bolivariana. Pág. 9-18, 2007

¹² *Ibid.*, p. 9-18

¹³ NÁJERA, R.M., Op. Cit.

enfermería gestor ayudará a diseñar y planificar las políticas de salud y participar en la organización de la prestación de los servicios de salud. Se asegurará de que, los cuidados de enfermería se desarrollen de tal forma que respondan a las necesidades de salud de la población en su conjunto.

En cada uno de los niveles el personal de enfermería gestor, además de las funciones de liderazgo en cuanto a los cuidados de enfermería, puede desempeñar un rol asesor sobre cuestiones profesionales y actuar como portavoz, sobre todas las cuestiones relacionadas con el cuidado. Deberá tener la capacidad de formular políticas para traducirlas en programas, para presupuestar, para producir y poner en marcha planes de acción para determinar sistemas de gestión y organización, para mantener controles financieros, para controlar el progreso, para evaluar resultados y para hacer repercutir esos resultados en el ciclo de planificación¹⁴.

Formación de Recursos

Los aspectos antes enunciados, exigen de los educadores de la enfermería una redefinición en el rumbo del acto educativo, puesto que la educación es uno de los elementos claves para hacer posible que el personal de enfermería contribuya eficiente y eficazmente a la transformación de su práctica en beneficio de la población. Se requiere otorgar atención en este rubro, en igualdad de circunstancias al pre grado, el postgrado, a la educación continua y permanente sin privilegiar una en detrimento de la otra. La educación en enfermería debe ser asumida estimando un trabajo en equipo institucional, que faculte utilizar y desarrollar recursos de aprendizaje concordantes a los requerimientos actuales de la sociedad, aprovechando la actividad científico tecnológico y empleando los medios existentes en toda

su potencialidad, lo que involucra la creación de ambientes propicios al crecimiento individual de los alumnos y al desenvolvimiento académico, favoreciendo una formación profesional activa, creativa y cuestionadora¹⁵.

Se debe garantizar la preparación de profesionales competentes que se identifiquen con su quehacer, y que estén alertas a reaccionar al medio social y a las exigencias de los servicios de salud. El crecimiento de la disciplina implica buscar caminos en pro de enfrentar en forma satisfactoria los múltiples desafíos que se plantean día a día en todos los ámbitos.

Los estudiantes deberán ser enseñados a enfrentarse a las aparentes ambigüedades, hacerles tomar conciencia de la naturaleza contextual y relativa del conocimiento y cuando lo descubran ser apoyados y supervisados por docentes de enfermería experimentadas. Sin apoyo ni supervisión, los estudiantes pueden devaluar la enseñanza y el aprendizaje.

También pueden rechazar la estructura teórica que es esencial en el progreso de la disciplina y desilusionarse en la infructuosa búsqueda de la única manera correcta de ofrecer cuidados.

El personal de enfermería de los servicios puede hacer una contribución importante durante el acto educativo, supervisando, enseñando y actuando como modelos del rol para estudiantes. Es el personal de servicios en ejercicio el que crea el clima para el aprendizaje.

La educación en la enfermería es la piedra angular sobre la que ha de edificarse el crecimiento y desarrollo de la disciplina, su innovación y actualización exige de cambios substanciales que den respuesta al progreso y

¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Op. Cit., p. 108-110

¹⁵ FIGUEROA A., La innovación en la educación superior en enfermería y los aportes del diseño de instrucción. Revista latino-am. enfermagem págs. 5-13, V. 7, N° 2. 1999

mejoramiento de programas de formación tanto en el pre como el postgrado. Determina a la vez, una participación activa, creativa y de una postura renovadora junto a un persistente compromiso del equipo docente.

Conclusiones

Enfermería ha pasado por diferentes momentos históricos, que le han dejado huellas que han perdurado hasta nuestros días, algunas para bien como el sentido humanista que caracteriza su ejercicio hasta el tener un lugar secundario en el acto de la salud según la opinión de un gran porcentaje de la población. La cultura existente en el mundo de la enfermería dificulta el cambio en determinados aspectos. Los recursos disponibles, el entorno laboral, el estilo de gestión, de dirección predominante y las oportunidades educativas, juegan papeles de igual importancia a la hora de determinar el éxito de enfermería como agentes de cambio.

En los últimos años, una serie de factores han convergido para desafiar los entornos de trabajo del personal de enfermería. Los rápidos avances en la ciencia biomédica, la prevención de enfermedades y mejor gestión en la integración de las nuevas tecnologías en la atención clínica, y los cambios en la atención a una amplia gama de sitios clínicos han contribuido a crear la necesidad de mejorar la educación de este grupo de trabajadores de la salud.

Los profesionales de la enfermería, tomando en cuenta su trayectoria histórica como disciplina humanista defensora de los derechos del paciente, deben reflexionar y actuar en como profundizar y ampliar conocimientos propios para que le apoyen en el logro de su máximo objetivo: ayudar a que cada ser humano, esté capacitado para adquirir, interpelar y utilizar información sobre los servicios de salud, las enfermedades y la promoción de su propia salud, la de su familia y la de su entorno.

El desarrollo de la enfermería requiere de estrategias

que la lleven hacia: el fortalecimiento del liderazgo, el uso inteligente de la gestión en diversos niveles, en mejorar en calidad y equidad la práctica, creando o adaptando modelos de atención y en planificar la formación de recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población y a los modelos educativos que privilegien el aprendizaje más que la enseñanza.

Bibliografía

- (1) AIMAR, A., VIDELA, N., TORRE, M. Revista electrónica semestral de enfermería. Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. 2006. ISSN 1695-6141 No. 9
- (2) BALLIRO, N., Programa de Formación Básica en Salud Pública. Eje Nro. 2 Análisis de situación de Salud. Secretaría de Salud. México. 2008.
- (3) BRIHAYE, A. Por la remuneración equitativa del Personal de Enfermería. Oficina internacional del Trabajo Ginebra 1994 Index Enfermería v.16, no. 56, primavera 2007. ISSN 1132-1296
- (4) CALCAGNO, A. Revista Iberoamericana de Educación. El financiamiento de la educación en América Latina. 1997 No. 14, Mayo-Agosto 1997. ISSN 1681-5663 versión digital.
- (5) CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERA (CIE). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada. International Council of Nurses 3, Place Jean Marteau 1201, Geneva Switzerland. 2009
- (6) CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERA (CIE). Sector del Programa Práctica profesional. Visión General. Geneva Switzerland 2010
- (7) FIGUEROA, A., La innovación en la educación superior en enfermería y los aportes del diseño de instrucción. Revista latino-am. Enfermagem. p. 5-13, 1999 ISSN 0104-1169 Vol. 7, no. 2. Riverao-Preto Brasil

(8)GALDAMES, L. Revista de Enfermería. ¿Por qué desarrollar competencias generales en los alumnos de enfermería? Revista Iberoamericana de Educación No. 7, 1995 Riverao, Preto Brasil

(9)JIMÉNEZ, G, ECHEVERRÍA, M.L., CASTRO, Y, ARBOLEDA, M., ZAPATA, N., ARANGO, A.C., SÁNCHEZ, N., TOBÓN, B.L. Aplicación de un modelo de cuidado en el servicio de Ginecobstericia de la Clínica Universitaria Bolivariana. La Paz, Bolivia 9-18, 2007

(10)Los sellos de la práctica de Enfermería Profesional para el Medio Ambiente. Lo que toda la escuela de postgrado de Enfermería debería considerar buscar empleo. AACN Libro Blanco

(11)MORALES, J.M., MORILLA, J.C., MARTÍN, F.J. Index de Enfermería Recursos Humanos en los Servicios de Salud: ¿Decisiones políticas o política de decisiones? 2007 Scientific Electronic Library Online Index Enferm Vol. 16, No. 56, Granada, España primavera 2007.

(12)MORENO, Y. La transdisciplinariedad y la construcción teórica en la práctica de enfermería. Revista Electrónica de Portales Médicos.com 2009 Vol. V, No. 1, 1era. Quincena de enero ISSN 1886-8924.

(13)MURRAIN, E. Tendencias de la Investigación en Enfermería. p. 90-96, 2009 Repertorio de Medicina y Cirugía, Bogotá, Colombia 2009, 18 (2) 90-96 Vol. 18, No. 2, abril-junio 2009

(14)NÁJERA, R.M., CASTRILLÓN, M.C., MANFREDI, M. Series Académicos CBS Propuesta para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería en América Latina y el Caribe. 2007 Editorial UAM-X México, D.F.

(15)NÁJERA, R.M., Revista de Enfermería, Educación en Enfermería: Un arte Innovador. 2004. Medellín, Colombia Revista Lasallista de Investigación. ISSN 1794-4449 No. 1

(16)Nigenda G., MA, MSc, PhD, Ruiz J.A., Bejarano R., Salud Pública de México, p. 22-29, 2006

(17)ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Enfermería en Acción, Fortalecimiento de la

enfermería y matronería en apoyo de salud para todos. 1993 Publicaciones Regionales Series Europeas No. 48, Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, España. ISBN 92-890-1312-5

(18)QUINTERO, M.C., Aquichan. Realidad y retos para enfermería. 2005 Chía, Colombia Universidad de la Sabana, ISSN 1657-5997

(19)SANABRIA, L., OTERO, M., URBINA, O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. Cubana, La Habana Educ. Med. Super 2002

(20)STYLES, M. y AFFARA, F. Las hojas informativas "La Enfermería Importa" facilitan información de fácil referencia y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales. 1997 Consejo Internacional de Enfermera (CIE) Geneva Switzerland

(21)T., Álvaro. En búsqueda de una reflexión Científico-Disciplinaria de la Profesión de Enfermería. 1999. MedUNAB Vol. 2, No. 4, Abril 1999.

(22)TORRES, J.M. Rev. Cubana, La Habana. Salud Pública. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. 2004 vol. 30, No. 4, Oct.-Dic. 2004.

(23)URRA, E. Avances de las Ciencias de Enfermería y su relación con la disciplina. Ciencia y Enfermería XV (2), 9-18, 2009 Vol. 15, Nro. 2, Agosto 2009, Versión On-line ISSN 0717-9553

(24)ZAPICO, F. Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad. 2006 BibEnfi, Universidad de Barcelona España.

R E S U L T A D O S

satisfactorios

del VII Encuentro Binacional del Cuidado

Avances en la Práctica Clínica de Enfermería
Septiembre 29 y 30 de 2010

Durante el 29 y 30 de septiembre se llevó a cabo en San José de Cúcuta el VII Encuentro Binacional de Cuidado, evento instituido por el grupo de cuidado de enfermería desde hace siete años, con el objetivo de proporcionar a la comunidad académica de enfermería: Docentes, investigadores y estudiantes, espacios para el intercambio de resultados de investigación y de experiencias clínicas de cuidado en los diferentes escenarios del ejercicio profesional: Asistencia, docencia, gestión e investigación.

Con la concurrencia de 250 personas y durante dos días de intercambio de experiencias en la temática avances en la práctica clínica de

enfermería, docentes y estudiantes procedentes de instituciones formadoras y de servicio de Venezuela y Colombia socializaron un total de 20 trabajos que fueron elegibles por el Comité Científico para su presentación en algunas de las temáticas centrales del evento como: herramientas gerenciales aplicadas a la práctica clínica, experiencias de cuidado en situación clínica durante el proceso vital, e incorporación de nuevas tecnologías a la práctica de cuidado.

Destacan entre los participantes las enfermeras magister Diana Marcela Achury Saldaña, docente de la Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, María Stella C. de Aldana,



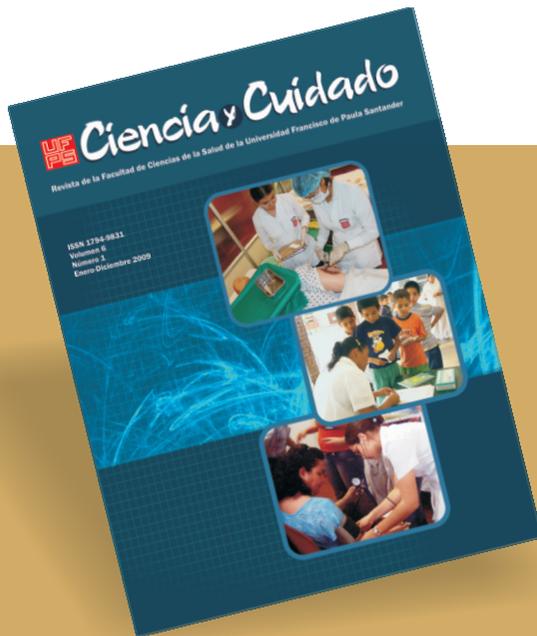


docente Programa de Enfermería, Universidad de Santander (Bucaramanga), Erika Rodríguez, Enfermera perfusionista Clínica San José de Cúcuta, Jaime E. Castellanos Guevara, Instructor ACLS_BLS AHA Presidente de de la Sociedad de Enfermería en Internet.

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

- Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial validez y confiabilidad de un instrumento para determinar adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca.
- Hipotermia en el Usuario posterior a Reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar. Cuidado del Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Aféresis Terapéutica: Nuevo espacio para enfermería.
- Sexualidad en la mujer con enfermedad cardiovascular.
- Nuevas Fronteras en la Ventilación Mecánica. Rol de Enfermería en el paciente de cirugía cardiovascular.
- Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado del paciente postinfarto agudo del miocardio egresado de la unidad coronaria.
- Prevención de la mortalidad materna y neonatal a través de la vigilancia y cuidado en el binomio madre – hijo en el municipio de Arauca.



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. _____