

Revista Ciencia y Cuidado

Volumen 5 / Número 1 / Enero-Diciembre de 2008 - ISSN 1794-9831



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



REVISTA
CIENCIA Y CUIDADO
revcyc@motilon.ufps.edu.co

RECTOR
HÉCTOR MIGUEL PARRA LÓPEZ

DECANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
LUZ MARINA BAUTISTA RODRIGUEZ

DIRECTORA PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA

DIRECTOR GENERAL
LUZ MARINA BAUTISTA RODRÍGUEZ

COMITÉ EDITORIAL
Enf. Mgs. Dianne Sofía González Escobar – U.F.P.S
Enf. Mgs. María Mercedes Ramírez Ordóñez – U.F.P.S
Enf. Mgs. Maribel Trujillo – ESE Hospital Local Pamplona
Md. Esp. Carlos Humberto Mora – ESE Hospital U. Erasmo Meoz
Enf. Mgs. Alba Lucero López Díaz Universidad Nacional de Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO
Enf. Mgs. Olga Marina Vega Angarita – U.F.P.S
Enf. Mgs. Gloria Esperanza Zambrano Plata – U.F.P.S
Enf. Mgs. Nohema Godoy Godoy – COOMEVA
Md. Especialista Mauricio Sarrázola – Universidad de Pamplona
Enf. Mgs. Iltia Lange Esc. de Enfermería Pontificia U. Católica de Chile

EDITOR
CÓDIGO PUBLICIDAD

CORRECTOR DE ESTILO
Lic. y Especialista Mónica Jurgensen Rangel

FOTO PORTADA
Cuadro pintado y donado por William López 1998
Egresado Programa de Enfermería

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

SUMARIO

	<i>Página</i>
EDITORIAL	3
SECCIÓN INVESTIGACIÓN	
Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad.	5
Caracterización psicológica y sintomatológica depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años.	20
Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio.	40
Manejo de heridas por trauma en el servicio de urgencias.	51
Práctica de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes.	61
El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo crónico.	74
Evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva.	85
Diagnóstico de enfermería prevalente en los pacientes que presentan impregnación neuroléptica.	95
SECCIÓN PRACTICA CLINICA	
Programa de atención integral a la adolescente gestante.	109
Memorias VI Encuentro Binacional del Cuidado de Enfermería.	125
Normas de publicación.	127
Formulario de inscripción	130

Pares evaluadores externos

CLARA GEREDA

Enfermera

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

MARTIN CARRILLO VARGAS

Psicólogo

Mg. en Orientación de la Conducta
Especialista en Admón y Docencia Universitaria
Coordinador Programa de Psicología Universidad
Antonio Nariño

NORIS MADARIAGA

Enfermera Profesional

Especialista en Salud Ocupacional

MARIA VICTORIA BERMONT

Enfermera

MONICA PEÑALOZA GARCIA

Enfermera

Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado
Cardiovascular

Jefe Unidad Cuidados Intensivos Clínica Médico
Quirúrgica

ZAIDA ACEVEDO

Enfermera

Especialista en Servicios de Salud

Especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de
Salud

Asesora de Planeación ESE Hospital Universitario
Erasmus Meoz

WILLIAM ATEHORTUA PUERTA

Estadístico

Mg. Salud Pública

Mg. Población y Desarrollo

Especialista Gestión aplicada a los servicios de salud.

CAMILO ANDRES CHAMUCERO BARATO

Enfermero Jefe Imsalud

LAURA RODRIGUEZ

Enfermera

Directora Profamilia - Cúcuta

MYRIAM CARREÑO

Enfermera

Profamilia - Cúcuta



Editorial

Los servicios de enfermería son un componente de los sistemas de salud, esencial para el desarrollo de la sociedad.¹ Según lo planteado por el Banco Mundial, el personal de enfermería puede proveer la mayoría de los servicios básicos en la prestación de cuidados clínicos y de salud pública.

En este sentido, la educación de enfermería para el siglo XXI debe orientarse a enseñar a aprender, a aprender continuamente contemplando competencias y habilidades esenciales para la práctica y promoción del liderazgo en los profesionales demostrando cambios en su preparación académica y en las formas de ejercer su profesión, que les permita responder a los grandes retos que se prevén con calidad.²

La calidad de una profesión se reconoce no sólo por la articulación y coherencia que en ella se presentan entre un campo de conocimientos y un campo de práctica, sino también por la posibilidad de que ofrecen a quienes se forman, demostrar las competencias necesarias en la reflexión, acción y búsqueda de soluciones a situaciones y problemas en contextos específicos nuevos y diversos.³

El sistema de Educación Superior colombiano debe realizar exigencias basadas en parámetros mínimos y máximos, de tal forma que sea flexible, exigente y pertinente al entorno. En este contexto las instituciones de educación superior en Colombia están aplicando los estándares mínimos de calidad como obligación para ofrecer una educación que cumpla con los atributos mínimos. Los programas de enfermería, tal como lo plantea ALADEFE en su plan de desarrollo 2002-2004, deben contribuir a mejorar la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje mediante pedagogías innovadoras, logrando la sensibilización requerida para que los futuros profesionales sean formados en una visión distinta para ofertar servicios y desempeñarse en los diferentes ámbitos de la profesión.

Así mismo, los profesionales de enfermería deben prepararse para ofrecer servicios a culturas diferentes, en modalidades distintas como los cuidados a domicilio, en centros de rehabilitación, clínicas, hospitales, escenarios ambulatorios y administrativos donde se gestione y brinde cuidado de mayor calidad.

¹ Organización PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. 2001. Pág 5

² GARZON ALARCON, Nelly. Retos de enfermería para el nuevo milenio. Cuidado y practica de enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. 2002. Pág 19

³ ICFES. Estándares mínimos de calidad para la creación y funcionamiento de programas universitarios de pregrado. Primera edición. Bogotá. 2001. pag 125

Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad

Effect of on educational program in the ability o care for the family caregivers of de persons in status of chronic disease

Olga Marina Vega Angarita*
Martha Karime Mendoza Tarazona**
María del Pilar Ureña Molina**
Wilmer Augusto Villamil Santander**

RESUMEN

El estudio corresponde a un diseño tipo cuasiexperimental con abordaje cuantitativo. Pretende medir el efecto de un programa educativo de apoyo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de pacientes en situación de enfermedad crónica mediante la utilización del CAI (Caring Hability Inventory) de Ngozi NKongho se estructura en cuatro fases: **la primera**, comprende la medición inicial de la habilidad del cuidado de los cuidadores participantes; **la segunda**, corresponde a la implementación de programa educativo estructurado por los autores del estudio; **la tercera**, se efectúa la

medición final de la habilidad una vez finalizado el programa educativo, y en **la cuarta**, se desarrolló el análisis comparativo entre los resultados iniciales y los finales obtenidos en la muestra.

Respecto a la habilidad total, se encontró que la aplicación del programa educativo para los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, presentó un efecto estadístico significativo. Al realizar el análisis comparativo por categorías se observa un efecto estadístico significativo en la categoría de valor (t: 2.81). Sobre las categorías de conocimiento y paciencia, se observó una reubicación en el número de cuidadores hacia el nivel óptimo con la implementación del programa.

* Magister en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander, docente Asociado Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, directora Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería, Vicerrectora Asistente de Estudios E-Mail: omvega@bari.ufps.edu.co

** Estudiante de último semestre del programa de enfermería, Trabajo de grado para optar al título de profesional de enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander.

** Estudiante de último semestre del programa de enfermería, Trabajo de grado para optar al título de profesional de enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander.

** Estudiante de último semestre del programa de enfermería, Trabajo de grado para optar al título de profesional de enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander

Palabras claves: Cuidadores familiares, programas educativos, Habilidad de cuidado.

SUMMARY

The design applied to the present study, is of traverse descriptive type with quantitative boarding that has as purpose, to determine the effect of an educational program in the invigoration of the ability of 40 caretakers' care, which was developed in four stages: the first one, understands the initial mensuration of the ability of care by means of the application of the Inventory of the Ability of Care “, elaborated by the doctor Ngozi O. Nkongho in an administered way car, the second, correspond to the implementation of the educational program, in third o'clock, the final mensuration of the ability is made once concluded the educational program, and in the fourth, you development the comparative analysis among the results iniciales and the ends obtained by the sample.

Regarding the total ability, it was found that the application of the educational program for the family caretakers of people in chronic situation of illness, presented a significant statistical effect. When carrying out the comparative analysis for categories a significant statistical effect it is observed in the category of value (t: 2.81). regarding the categories of knowledge and of patience, a relocation was observed in the number of caretakers toward the good level with the implementation of the program; however, when carrying out the statistical comparison, a significant effect of the same one is not evidenced in the ability level of these two components (t: 1.16 and t:1.32 respectively).

Key Words: family caregivers, educational programs, ability to care.

INTRODUCCIÓN

El informe de la Organización Mundial de la Salud permite comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y la necesidad de intervenir contra ellas. El 60% de todas las defunciones, se deben a enfermedades crónicas, y de este porcentaje los países con ingresos bajos y medios aportan el 80% de las muertes por esta causa; de tal manera que la carga de estas enfermedades se manifiesta, en los serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados, en las muertes prematuras, en los efectos económicos de la familia y de la comunidad en general, sin distinción de sexo y/o raza.

Los diferentes avances en la ciencia y en la medicina, han tenido un fuerte impacto en los patrones demográficos de la población mundial, reflejándose en la disminución de la mortalidad en edades avanzadas y en el descenso de la natalidad, que dejan como consecuencia el aumento de la esperanza de vida en un 3.3 a 5.7 años en América latina, entre los años de 1955 y 2000; este cambio en el perfil demográfico, ha dado lugar al envejecimiento de la población en general haciéndolos vulnerables a las enfermedades crónicas lo que da cabida, a un aumento concomitante de este grupo de patologías, degenerativas y discapacitantes¹

Los cambios demográficos son el envejecimiento de la población, el descenso de la fecundidad y la rápida urbanización.

¹ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la enfermedades crónicas una inversión vital. Nueva York: OMS, 2002. p. 23.

Colombia no es ajena a esta situación, de tal manera refleja y experimenta cambios demográficos y un cambio en el perfil epidemiológico propio de las sociedades en transición. Ejemplos de los cambios demográficos son el envejecimiento de la población, el descenso de la fecundidad y la rápida urbanización; ya que la esperanza de vida al nacer aumentó a 70,6 años en 2000, la fecundidad bajó a 2,8 hijos por mujer y la población urbana representa 71% de la población total. En cuanto al proceso de transición epidemiológica, demuestra que de las causas de enfermedad y muertes típicas de la pobreza: infecciosas, transmisibles e inmunoprevenibles, se transita hacia las del

desarrollo de tumores, enfermedades cardiocerebrovasculares y otras crónicas.

Lo descrito anteriormente, potencializa el incremento de los factores de riesgo que conllevan a la aparición del trastorno orgánico y funcional que modifica el estilo de vida, el cual es permanente, multicausal y requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control, denominado comúnmente enfermedad crónica¹. En el Proceso de aprender a vivir, las personas con enfermedad crónica, sus cuidadores y familiares, requieren de un componente importante de conocimiento, factor que es necesario desempeñar durante todo el proceso de la enfermedad.

Se ha observado un crecimiento sin precedentes en el número de familias que han tomado la responsabilidad de cuidar a un pariente crónicamente enfermo. Esta afirmación se sustenta al demostrar que el 63.8% de los cuidados son dispensados por la familia y el 2% por los servicios sociales.

En las últimas dos décadas se ha observado un crecimiento sin precedentes en el número de familias que han tomado la responsabilidad de cuidar a un pariente crónicamente enfermo. Esta afirmación se sustenta al demostrar que el 63.8% de los cuidados son dispensados por la familia y el 2% por los servicios sociales.

La revisión bibliográfica existente señala que en el cuidado a largo plazo la oferta de servicios no responde a las necesidades de los usuarios, los pocos servicios ofertados se centran en acciones asistenciales de cuidado del enfermo crónico en contextos hospitalarios, en el manejo de las complicaciones eventuales de la enfermedad crónica y los servicios de rehabilitación física y cognitiva; dejando de un lado la atención y preparación de los cuidadores familiares para asumir el rol y dar continuidad a una serie de cuidados básicos que permitan al enfermo sobrellevar de una manera positiva las implicaciones de su nuevo estilo de vida.

¹SANCHEZ HERRERA, Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. En: revistas Avances en enfermería. v 5. N° 1. Marzo 2002. p.20

Una noticia desconcertante es la de saber que en el sistema de salud de nuestro país no se brinda la atención que los cuidadores requieren para ofertar los cuidados básicos en el domicilio al familiar en situación crónica de enfermedad, de igual forma no se han generado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad.

De acuerdo con Pinto (2003), en Colombia no se cuenta con programas que permitan dar continuidad por los mismos miembros del equipo de salud, las experiencias en la temática lideradas por enfermería son limitadas. Hasta el momento no se conocen de estudios que describan y expliquen bajo el rigor científico la eficacia de programas educativos en el fortalecimiento de la habilidad de cuidado de los cuidadores, a pesar de indicarse en la literatura consultada sobre las razones por las que las intervenciones de enfermería como estrategia de apoyo de los cuidadores son diseñadas¹.

La muestra objeto de estudio, estuvo constituida por 40 personas de ambos sexos, quienes ejercían el rol de cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde lo metodológico el estudio utilizó un diseño de corte cuasi experimental con abordaje cuantitativo. La muestra objeto de estudio, estuvo constituida por 40 personas de ambos sexos, quienes ejercían el rol de cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica asistentes al Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular de San José de Cúcuta. Los datos fueron obtenidos, previo consentimiento informado de los participantes a través de un formato firmado y con la autorización de la institución sede del estudio.

En la parte instrumental para el desarrollo de la investigación se llevó a cabo la medición inicial y final de los datos mediante el instrumento “inventario de habilidad de cuidado”, elaborado por la doctora Ngozi O. Nkongho. Estructuralmente determinado en treinta y siete ítems (37), con respuestas tipo likert, que van de 1 a 7, donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo; con los puntajes más altos se indica mayor grado de cuidado para el ítem positivamente formulado, para los ítem negativamente formulados el puntaje se invierte. El instrumento tiene una validez de 0.80 y un nivel de confiabilidad de 0.84.

De igual manera fue incluido el Perfil PULSES, instrumento que permite clasificar y valorar la funcionalidad de la persona receptora de cuidado dentro de 6 ítems a fin de valorar la independencia de la siguiente manera: de 6 a 8 compromiso leve, de 9 a 10 compromiso moderado, de 11 a 24 compromiso severo.

¹ STOBBER Larsen “efectividad de una intervención de enfermería para apoyar a cuidadores familiares de pacientes crónicamente enfermos; [Material traducido al idioma español por VACA, Alexandra,] Estados Unidos. p1-12.

Durante tres meses y con una intensidad de 2 horas semanales, los cuidadores participantes recibieron el programa educativo diseñado previamente por los autores del estudio. En la estructuración del contenido se realiza la revisión exhaustiva de fuentes bibliográficas de enfermería nacional e internacional, las cuales fueron retomadas para la conformación de los dos núcleos temáticos que fundamentan el programa: cuidado de sí mismo y cuidado

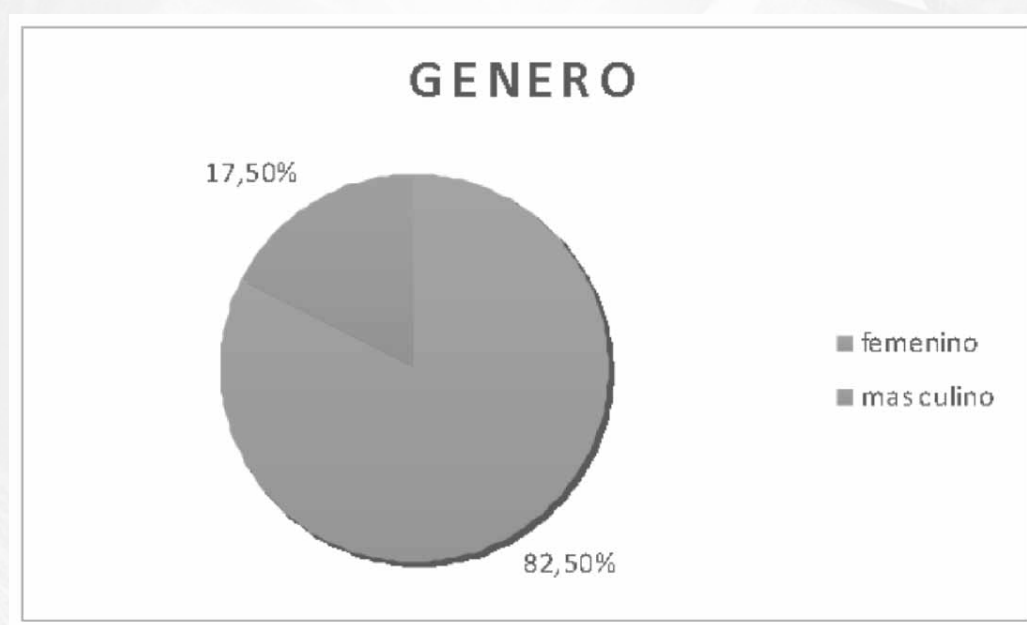
del enfermo crónico. La metodología de las sesiones educativas incluyó conferencias, discusiones de grupo, material escrito y audiovisual.

La tabulación de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, para determinar la significancia estadística del efecto del programa se utilizó el método de la T de student, con los resultados iniciales y finales de la habilidad general y por categorías.

RESULTADOS

1. Caracterización sociodemográfica de cuidadores familiares en situación crónica de enfermedad.

Grafico 1. Distribución de cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, caracterizados según sexo. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, San José de Cúcuta. 2007. (n=40)

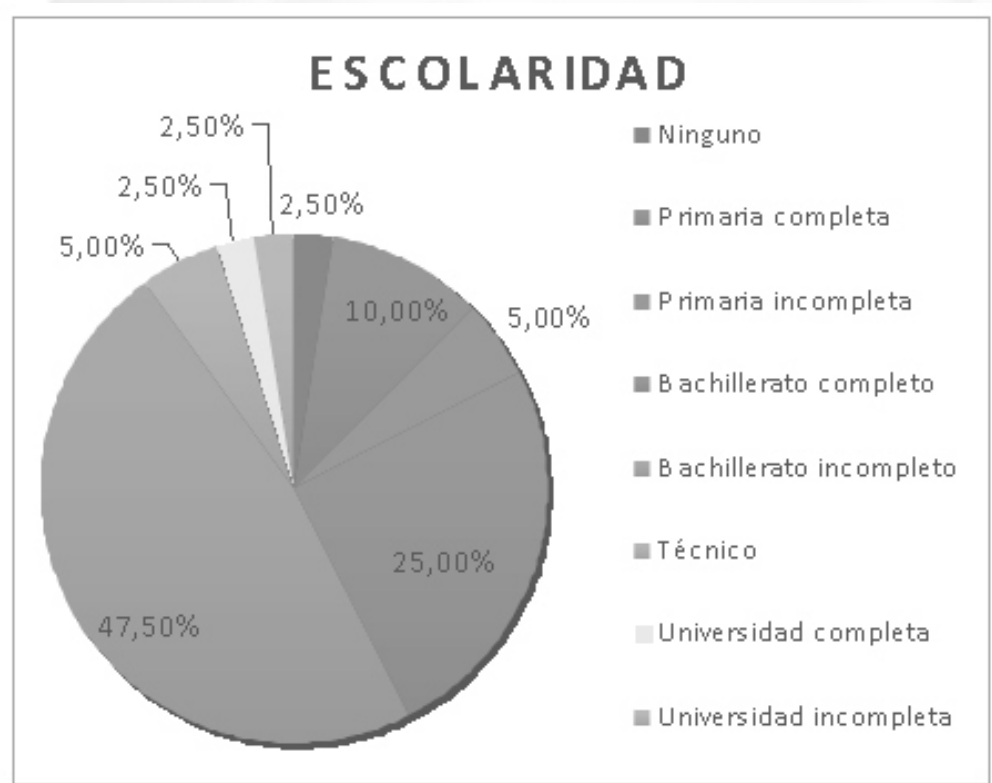


Fuente: caracterización sociodemográfica de cuidadores.

Se observa que el género de predominio corresponde al femenino con un 82.5% de los cuidadores; y en menor porcentaje (17.5%) al masculino. Estos hallazgos son similares a lo

reportado en estudios previos efectuados en el contexto nacional y regional,^{4 5 6 7} en el que se confirma el papel protagónico del sexo femenino en el rol de cuidado.

Grafico 2. Distribución de cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, caracterizados según grado de escolaridad. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, San José de Cúcuta. 2007. (n=40).



Fuente: caracterización sociodemográfica de cuidadores.

· VEGA, Olga. Estudio sobre la habilidad del cuidado de los cuidadores primarios de personas adultas discapacitadas por enfermedad cerebrovascular, asistentes al servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz y centro de rehabilitación del Norte de Santander, en Revista Respuestas. ISSN 012282X. Universidad Francisco de Paula Santander, año 11 N° 1 Julio del 2006 – San José de Cúcuta- Colombia pp 11.

· VEGA, Olga; GONZALEZ, Dianne; comparación de la habilidad de cuidado entre cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus, Universidad Francisco de Paula Santander Facultad de Ciencias de la Salud, IV Encuentro Binacional Cuidado de Enfermería, San José de Cúcuta 24 y 25 de Agosto de 2006, Memorias grupo de Investigación Cuidado de Enfermería, pp 80.

· PARRA Erika. "Calidad de vida de los cuidadores familiares de adultos con enfermedad neurovascular discapacitante hospitalizados en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz, San José de Cúcuta durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2006" [trabajo de grado como requisito para optar al título de enfermera, Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta, 2006]

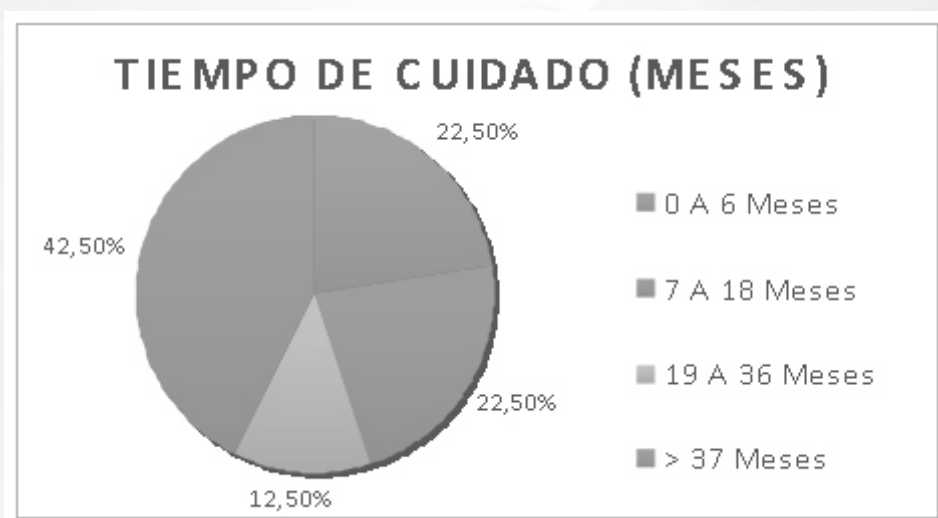
· CHÁVEZ CAÑAS, Wilmer Orlando; ESTÉVEZ LÓPEZ, Erica Paola; RUEDA BARRANCO, Julieth Jazmín; "Grado de preparación para el cuidado en casa de cuidadores familiares de adultos en situación de enfermedad crónica discapacitante neurovascular de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz". [trabajo de grado como requisito para optar al título de enfermera, Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta, 2006. p. 63-84]

Según escolaridad se observa que la mayor proporción de cuidadores cuentan con un bajo nivel (62.5%); particularmente, el 47.5% han cursado algún nivel de bachillerato sin culminarlo, el 10% cursaron de forma completa la educación primaria y el 5% cursó de forma incompleta sus estudios primarios. Un 25% de cuidadores poseen un nivel medio, particularmente un 7,5% de cuidadores alcanzan niveles técnicos y profesionales, y sólo el 2.5% de cuidadores no recibió ningún tipo de educación. Situación que coincide

con lo reportado por el estudio realizado en el contexto local (2006)⁸, en el que se reportó cuidadores con bajos niveles educativos (73 %), seguido de un 38% con niveles de educación media, y apenas un 3% contaron con estudios superiores.

Lo reportado en el presente estudio muestra correlación con el bajo nivel socioeconómico en el que se encuentran los cuidadores; lo que dificulta la posibilidad de mejorar las condiciones de vida y de una mejor oferta laboral.

Grafico 3. Distribución de cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, caracterizados según el tiempo en el ejercicio del cuidado. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular. San José de Cúcuta. 2007. (n=40)



Fuente: caracterización sociodemográfica de cuidadores

El 42% de los cuidadores refieren un tiempo de cuidado mayor de 37 meses seguido por aquellos cuidadores con tiempo de 0 a 6 y de 7 a 18 meses con un 22.5% cada uno. Esto se asemeja a estudios realizados en el contexto nacional 2004⁹⁻¹⁰ donde se reporta que aproximadamente el 51% de cuidadores han

ejercido su labor por más de 37 meses. El tiempo de cuidado es un aspecto importante en la relación de cuidado como lo refiere Galvis y cols (2004)¹¹; en la relación que se establece entre el cuidador y el paciente se identifican categorías como:

⁸ CHAVEZ Wilmer, ESTEVEZ Erica, RUEDA Julieth, Op. Cit. p 19.

⁹ BARRERA, Lucy; GALVIS, Rocío; MORENO, Elisa; PINTO, Natividad; SANCHEZ, Beatriz.

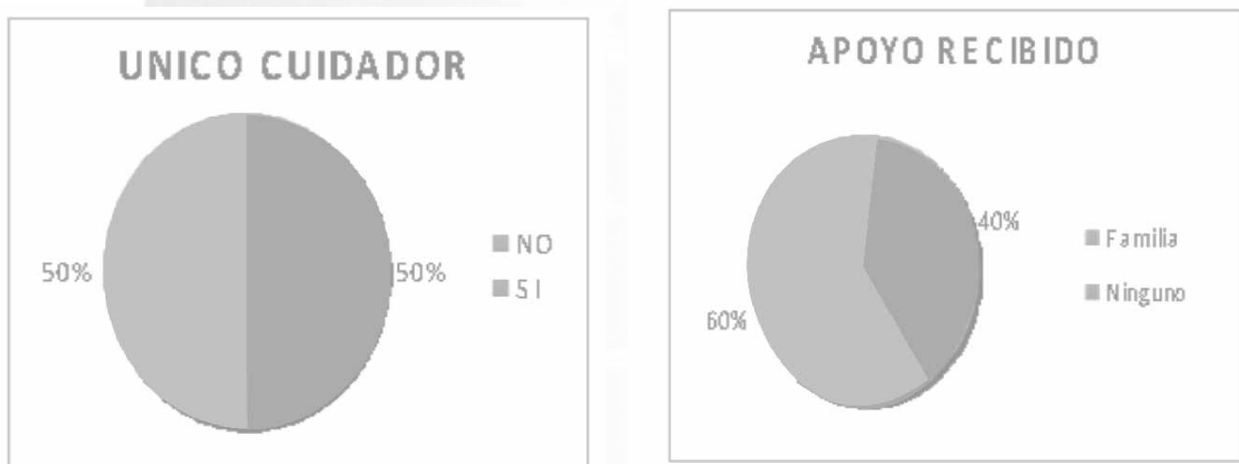
¹⁰ Ibid.

¹¹ GALVIS, Clara; PINZON, Maria Luisa; ROMERO, Esperanza, Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación crónica en Villavicencio, Meta. En: Revista avances de enfermería Vol. XXII N°1 Enero – Junio 2002, p 4-26

dependencia, dominio, sobreprotección, conflicto y armonía; de las cuales la más común es la dependencia, debido

principalmente a la práctica y conocimiento adquirido durante la relación de cuidado.

Grafico 4. Distribución de cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, caracterizados según único cuidador y apoyo recibido. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular de San José de Cúcuta. 2007. (n=40)



Fuente: caracterización sociodemográfica de cuidadores.

El 50% de los cuidadores se encuentran solitarios en el desarrollo de su labor, situación que guarda correlación con el 60% de cuidadores que afirman no recibir ninguna clase de apoyo.

Cabe mencionar lo señalado en la literatura acerca de las principales necesidades del cuidador, entre las que se mencionan con frecuencia el apoyo tanto de la familia para el desempeño de las labores de cuidado, de tal manera que le permitan abastecer de una forma mas humana y completa, las

necesidades tanto del cuidador, como las del receptor de cuidado.¹²

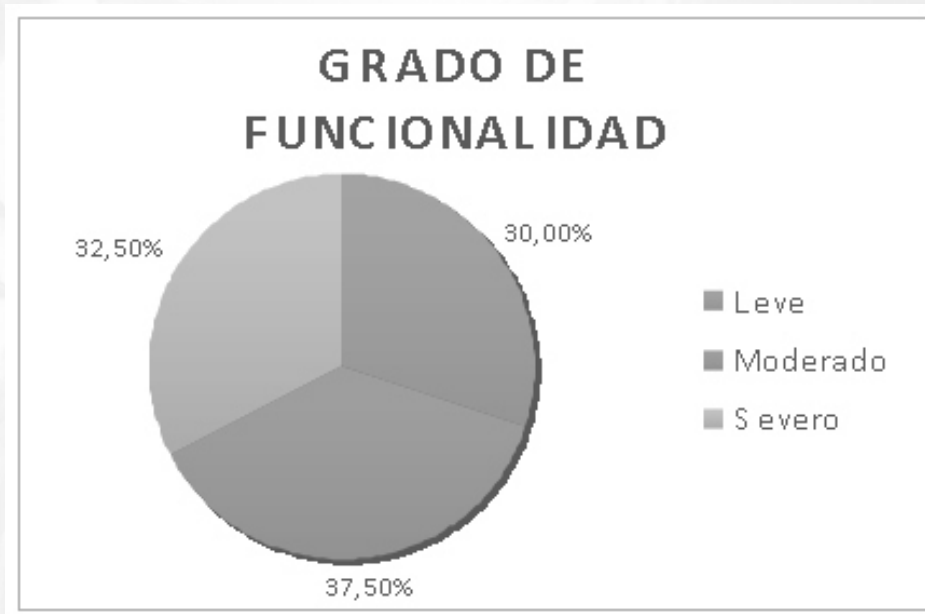
Así mismo, ha sido bien documentada la importancia de conocer los servicios que el contexto ofrece para el cuidador y la persona cuidada¹³, en este sentido se tienen el reto interno y externo de dar a conocer a los cuidadores los recursos disponibles mas allá de los que las personas buscan con sus amigos y conocidos.

¹² POVEDA, Rosa. Cuidados a pacientes crónicos; aspectos psicosociales de la enfermedad crónica, Revista otros aspectos, octubre 2003, pp6. En <http://per.wando.es/aniorte.nic/apunt.cuidad.cronic2.htm>

¹³ PINTO, Natividad; BARRERA, Lucy; SANCHEZ, Beatriz. Op. Cit. p. 131.

2. Funcionalidad del enfermo crónico

Grafico 5. Nivel de funcionalidad de las personas en situación crónica de enfermedad. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, San José de Cúcuta. 2007.



Fuente: escala de funcionalidad, PULSES.

En cuanto al nivel de funcionalidad de los receptores del cuidado del estudio, se encontró como un porcentaje significativo (70%) presentan un compromiso de su funcionalidad entre moderado y severo. Estos resultados se relacionan con los estudios realizados a nivel nacional¹⁵ y de la región^{(16) (17)} acerca de la temática.

La disfunción del grupo a estudio se encuentra principalmente relacionada con la locomoción y capacidad de traslado, particularmente el 35% de las personas con enfermedad crónica

requieren de ayuda humana y el 18% son totalmente dependientes para las actividades de desplazamiento. Situación semejante a los resultados arrojados en el estudio realizado por Venegas (2006)¹⁸, donde afirma que el “cuidado de este tipo de personas requieren esfuerzos físicos, técnicas de acomodación para realizar los movimientos y mayor gasto de energía, que pueden llevar al desgaste físico y alteraciones musculoesqueléticas que le produzcan dolor y con el tiempo limitación”.

La literatura universal describe como la

¹⁵VENEGAS, Blanca Cecilia, Habilidad el cuidador y funcionalidad de la persona cuidada, en Revista AQUICHAN, Vol 6, N° 001. Octubre, 2006. Universidad de la Sabana, Chía, Colombia, p. 143

¹⁶VEGA Olga; GONZALEZ Dianne. Op.Cit. p. 87.

¹⁷CHAVEZ, Wilmer; ESTEVEZ, Erica; RUEDA, Julieth. Op.Cit. p.26

¹⁸VEGA, Olga. Op.Cite. p. 13.

¹⁹VENEGAS, Blanca Cecilia. Op.cite. p.142.

discapacidad afecta directamente el estilo de vida del cuidador familiar ya que se incrementa el número de tareas, el tiempo de cuidado y los recursos necesarios para la persona, exponiendo al cuidador a una mayor carga y elevados niveles de estrés.

De igual forma, la demanda de cuidado puede hacer que los cuidadores vean reducido considerablemente su tiempo de ocio, como consecuencia es posible que las relaciones significativas con los familiares y amigos, disminuyan en cantidad como en calidad y hacer que la persona se aísle progresivamente.¹⁹

3. Habilidad del cuidado de los cuidadores

Tabla 1. Nivel de habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad según momentos de medición. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, San José de Cúcuta. 2007. (n=40)

CATEGORIA	ESCALA	PUNTAJE	MEDICION INICIAL		MEDICION FINAL	
			n	%	n	%
HABILIDAD GENERAL	BAJO	37-90	15	37.5	13	32.5
	MEDIO	191-216	14	35	4	10
CONOCIMIENTO	ALTO	217-259	11	27.5	23	57.5
	BAJO	14-78	11	27.5	8	20
	MEDIO	79-90	17	42.5	13	32.5
PACIENCIA	ALTO	91-98	12	30	19	47.5
	BAJO	10-58	13	32.5	6	15
	MEDIO	59-65	13	32.5	16	40
VALOR	ALTO	66-70	14	35	18	45
	BAJO	13-49	21	52.5	8	20
	MEDIO	50-62	3	22.5	14	35

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado. (CAI)

¹⁹ GALVIS; Clara, PINZON, María Luisa; ROMERO, Esperanza. Op. Cit. p.16.

En lo relativo al nivel de habilidad general, se encontró que los cuidadores en su mayoría presentan un nivel deficiente en la medición inicial con un 72.5%, en contraste con apenas un 27.5% que cumplen con la habilidad total para asumir el rol. Esto implica que más de la mitad de los cuidadores, no reúnen las condiciones requeridas para brindar efectivamente los cuidados básicos, a pesar del tiempo en el ejercicio del cuidado, del parentesco con la persona cuidada y del compromiso en el nivel de funcionalidad del receptor de cuidado. En relación a la **categoría de conocimiento**, se encontró que solo un 30% de los cuidadores cuentan con el conocimiento requerido para el cuidado antes de la intervención educativa.

Es relevante el porcentaje de cuidadores (17.5%) que logran incrementar su nivel de conocimiento a un nivel óptimo con la implementación del programa, evidenciado por un 47.5% de ellos. Llama la atención en el estudio que el porcentaje restante (52.5%) de cuidadores, no alcanzaron con la intervención educativa el nivel óptimo de conocimiento. Esta situación puede ser explicada a la luz de

En cuanto a las características sociodemográficas de los 40 cuidadores familiares del estudio se encontró la elevada feminización en el desempeño de este tipo de rol.

las variables encontradas en el presente estudio, como el bajo nivel educativo y el nivel socioeconómico bajo.

Con relación a la **categoría de paciencia**, se encontró que un 65% de los cuidadores del estudio poseen niveles deficientes de paciencia en la medición inicial, particularmente distribuidos de forma equitativa en el nivel bajo y medio con un 32.5% cada uno, y sólo un 35% obtienen niveles óptimos.

Una vez realizada la medición final se observa una reubicación del 10% de los cuidadores hacia el nivel óptimo con la aplicación del programa educativo. No obstante, el nivel deficiente de esta categoría prevalece en el 55% de los cuidadores; situación que muestra la influencia ejercida por diversas circunstancias descritas en la caracterización sociodemográfica, como son: la experiencia del cuidador, el tiempo invertido al día, la poca ayuda recibida y el ejercicio de la labor de cuidado desde el momento del diagnóstico.

Con relación a la **categoría de valor**, al finalizar la intervención educativa, esta categoría se incrementa significativamente en un 20%, asemejándose a lo reportado en el estudio realizado a nivel nacional (2004-2005)⁸, donde el grupo caso y el grupo control incrementaron el nivel de valor.

Al realizar el análisis comparativo por categorías se observa un efecto estadístico significativo en la categoría de valor ($t: 2.81$). Situación que es respaldada por el estudio a nivel nacional (2004-2005), el cual reportó el incremento en la categoría de valor de la habilidad de cuidado en los dos grupos, al finalizar las respectivas intervenciones.

⁸ ORTÍZ, Lucy; PINTO, Natividad; SANCHEZ, Beatriz. Op. Cit. p.5, 7.

Tabla 2. Comparación estadística de la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, según momentos de medición. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, San José de Cúcuta. 2007. (n=40)

CATEGORIA	MOMENTO DE LA MEDICIÓN	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	VALOR MAXIMO	T STUDENT	
							T CALCULAD-A	T TEÓRICA
HABILIDAD GENERAL	INICIAL	196	26	127	201	235	2.38	1.6641
	FINAL	209	24	163	222	239		
CONOCIMIENTO	INICIAL	83	12	53	85	98	1.16	1.6641
	FINAL	86	11	56	88.5	98		
PACIENCIA	INICIAL	61	8	35	63.5	70	1.32	1.6641
	FINAL	63	5	51	65	70		
VALOR	INICIAL	52	13	28	49	75	2.81	1.6641
	FINAL	60	11	38	61	75		

Respecto a las categorías de conocimiento y de paciencia, se observó una reubicación en el número de cuidadores hacia el nivel óptimo con la implementación del programa; sin embargo, al realizar la comparación estadística, no se evidencia un efecto significativo del mismo en el nivel de habilidad de estas dos categorías (t: 1.16 y t:1.32 respectivamente). Este resultado contrasta con el estudio a nivel nacional (2004-2005), donde el grupo asistente al programa “cuidando a los cuidadores” obtuvo un incremento significativo en las tres categorías.

Respecto a la habilidad total, se encontró que la aplicación del programa educativo para los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad, presentó un efecto estadístico significativo. Resultado que se asemeja a lo encontrado en el estudio nacional (2004-2005), donde se logró un incremento significativo en la habilidad general en el grupo asistente al programa “cuidando a los

cuidadores”.

DISCUSIÓN

En cuanto a las características sociodemográficas de los 40 cuidadores familiares del estudio se encontró la elevada feminización en el desempeño de este tipo de rol. Ratificando lo reportado por la literatura internacional, nacional y regional, donde catalogan a la mujer como la mas apropiada por su mayor sensibilidad a las necesidades del otro, llevándola a la prestación del cuidado de forma casi innata, por su estrecha relación con la fecundidad y con aquellos factores que contribuyen al desarrollo y preservación de la vida.

Así mismo, se encontró que la mayor parte de los cuidadores se ubican en la franja etarea de 36 a 59 años, descrita por la literatura como la “etapa intermedia”, la cual se caracteriza por su alto nivel de productividad con el

desempeño de diversas tareas propias de su ciclo vital, además del rol ejercido como cuidador, generando mayores niveles de carga y estrés.

El 65% de los cuidadores del estudio presentan simultáneamente bajos niveles de escolaridad y estratos socioeconómicos entre 1 y 2; sumados a esto, el 60% de ellos se encuentran dedicados a labores del hogar. Esta información se torna significativa, ya que ratifica la limitada posibilidad de acceder a los recursos materiales, técnicos y humanos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas del cuidador y las crecientes demandas financieras generadas por la cronicidad.

La relación de consanguinidad encontrada en la mayor parte de los cuidadores del presente estudio (madre - hijo), seguidamente de otros tipos de relaciones filiales como esposos, hermanos y tías, hace que la familia tome el papel protagónico en asumir la responsabilidad de brindar el cuidado del familiar en situación de enfermedad crónica; ratificando lo referido ampliamente por la literatura que hace mención de la familia como cuidadora primaria de enfermos crónicos.

El rol como único cuidador es asumido desde el momento del diagnóstico (92.5%), que el cuidado es realizado durante las 24 horas del día (52%), desde hace más de 37 meses (42%), sin contar con redes de apoyo requeridas para tal fin (60%).

En el estudio se reportó que el rol como único cuidador, es asumido desde el momento del diagnóstico (92.5%), que el cuidado es realizado durante las 24 horas del día (52%), desde hace más de 37 meses (42%), sin contar con redes de apoyo requeridas para tal fin (60%). Este panorama, los hace vulnerables a percibir sentimientos de frustración por el limitado espacio que el cuidado permite para dar cumplimiento a sus proyectos, conduciendo al cuidador a la pérdida de la autoestima lo que afecta de forma importante el autocuidado con las consiguientes repercusiones en la calidad de cuidado brindado. Según Reeve, citado por Venegas²¹ “el cuidador percibe una carga objetiva y una subjetiva; la carga objetiva es el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores, y la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar”.

Las personas en situación crónica de enfermedad receptoras del cuidado presentan niveles de funcionalidad entre moderado y severo (70%).

La discapacidad generada por la enfermedad demanda mayor dependencia en el cumplimiento de las actividades de la vida cotidiana y le implican mayor trabajo y esfuerzo al cuidador. Con la experiencia, el cuidador puede adquirir mayor destreza y conocimiento en el cuidado a su familiar; por ello, la literatura refiere que el manejo de la persona con alto grado de discapacidad requiere de preparación y competencias especiales, que no siempre se pueden adquirir a través del tiempo.

Según Figueroa, citado por Venegas (2006)²², “el conocimiento para manejar familiares con discapacidad genera un panorama complejo y requiere de competencias especiales”.

²¹ VENEGAS, Blanca Cecilia. Op.cite. p.143.

CONCLUSIONES

En base al objetivo central del estudio, se determina el efecto de la intervención educativa en el incremento de la habilidad de cuidado de los cuidadores participantes; mostrando un resultado estadístico significativo en la habilidad general y en la categoría de valor. No obstante, las categorías de conocimiento y paciencia presentan un pequeño incremento, sin alcanzar estadísticamente el resultado esperado.

El efecto logrado por el programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores, evidencia la importancia de este tipo de intervenciones como herramientas básicas de apoyo en el afrontamiento de las situaciones que enmarcan el manejo de la persona con enfermedad crónica.

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la enfermedades crónicas un inversión vital. Nueva York: OMS, 2002. p. 23.

ECHEVERRI LÓPEZ, Esperanza. La salud en Colombia: Abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 9 de marzo de 2002.

T. BERGERO, M. Gómez. Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. Madrid, 2002.

DÍAZ VEGA, Para ayudar a los que ayudan: programa de Intervención psicosocial para personas mayores. Dic 2002, servicios sociales a fondo N° 4. p. 1.

BARRERA ORTIZ Lucy y otros. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. En:

Investigación y educación en enfermería. Un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. Antioquia: Universidad de Antioquia.

BUTLER, Robert y LEWIS, Myrna. Aging and Mental Health. 3 ed. Nueva York: Mosby Company, 1982. p. 269.

FUNDACIÓN EDYDE. Programas. Autocuidado en pacientes crónicos. Madrid, 2003.

BARRERA, Lucy. Cuidado y práctica de enfermería. El cuidado del cuidador que afecta enfermedades crónicas. Bogotá: Universidad Nacional, p. 234.

POVEDA SALVA, Rosa. Aspectos Psicosociales de la enfermedad crónica. Cuidados a pacientes crónicos. Madrid: 9 de Agosto del 2002. p.

M., GRIFFIN, Cuidando a los cuidadores: el rol de enfermería en un establecimiento corporativo. N° 14. Nueva York: Geriatr, 1993. p. 202 -204.

LOPEZ Alonso y SERRANO Moral. Validación del índice del esfuerzo del cuidador en la población española. s.f. Valencia 2005; disponible en http://www.index7f.com/comunitaria/1.revista/1_articulo_12-17.php[julio 25]

ALVARADO García María Alejandra, Adquiriendo habilidad en el cuidado : «de la incertidumbre al nuevo compromiso»; En: Revista Aquichan ,V 7, N° 1 Pág: 34, Chía Colombia, Abril 2007.

BARRERA Lucy, PINTO Natividad,

SANCHEZ Beatriz, “Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos”

En: Revista de Salud Pública, Bogotá 29 de Septiembre de 2006; http://www.cielops.orgscielo.php?script=sci_arttex&pid=SO124-00642006000200002&

BARRERA, Lucy. Cuidando a los cuidadores. Bogota: Universidad Nacional de Colombia y Conciencias, 2005.

SANCHEZ HERRERA, Beatriz. El Cuidado de la salud de las personas que viven en situación de enfermedad crónica en América Latina, en Avances en Enfermería. v 5. N° 1. Bogotá: Marzo 2002. p. 13. NKONGHO N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Waltz CF. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. New York: Springer; 1990. p. 3-16.

Keffer MJ Modelo de Salud en: Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. 3ra edición Madrid: Harcourt Brace; 1995. pp 475-493. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Quiénes son los cuidadores de personas mayores. España: s.n., 2005.

PINTO AFANADOR, Natividad. y SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Bogota: Universidad Nacional de Colombia, 2002. p.178

SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. s.l.: Investigación y Educación en Enfermería, 2001. 36-51 p.

JONSON, Marion; MAAS, Merodean y PORREAD, Sue. Clasificación de resultados de enfermería (NOC), proyecto de resultados. Iowa: s.l.: 2000.

SORENSEN Silvia. Qué tan efectivas son las intervenciones con los cuidadores. Revista “el geronotogist”. New York: junio 2002. v 42. N°3. p.356-372.

Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años.

Characterization and psychological depressive teens of 12 to 18 years.

Luz Marina Bautista R.
Marcela Angarita Mojica
Jessika Viviana Contreras Roza
Maria Johanna Otero Suarez

RESUMEN

La presente investigación desarrolló una metodología descriptiva comparativa, donde planteó la identificación de sintomatología depresiva en una muestra comprendida por 193 estudiantes de bachillerato del colegio oriental N° 26 del barrio Prados Norte de la ciudad de Cúcuta, con edades comprendidas entre los 12 a 18 años; para lo cual se desarrolló una metodología descriptiva comparativa, por medio de la utilización de dos instrumentos: el primero, el inventario de depresión de Beck, el cual identifica la sintomatología depresiva de los adolescentes; el segundo, es un formato de recolección de información sobre las características psicológicas del adolescente (CPA) creado por las investigadoras de este estudio, bajo la auditoría de asesores expertos en el tema, como psicólogos y enfermeras especialistas en el área de salud mental; además, se realizó la caracterización sociodemográfica de la muestra.

Posterior a la aplicación de los instrumentos se encontró que existe prevalencia de sintomatología depresiva en el 38.4% de la muestra, de los cuales los niveles más afectados según el instrumento fueron el afectivo, seguido del cognitivo, el motor y por último el somático. Un dato relevante, es la prevalencia de ideación suicida en el 30%, tanto en los estudiantes sintomáticos depresivos (21.71%) y en los no sintomáticos depresivos (8.28%); con respecto a las Características Psicológicas de los adolescentes, el 90.2% de los alumnos presentaron algún grado de afectación de las CPA, mostrando así, que las características más afectadas en los jóvenes de la muestra eran: la identidad personal (en las dimensiones de la autonomía, autoimagen y autoconcepto), la estabilidad emocional, el pensamiento formal y la motivación. Referente a lo sociodemográfico se encontró que la sintomatología depresiva afectó significativamente al sexo femenino, con edad promedio de 14 años, la convivencia uniparental del estudiante, el consumo de sustancias psicoactivas y el antecedente de depresión en la familia.

*BAUTISTA RODRIGUEZ, Luz Marina. Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud Universidad Nacional. Miembro Grupo Investigación Cuidado. E-mail: bautrod@gmail.com

*ESTUDIANTE VIII semestre de Enfermería, Facultad ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta. 2007. marge840@hotmail.com

*ESTUDIANTE VIII semestre de Enfermería, Facultad ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta. 2007. jessikabombon@hotmail.com

*ESTUDIANTE VIII semestre de Enfermería, Facultad ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta. 2007. mana2992@hotmail.com

Palabras claves: Salud Mental, Depresión, Adolescencia.

SUMMARY

The present investigation developing a methodology descriptive comparative I raise the identification of depressive sintomatología in a sample included/understood by 193 students of baccalaureate of the Eastern school nº 26 of the district North Meadows of the city of Cúcuta, with ages of the 12 to the 18 years; for which development a comparative descriptive methodology, by means of the use of two instruments: first it is the inventory of depression of Beck, which identifies the depressive sintomatología of the adolescents; the other is a format of information harvesting on the psychological characteristics of the adolescent (CPA) created by the investigators of this study, under the audit of expert advisers in the subject, like psychologists and specialistic nurses in the area of mental health; in addition I am made the sociodemográfica characterization of the sample.

Later to the application of the instruments one was that prevalence of depressive sintomatología in the 38,4% of the sample exists, of which the affected levels but according to the instrument were the affective one, followed of the cognitivo, the motor and by I complete the somatic one; an excellent data, is the prevalence of suicidal ideación in 30%, as much in the depressive symptomatic students (21.71%) and in the nonsymptomatic depressive ones (8.28%); with respect to the Psychological Characteristics of the adolescents, the 90,2% of the students presented/displayed some degree of alter of the psychological characteristics, thus showing, that the affected characteristics but in the young people of the sample were: the personal identity (in the dimensions of the

autonomy, they autoimagen and aotconcepto), the emotional stability, the formal thought and the motivation. Referring to the sociodemográfico was that the depressive sintomatología affection to feminine sex significantly, with age average of 14 years, the uniparental coexistence of the student, the consumption of psychoactive substances and the antecedent of depression in the family.

Key Words: Mental Health , Depression, Adolescence.

INTRODUCCION

La palabra adolescencia proviene del latín “adolecere”, que significa crecer. Este es el período del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico, psíquico y social.

**La depresión
es una
enfermedad
crónica y
recurrente.**

Actualmente, se reconoce a la depresión como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en adolescentes. La depresión es una enfermedad crónica y recurrente. Según estudios internacionales se estima que está presente en un 5% de los adolescentes en cualquier momento, y en este grupo particular no

siempre se manifiesta por la tristeza.¹ Cuando los adolescentes tienen sentimientos de ira, desesperanza, irritabilidad, resentimiento, culpabilidad, baja autoestima, o incapacidad para experimentar el placer, son síntomas de que están muy tristes. Y cuando ingieren alcohol o drogas para sentirse mejor, puede ser una señal de que están deprimidos.

En Colombia la problemática de la salud mental, no ha recibido la atención que merece, como problema de salud pública

La salud mental es un elemento integral en el adolescente, puesto que permite la realización de sus capacidades cognitivas, afectivas, y relacionales, y puede entenderse también como la presencia de atributos individuales positivos que permiten a este desarrollar sus actividades cotidianas y relacionarse con su entorno social de forma adecuada.²

En Colombia la problemática de la salud mental, no ha recibido la atención que merece, como problema de salud pública, solo hasta hace ocho años se estableció una política, según “resolución 2358 de 1998” con el fin de promover la salud mental y prevenir la enfermedad. A partir del año 1993 se empezó a notificar y establecer por medio de encuestas nacionales los diagnósticos en alteraciones

mentales tales como depresión, ansiedad, suicidio, alcoholismo, violencia intrafamiliar entre otras; al nivel departamental (Norte de Santander) solo hasta el año 2003 se realizó un diagnóstico de alteraciones mentales , el cual sirvió de base para la creación del módulo de vigilancia epidemiológica en salud mental para el departamento con el propósito de que los municipios notificaran oportunamente, las alteraciones mentales encontradas.

Estos diagnósticos han mostrado como resultado la alta prevalencia de la depresión ubicándose en el tercer lugar como causa de morbilidad mental, las características psicológicas de los adolescentes también pueden predisponer a la prevalencia de comportamientos de riesgo, para el desarrollo de depresión, que están interrelacionados con ellas , y que tienden a convertirse en hábitos negativos que perdurarán durante el resto de la vida, y la magnitud de sus consecuencias que derivan en gran medida del hecho de que lesionan a una población con una larga expectativa de vida productiva, y por tanto, esto convierte a la salud del adolescente en una prioridad para la sociedad. Las características negativas que se pueden presentar en el desarrollo de los adolescentes pueden ser modificables o susceptibles al cambio a través del fortalecimiento de factores protectores y a la reorientación de estas conductas oportunas, vinculando un apoyo interdisciplinario tanto de la institución estudiantil como del equipo de salud mental del Norte de Santander (IDS, Instituto Departamental de Salud), y a su vez fortalecer y promover la investigación en el área de salud mental en la ciudad.

¹ SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j. , Martínez Rey Teresa . Niños, adolescentes y depresión mayor Detección y tratamiento Sociedad de pediatría de atención primaria de extremadura .Médico de familia. ,pediatra atención primaria, psiquiatra.. Centro de salud urbano Mérida. Foro pediátrico.2002. [Serial On Line. 2002]. [Septiembre 2005. disponible en URL: : www.spapex.org/pdf/]

² Ibid Sanchez . Pag 2.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se desarrolla con un diseño de tipo descriptivo comparativo; de corte transversal y prospectivo. La población objeto de estudio comprende a 389 alumnos pertenecientes a la básica secundaria y media vocacional en las jornadas de mañana y tarde del colegio Oriental # 26 durante el primer semestre del año 2006. La muestra está constituida por 193 estudiantes que han sido seleccionados a través de la fórmula maestra según criterios de inclusión.

El IDB cubre una amplia gama de síntomas asociados con la depresión, incluyendo aquellos de carácter afectivo, cognoscitivo, somático y motor.

Para la recolección de la información se utilizan tres instrumentos: el primero, es un formato de recolección de información sobre datos sociodemográficos para la caracterización de los adolescentes, contiene 11 preguntas de opción múltiple con única respuesta, el formato en mención fue creado por las investigadoras basándose en las siguientes características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, procedencia, ocupación, nivel educativo, convivencia familiar, estado civil de los padres, antecedentes de depresión en la familia, y consumo de sustancias psicoactivas.

El segundo, es el inventario de depresión de Beck desarrollado por Aarón Beck en el año 1974 en conjunto con los colaboradores: C. Ward, M. Mendelson, J. Mack, y J. Erbaugh. Luego fue revisado en 1979 por Aarón Beck, J. Rush, B. Shaw. El propósito de la IDB (inventario de depresión de Beck) es la evaluación de la medida de la depresión, cada premisa se relaciona con un síntoma clave y particular de este problema. El IDB consta de 21 premisas configuradas en el tiempo presente y establecido en una escala de 4 puntos (0 al 3) de intensidad; la guía que sirve de interpretación del IDB es la siguiente: 0-13 no deprimido, 14-19 ligeramente deprimido, 20-28 moderadamente deprimido, 29-63 gravemente deprimido. Esta investigación desarrollada en el colegio Oriental # 26, el inventario de Beck fue utilizado con el fin de identificar la presencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes, mas no busca el diagnóstico de depresión como tal.

El IDB cubre una amplia gama de síntomas asociados con la depresión, incluyendo aquellos de carácter afectivo, cognoscitivo, somático y motor. Este inventario ha sido considerado como medida de depresión por su aplicabilidad y problemas clínicos en poblaciones estudiantiles y universitarios; ha sido utilizado en más de 500 estudios reportados, estos han encontrado que el IDB posee propiedades psicométricas reconocidas; a su vez los índices de fiabilidad halladas para el inventario de Beck en diversos estudios oscilan entre 0,53 y 0,93, lo que sugiere que la fiabilidad del IDB es aceptable. Los índices de validez encontrados tienen valores superiores a 0,60; la consistencia interna es también positiva: alcanzan un coeficiente alfa de 0,83. Estos mismos autores plantean que la

· PACHEGO Carmen Rosado . MORALES Vega Juan M, El Efecto del Adiestramiento Cognoscitivo-Conductual Grupal sobre la Depresión Leve y las Destrezas Para la Vida en Jóvenes Universitarios de Primer Año de una Universidad Privada de Puerto Rico. Centro de investigaciones educativas, Universidad de Puerto Rico. Cuaderno de Investigación en la Educación, número 13, mayo 1998. [Serial On Line 1998]. [septiembre 2005: disponible en <http://cie.uprrp.edu/cuaderno/ediciones/13/c13art1.htm>.]

capacidad discriminante entre sujetos deprimidos y no deprimidos alcanza un valor hasta del 95% en dichos estudios⁴

El tercero, es el CPA (Características Psicológicas de los Adolescentes) el cual fue desarrollado por el grupo de investigación que llevó a cabo este estudio bajo la asesoría de expertos en la temática de psicología y salud mental , tales como psicólogos y enfermeras especialistas, quienes valoraron la estructura, diseño y forma de diligenciamiento del instrumento y su aplicación. El CPA describe a través de enunciados las características psicológicas propias de la adolescencia y a su vez permite valorar la frecuencia con que se han presentado estas situaciones en las últimas dos semanas contando el día del diligenciamiento; el instrumento está compuesto por 11 premisas, configuradas en tiempo presente, las cuales están establecidas en sentido positivo, con el fin de mostrar las características psicológicas que afronta el adolescente de acuerdo a la crisis vital que experimenta durante este período de vida y la forma en que este debe resolverlos empleando mecanismos de afrontamiento efectivos.

La opción de respuesta se encuentra establecida en una escala tipo Lickert de la siguiente manera: los enunciados afirmativos se valoran en una escala de puntos de 4 a 0, en donde 4 equivale a nunca, 2 a algunas veces y 0 siempre; los enunciados negativos no tienen valor numérico, fueron creados solo para control de las respuestas dadas en los enunciados positivos. La sumatoria de los puntos da un total de 44 y los resultados se interpretan de la siguiente manera: 0 – 10, No presenta alteración, las características

psicológicas 11 – 21 presenta leve alteración, 22 – 32 presenta moderada alteración, 33 - 44 presenta grave alteración.

OBJETIVOS

General

Identificar las características psicológicas y la sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años, del colegio oriental # 26 del barrio Prados Norte, de la ciudad de San José de Cúcuta, desde el segundo semestre del año 2006 al primer semestre del año 2007.

Específicos

* Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes de 12 a 18 años, del colegio oriental # 26.

* Identificar las características psicológicas de los adolescentes de los 12 a 18 años, del Colegio Oriental # 26.

El nivel socioeconómico con mayor proporción de la muestra de este estudio, fue el estrato 2

⁴ AMÉZQUITA Medina María Eugenia , González Pérez Rosa Elena, Zuluaga Mejía Diego . Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXII/ No. 4/ 2003. p. 345

* Establecer la prevalencia de sintomatología depresiva de los adolescentes de los 12 a 18 años, del colegio oriental # 26.

* Comparar las características psicológicas de los adolescentes con sintomatología depresiva, con las de los adolescentes que no presentan sintomatología depresiva, del colegio oriental # 26.

RESULTADOS Y DISCUSION

1.Características Sociodemográficas

El presente estudio se realizó a una muestra de 193 estudiantes, con edades que oscilan de los 12 a los 18 años, mostrándose una edad media de 14 años, una desviación típica de 1,50 con una moda de 13 años y una mediana de 14 años. Con relación al sexo existen 82 hombres y 111 mujeres siendo predominante el sexo femenino a razón de 1: 1,35.

La mayoría de los adolescentes de la muestra son solteros y tan sólo el 3,1% son de unión libre.

El 30% de la muestra refiere consumir algún tipo de sustancias psicoactivas (SPA) siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo en un 69%, seguido del cigarrillo con un 27.6%

En cuanto al estado civil, la mayoría de los adolescentes de la muestra son solteros y tan sólo el 3,1% son de unión libre. El nivel socioeconómico con mayor proporción de la muestra de este estudio, fue el estrato 2, como lo afirma Alzate Doris y colab (2004)⁴ el tipo de estrato puede indicar condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras, pobreza y hacinamiento, constituyéndose de acuerdo a la teoría en un factor de riesgo externo para el adolescente.⁵

Al hablar de convivencia familiar se encontró que la mayoría conviven con sus padres, pero es relevante que un 32% tienen convivencia uniparental, esta situación como lo plantea Sanchez Muñoz Rosa y colab (2002) es un factor de riesgo sociocultural, dependiendo de las razones y de la situación en que se haya desencadenado la separación de los padres.⁶

⁴ALZATE Doris, Escobar Julia Inés, Giraldo Carolina. Depresión en Adolescentes Escolarizados en una Institución Oficial Pereira 2004. [Trabajo de grado. Universidad Libre Seccional Pereira. 2004]

⁵PARADA Baños Arturo José, Modelo de gestión para la atención integral en salud sexual y reproductiva de la gente joven. Ministerio de la protección social. Bogotá, Agosto de 2005. [Serial On Line. 2000] [Citado septiembre 2000, disponible en URL www.saludcapital.gov.co/seccsalud/descargas/sexualidad_indiferencia/Modelo_Gestion_SSR_jovenes.pdf]

⁶SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j. , Martínez Rey Teresa. Ocipit pag 6

Con respecto al desempeño laboral de los alumnos en este estudio se encontró que solo el 10% trabajan actualmente. Según el lugar de residencia el 96,4% de los adolescentes proceden de la zona urbana.

Con relación al estado civil de los padres de los adolescentes del estudio el 39% son casados, pero cabe resaltar que un 29% son separados; este resultado muestra que existe un porcentaje importante de padres separados, al hablar de la separación o divorcio de los padres, como lo indica Sanchez Muñoz Rosa y colab (2002) se resalta este como un factor de riesgo sociocultural para el adolescente.

En el presente estudio el 30% de la muestra refiere consumir algún tipo de sustancias psicoactivas (SPA) siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo en un 69%, seguido del cigarrillo con un 27.6%. El consumo de sustancias psicoactivas ha estado muy relacionado y va de la mano con los problemas emocionales o trastornos psicológicos de los adolescentes, mostrándose como situaciones de alarma en ellos ya que se dan por algunas de estas situaciones, considerándolos propiamente como un factor de riesgo interno del adolescente.⁹

Con referencia al antecedente de depresión en la familia se encuentra que en la mayoría de los adolescentes no tienen antecedentes de familiares que hayan padecido dicho trastorno, pero cabe resaltar que un 24.4% de la muestra refieren que, si han tenido algún caso de depresión en su familia.

La característica psicológica más afectada en los adolescentes de la identidad personal es la Autonomía, porque es donde el adolescente se encuentra en un conflicto permanente entre su deseo de un mayor espacio personal y unas necesidades que lo hacen dependiente de su familia.

2. Características Psicológicas de los adolescentes

La identidad personal es una “concepción coherente del yo formada por metas, valores, y creencias con las cuales una persona está solidamente comprometida”. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes ahora les permite construir una teoría del yo, como lo plantea Erickson citado por Papalia Diane (2005), “enfatar el esfuerzo de un adolescente por dar sentido al yo, no es una especie de malestar de la madurez, si no que forma parte de un proceso saludable, y vital construido sobre los logros de las etapas anteriores, es decir, sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa, y la laboriosidad; sentando las bases para afrontar los problemas psicosociales de la vida adulta.”¹⁰

⁹Ibid SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j., Martínez Rey Teresa.pag 7

¹⁰Ibid SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j., Martínez Rey Teresa.pag 7

¹¹PAPALIA Diane E, Desarrollo Humano, Mc Graw Hill, Novena edición 2005, Pág. 469.

Al evaluar las Características Psicológicas de la categoría de la identidad personal se encuentra que, la más afectada en los adolescentes fue : la **Autonomía**(como se puede observar en la tabla 1), en donde el adolescente se encuentra en un conflicto permanente entre su deseo de un mayor espacio personal y unas necesidades que lo hacen dependiente de su familia. La necesidad de independencia se expresa a dos niveles: como necesidad de intimidad y espacio propio,

y como capacidad de tomar decisiones sobre su familia y su futuro¹ ; esta dimensión se valora a través de la premisa “**Soy capaz de tomar mis propias decisiones**” para la cual los adolescentes responden en su mayoría las opciones de **algunas veces y nunca**, siendo una variable, que se comporta de forma significativa en relación con el instrumento CPA (Características Psicológicas del adolescente).

Tabla 1. Distribución de la característica psicológica de la identidad personal de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental # 26 . en el primer semestre del 2007.

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	%	X ² p: 0.05
IDENTIDAD PERSONAL	AUTOAFIRMACIÓN	SIEMPRE	116	60,1	5.3108
		ALGUNAS VECES	63	32,6	
		NUNCA	14	7,3	
	AUTONOMÍA	SIEMPRE	78	40,4	13.4987
		ALGUNAS VECES	93	48,2	
		NUNCA	22	11,4	
	AUTOESTIMA	SIEMPRE	112	58	4.5523
		ALGUNAS VECES	61	31,6	
		NUNCA	20	10,4	
	AUTO IMAGEN	SIEMPRE	73	37,8	19.5640
		ALGUNAS VECES	90	46,6	
		NUNCA	30	15,5	
	AUTO CONCEPTO	SIEMPRE	84	43,5	10.7589
		ALGUNAS VECES	82	42,5	
		NUNCA	27	14	

FUENTE: INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS ADOLESCENTES

¹ J.R. Loayssa, I. Echagüe. La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud. Características psicosociales de la adolescencia. En Revista anales, suplemento dos. 2006, [Serial On Line 2006] [Disponible en URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/10.adolescentes.pdf>]

El nivel superior de desarrollo cognoscitivo se alcanza en la adolescencia, con el surgimiento del pensamiento de las operaciones formales. El pensamiento del adolescente se caracteriza por la capacidad para emplear conceptos abstractos con menor dependencia de las percepciones concretas, valorar sucesos hipotéticos y futuros, considerar todas las posibles combinaciones de conceptos de un problema y coordinar de una manera sistemática las variables relacionadas. En el pensamiento formal, es importante conocer sus habilidades cognoscitivas porque de ello va a depender su capacidad de entendimiento y comprensión, para las frustraciones. El fracaso en el área intelectual puede generar en el sujeto reacciones emocionales diversas

como: ansiedad, tensión, sentimiento de minusvalía, timidez, desajuste a nivel social y agresividad.¹²

El pensamiento formal, se valora a través de dos premisas, la primera: “**Se lo que quiero para mi vida**”, para lo cual los adolescentes respondieron en un 62.7% la opción de, siempre, y al realizar la prueba estadística del Chi cuadrado se muestra significativa; la segunda premisa es “**Soy capaz de decir lo que pienso**”, para lo cual los adolescentes respondieron en un 71.5% la opción de, algunas veces, comportándose como una característica significativa, en relación con el instrumento CPA (Características Psicológicas del adolescente) como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. distribución de la característica psicológica de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental # 26, en el primer semestre del 2007.

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	%	X ² p: 0.05
ESTABILIDAD EMOCIONAL	TENGO CAMBIOS INESPERADOS DE HUMOR ANTE CUALQUIER SITUACIÓN	SIEMPRE	60	31.1	7.3337
		ALGUNAS VECES	103	53.4	
		NUNCA	30	15.5	
PENSAMIENTO FORMAL	SE LO QUE QUIERO PARA MI VIDA	SIEMPRE	121	62.7	6.5998
		ALGUNAS VECES	59	30.6	
		NUNCA	13	6.7	
	SOY CAPAZ DE DECIR LO QUE PIENSO	SIEMPRE	35	18.1	23.1025
		ALGUNAS VECES	138	71.5	
		NUNCA	20	10.4	
MEMORIA	CONSIDERO QUE PASAN COSAS BUENAS EN MI VIDA	SIEMPRE	52	29	2.4529
		ALGUNAS VECES	128	66.3	
		NUNCA	9	4.7	
MOTIVACIÓN	ME SIENTO MOTIVADO CON RESPECTO AL ESTUDIO, CON EL FIN DE ALCANZAR MI DESARROLLO PROFESIONAL	SIEMPRE	134	69.4	6.3890
		ALGUNAS VECES	51	26.4	
		NUNCA	8	4.1	
	ME PREOCUPA EXCESIVAMENTE SER ACEPTADO POR LOS DEMÁS	SIEMPRE	30	15.5	3.5217
		ALGUNAS VECES	75	38.9	
		NUNCA	88	45.6	

FUENTE: INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS ADOLESCENTES

¹² EGOAVIL Dorregaray Josué. Niveles de depresión en adolescentes 5 de secundaria de un colegio nacional. Lima Perú. 1997. [Serial On Line 1997]. [Citado septiembre 2005. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos35/depresion-estudiantes/depresion-estudiantes.shtml>]

3. Nivel de alteración de las Características Psicológicas

Los niveles de alteración de las características psicológicas de los adolescentes según el estudio realizado permite observar en la tabla 3, como el 90 % de los adolescentes de la muestra presentaron algún nivel de alteración en sus características psicológicas siendo esto un posible, factor de riesgo o influencia para una aparición o presencia de sintomatología depresiva.

La medidas de tendencia central encontradas en el análisis de la puntuación de este instrumento fueron: el puntaje mínimo del instrumento características psicológicas del

adolescente fue 0 con un 0,5 % y el puntaje máximo fue de 34 con un 0,5 %. La Media de puntuación del instrumento características psicológicas del adolescente fue de 16,5699 puntos, que al enmarcarla dentro de los niveles se encuentra en el de leve alteración, con una Desviación Estándar (Típica) de más o menos 5,2912 puntos la cual permite ver que dentro de los niveles de alteración de las características psicológicas el puntaje seguiría en el nivel de leve, con una Varianza de 27,9964 puntos.

Tabla 3. Nivel de alteración de las características psicológicas de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental #26, en el primer semestre del 2007.

ALTERACION DEL CPA	NIVEL DE CPA	ni	%	HI%
PRESENTAN ALTERACION EN LAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS	LEVE ALTERACION	141	73,1%	73.1%
	MODERADA ALTERACION	32	16,6%	89.7%
	MODERADA ALTERACION	1	0,5%	90.2%
	TOTAL	174	90,2%	90.2%
NO PRESENTA ALTERACION EN LAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS	NO PRESENTA ALTERACION	19	9,8%	9,8%
	TOTAL	19	100%	100%

FUENTE: INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS ADOLESCENTES

4. Prevalencia de Sintomatología depresiva

La prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes, la literatura refiere que actualmente se evidencia un incremento de la depresión en la adolescencia, la edad de aparición de la depresión está disminuyendo, de tal forma que muchos individuos experimentarán sus primeros episodios de depresión durante la adolescencia.

La prevalencia general varía desde 0,4% a 8,3% y es mayor en adolescentes que en niños. Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%.¹³

En el presente estudio como se observa en la tabla 4 se presenta una prevalencia de sintomatología depresiva, medida por el inventario de depresión de Beck para adolescentes del 38,4 % en una muestra de 193 adolescentes de los 12 a los 18 años de edad, donde el nivel de sintomatología, ligeramente deprimido, fue el más frecuente entre los alumnos, y el nivel de, gravemente deprimido, fue el de menor proporción.

Al relacionar estos resultados con los antecedentes se encuentra que fue muy similar al estudio realizado por Gonzales Rosa E y colabs y citado por Restrepo Marcela (2005) que refiere una prevalencia de 38,8 % en una muestra de 1298 adolescentes; estos datos demuestran que la depresión en adolescentes efectivamente ha ido incrementándose y que por ello debe dársele la importancia necesaria para la detección temprana de este trastorno y así no permitir en el futuro niños y adolescentes sufriendo y con alto riesgo de atentado contra sus vidas.¹⁴

Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%.

¹³SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j., Martínez Rey Teresa. Ocipit pag 3

¹⁴Citado RESTREPO Marcela, Niñez y adolescencia en la prensa colombiana hoy. Depresión en los adolescentes, La Patria , Año 2 -nº175 Pág. 10 - Lunes, 23/05/05. [Serial On Line 2005] [Citado septiembre 2005, disponible en URL: <http://www.unicef.org/colombia/newsletter/octubre-04/pandi83.htm>]

Tabla 4. prevalencia de sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental # 26 en el primer semestre del 2007.

PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	NIVEL DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE BECK	ni	%
PRESENTA ALGÚN GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	GRAVEMENTE DEPRIMIDO	16	8,3%
	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	22	11,4%
	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	36	18,7%
	TOTAL	74	38,4%
NO PRESENTA ALGÚN GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	NO DEPRIMIDO	119	61,7%
	TOTAL	193	100,0%

FUENTE : INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

El papel de enfermería con respecto a esta situación, debe ser enfocada hacia la prevención y detección temprana de este trastorno en los adolescentes, en conjunto con el equipo de salud (psicólogos y psicoorientadores) por medio de la realización de estudios como el presente, que permite visualizar la prevalencia de esta enfermedad para así luego tomar las medidas correctivas o de tratamiento (psicológico por medio de terapias, y si es necesario farmacológico) específica para ellas, sin dejar de lado la labor importante que tiene enfermería en la sociedad como profesionales de la salud, en este caso de la salud mental, así que la realización de talleres que la fomente y la fortalezcan son otras de las actividades a realizar para disminuir la prevalencia de este trastorno, que afecta a la población adolescente.

5. Comprobación de las características psicológicas de los adolescentes con la presencia o no de sintomatología depresiva

Al realizar la comparación de la característica psicológica de la identidad personal y de cada una de sus dimensiones en los adolescentes con presencia o no de sintomatología depresiva, se encuentra que las dimensiones más afectadas para la muestra de adolescentes **sintomáticos depresivos** de acuerdo a las opciones seleccionadas por estos, en el instrumento CPA (características psicológicas de los adolescentes), fueron las de **nunca** y **algunas veces**, y que de acuerdo a la interpretación del puntaje demuestran cierto grado de afectación como: **autoimagen**,

autoestima y autonomía, siendo respaldada su significancia por la prueba estadística Chi cuadrado en la cual los resultados obtenidos de 9.75 , 13.73, 10.82 con gl: 2 respectivamente superan el valor teórico demostrando entonces relación entre las dos variables comparadas; es

decir; que los sintomáticos depresivos presentan alteración en estas dimensiones las cuales se plantean de acuerdo a la teoría como factores de riesgo internos que influyen en el desarrollo de la patología.¹⁵

Tabla 5. comparación de la distribución de la característica psicológica de la identidad personal con la presencia o no de sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental # 26 del primer semestre 2007.

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	Sintomático depresivo		No sintomático depresivo		TOTAL	%	X 2 p: 0.005
			ni	%	ni	%			
IDENTIDAD PERSONAL	AUTOAFIRMACIÓN "Tengo confianza en mí mismo"	SIEMPRE	37	19,16	79	40,93	116	60,1	5.1368
		ALGUNAS VECES	30	15,52	33	17,07	63	32,6	
		NUNCA	7	3,65	7	3,65	14	7,3	
	AUTONOMÍA "Soy capaz de tomar mis propias decisiones"	SIEMPRE	40	20,71	38	19,68	78	40,4	10.8234
		ALGUNAS VECES	26	13,47	67	34,73	93	48,2	
		NUNCA	8	4,14	14	7,26	22	11,4	
	AUTOESTIMA "Estoy conforme con lo que soy"	SIEMPRE	31	16,05	81	41,9	112	58	13.3726
		ALGUNAS VECES	31	16,05	30	15,54	61	31,6	
		NUNCA	12	6,24	8	4,16	20	10,4	
	AUTOIMAGEN "Me gusta como me veo físicamente"	SIEMPRE	20	28	53	9,8	73	37,8	9.7560
		ALGUNAS VECES	36	18,64	54	27,96	90	46,6	
		NUNCA	18	9,3	12	6,2	30	15,5	
	AUTOCONCEPTO "Creo que soy auténtico"	SIEMPRE	35	18,12	49	25,37	84	43,5	3.0178
		ALGUNAS VECES	26	13,47	56	29,02	82	42,5	
		NUNCA	13	6,74	14	7,25	27	14	

FUENTE: INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS ADOLESCENTES E INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

¹⁵ SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j. , Martínez Rey Teresa. Ocipit pag 2

Para el presente estudio se observa que en las dimensiones de autoconcepto y autoafirmación, la muestra de sintomáticos depresivos selecciona en su mayoría la opción algunas veces y siempre, y al realizar la prueba estadística del Chi cuadrado se encuentra que estas dimensiones no son significativas para hacer relación entre las variables, ya que son menores que el valor teórico

Al analizar la muestra que se comporta como no sintomática depresiva se observa que ésta también presenta alteración en las características psicológicas siendo las más afectadas: autonomía, autoimagen y autoconcepto; para las cuales las opciones más seleccionadas son nunca y algunas veces superando a la de siempre.

**Los adolescentes
sintomáticos depresivos
muestran mayor frecuencia
en estas dimensiones las
cuales al igual que las
anteriores, se plantean de
acuerdo a la teoría como
factores de riesgo internos
que influyen en el
desarrollo de la patología.**

Al realizar la comparación de las características psicológicas de los adolescentes con la presencia o no de sintomatología depresiva se encuentra que las dimensiones más afectadas para la muestra de adolescentes sintomáticos depresivos de acuerdo a las opciones seleccionadas por estos, en el instrumento CPA (Características Psicológicas de los Adolescentes), se observa en la tabla 6 las de nunca y algunas veces.

De acuerdo a la interpretación del puntaje demuestran cierto grado de afectación: en las dimensiones de memoria, pensamiento formal (en la premisa de: se lo que quiero para mi vida) y, motivación (en la premisa de: me preocupa excesivamente ser aceptado por los demás) siendo respaldada su significancia por la prueba estadística de Chi cuadrado en la cual los resultados obtenidos de 2.45, 6.59, 3.52 respectivamente, superan el valor teórico, demostrando relación entre las dos variables comparadas; es decir, que los adolescentes sintomáticos depresivos muestran mayor frecuencia en estas dimensiones las cuales al igual que las anteriores, se plantean de acuerdo a la teoría como factores de riesgo internos que influyen en el desarrollo de la patología.¹⁶

¹⁶Ibid. SÁNCHEZ Muñoz Rosa m^a, Cuervo Jaime j. , Martínez Rey Teresa. pag 2

Tabla 6. comparación de la distribución de las características psicológicas con la presencia o no de sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental # 26 del primer semestre 2007

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	Sintomático depresivo		No sintomático depresivo		TOTAL	%	X 2 p: 0.005
			ni	%	ni	%			
ESTABILIDAD EMOCIONAL	TENGO CAMBIOS INESPERADOS DE HUMOR ANTE CUALQUIER SITUACIÓN	SIEMPRE	28	14,51	32	16,58	60	31.1	2.8970
		ALGUNAS VECES	28	14,51	32	16,58	60	31.1	
		NUNCA	9	4,65	21	10,85	30	15.5	
PENSAMIENTO FORMAL	SE LO QUE QUIERO PARA MI VIDA	SIEMPRE	39	20,20	82	42,49	121	62.7	2.8970
		ALGUNAS VECES	26	13,48	33	17,11	59	30.6	
		NUNCA	9	4,63	4	2,06	13	6.7	
	SOY CAPAZ DE DECIR LO QUE PIENSO	SIEMPRE	15	7,75	20	10,34	35	18.1	5.3414
		ALGUNAS VECES	47	24,35	91	47,14	138	71.5	
		NUNCA	12	6,24	8	4,6	20	10.4	
MEMORIA	CONSIDERO QUE PASAN COSAS BUENAS EN MI VIDA	SIEMPRE	15	7,76	41	21,23	52	29	9.3662
		ALGUNAS VECES	52	26,93	76	39,36	128	66.3	
		NUNCA	7	3,65	2	1,04	9	4.7	
MOTIVACIÓN	ME SIENTO MOTIVADO CON RESPECTO AL ESTUDIO, CON EL FIN DE ALCANZAR MI DESARROLLO PROFESIONAL	SIEMPRE	46	23,82	88	45,57	134	69.4	4.9613
		ALGUNAS VECES	26	13,45	25	12,94	51	26.4	
		NUNCA	2	1,02	6	3,07	8	4.1	
	ME PREOCUPA EXCESIVAMENTE SER ACEPTADO POR LOS DEMÁS	SIEMPRE	17	11,88	13	3,61	30	15.5	6.5326
		ALGUNAS VECES	30	15,56	45	23,34	75	38.9	
		NUNCA	27	13,99	61	31,60	88	45.6	

FUENTE: INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS ADOLESCENTES E INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

A su vez se observa que en las dimensiones de estabilidad emocional, pensamiento formal, (en la premisa de: soy capaz de decir lo que pienso) motivación (en la premisa de: me siento motivado con respecto al estudio, con el fin de alcanzar mi desarrollo profesional), la muestra de jóvenes sintomáticos depresivos selecciona en su mayoría la opción algunas

veces , pero al realizar la prueba estadística del Chi cuadrado se encuentra que estas dimensiones no son significativas para relacionar las variables; lo que demuestra que estas características psicológicas con respecto a esas premisas, no tienen asociación con la aparición de la sintomatología depresiva en los adolescentes.

De otra parte al relacionar las dos variables, se obtiene que el CPA (Características Psicológicas de los Adolescentes) se encuentra alterado en casi la totalidad de la muestra como se puede observar en la tabla 7, se resalta que no toda la muestra presenta sintomatología depresiva. Sin embargo los sintomáticos depresivos en su mayoría presentan algún nivel de influencia del CPA (Características Psicológicas de los Adolescentes), es decir, presentan características propias para el desarrollo de esta patología.

Dentro de los factores de riesgo propios de la sintomatología depresiva se encuentran los Factores psicológicos: los adolescentes con depresión exhiben frecuentemente baja autoestima, alta autocrítica, distorsiones

cognitivas significativas, sentimientos de ausencia de control sobre los acontecimientos negativos, desesperanza y déficit en las habilidades sociales, comparados con los no deprimidos.

A su vez existen también factores de riesgo internos del adolescente, entre los cuales se encuentran los estados emocionales inestables, es decir que no llevan un manejo apropiado de sus características psicológicas frente a los cambios y problemáticas que se le presentan, empleando mecanismos de defensa que pueden llegar a ser inapropiados y que contribuyen a una deficiente resolución de sus conflictos, propiciando la base para el desarrollo de la sintomatología depresiva.¹⁷

Tabla 7. comparación adolescentes con sintomatología depresiva y sin ella, con adolescentes que presentan o no algún grado de alteración de la cpa de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Oriental n° 26 del primer semestre del 2007.

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA CPA	PRESENTA ALGÚN GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		NO PRESENTA ALGÚN GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		TOTAL	
	ni	% Muestra	ni	% Muestra	ni	%
PRESENTA ALGÚN NIVEL DE ALTERACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ADOLESCENTE	68	35,2	106	54,9	174	90
NO PRESENTA ALGÚN NIVEL DE ALTERACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ADOLESCENTE	6	3,2	13	6,7	19	10
TOTAL	74	38,4	119	61,6	193	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN DE BECK, E INSTRUMENTO DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ADOLESCENTE

¹⁷ PARADA Baños Arturo José, Modelo de gestión para la atención integral en salud sexual y reproductiva de la gente joven. Ministerio de la protección social. Bogota, Agosto de 2005. [Serial On Line 2005] [Citado septiembre 2005, disponible en URL: www.saludcapital.gov.co/seccsalud/descargas/sexualidad_indiferencia/Modelo_Gestion_SSR_jovenes.pdf]

Estableciéndose estadísticamente entonces que: en la razón de proporción es 12,4 veces mayor el riesgo de presentar sintomatología depresiva en los adolescentes que tienen alteración de las CPA (Características Psicológicas de los Adolescentes), que en los adolescentes que no lo tienen.

La prueba de significancia Chi cuadrado para el establecimiento de la dependencia o relación existente entre las dos variables (alteración de las características psicológicas del adolescente y presencia de sintomatología depresiva) fue de 0.4077 con 1 grado de libertad, y 95 % de confiabilidad (o nivel de confianza) la cual no sobrepasa el valor teórico de 3,84 del grado de libertad, lo que establece que estas dos variables no presentaron una asociación significativa .

Los adolescentes de este estudio con sintomatología depresiva presentaron de forma preocupante la ideación suicida en un 21,7

CONCLUSIONES

La sintomatología depresiva en el adolescente varía a la presentada por el adulto, ya que ellos viven en situaciones del todo o nada , que al no ser afrontadas debidamente por el adolescente lo llevan a presentar alteraciones psicológicas manifestándolo como lo indica el presente estudio (a través de la aplicación del inventario de depresión de Beck para adolescentes) con síntomas significativos tales como: la insatisfacción personal, la poca autovaloración, el estado de ánimo irritable o

malhumorado, y el sentimiento de ser culpables, todos ellos pertenecientes al nivel afectivo.

La depresión por ser un trastorno mental no solo afecta la esfera afectiva de la persona sino que altera todos los niveles de ella, como el *nivel cognitivo* en donde los adolescentes de este estudio con sintomatología depresiva presentaron de forma preocupante la ideación suicida en un 21,7 %; se altera con relación al hecho de ser duros consigo mismos y autocriticarse, en tener dificultad para tomar sus propias decisiones, el sentirse castigados y la pérdida de interés de relacionarse con las otras personas. *El nivel motor* se ve afectado en cuanto a la pérdida de voluntad para el trabajo, las alteraciones en el sueño y el cansancio constante; y por ultimo en *nivel somático* que se encuentra en su totalidad afectado presentando molestias físicas, y alteraciones en el apetito.

En cuanto a las características sociodemográficas este estudio encuentra que la edad promedio de los adolescentes encuestados fue de 14 años, la mayoría de ellos pertenecientes al sexo femenino con un 57,5% y que de ellas el 41,4 % son sintomáticas depresivas corroborando el sexo femenino como un factor de riesgo para la aparición de dicho trastorno, otros factores de riesgo encontrados son: el consumo de sustancias psicoactivas, y el antecedente de depresión al nivel familiar.

Las características psicológicas medidas por el instrumento CPA (características psicológicas de los adolescentes), al ser evaluadas se encuentra que en un 90,2 % del total de la muestra estudiada presentaron algún tipo de alteración , entre las más significativas se encuentran : *la característica de la identidad personal* que se ve afectada en su *dimensión de la autonomía* siendo los adolescentes no capaces de tomar sus propias decisiones, la

dimensión de la auto imagen al no aceptar o querer su apariencia física, y la *dimensión del auto concepto* en donde no creen que son auténticos; la otra característica psicológica afectada fue *la estabilidad emocional* en donde los adolescentes no presentan esos cambios inesperados de humor tan comunes en ellos; *el pensamiento formal* en donde los adolescentes no son capaces de decir lo que piensan; *la memoria* al ser evaluada los adolescentes consideran en su mayoría que pocas veces pasan cosas buenas en su vida; y por ultimo la *característica de la motivación* la cual se ve afectada en cuanto a los adolescentes no se preocupan excesivamente por ser aceptados por los demás.

La prevalencia hallada para la sintomatología depresiva en los adolescentes del colegio oriental # 26 fue del 38.4 % dato que se ha expresado significativo, ya que sobrepasa la prevalencia general que varía de 0.4 % a 8.3 % , y que al revisar los antecedentes encontrados de diversos estudios similares al presente se presentan cifras parecidas e igualmente significativas, lo que obliga a la implementación de actividades de carácter interdisciplinario, en donde es conveniente la conformación de un equipo interinstitucional con la presencia de enfermera, psicólogo, educador y trabajador social, que de cuenta de intervenir la génesis multifactorial de la sintomatología depresiva.

Al realizar la comparación de las dos variables propuestas en este estudio, que son la presencia o no de la sintomatología depresiva y la alteración o no de las CPA (características psicológicas del adolescente) se encuentra que estadísticamente hablando (a través de la prueba de significancia de Chi cuadrado) estas dos variables no presentan una asociación significativa, lo que quiere decir que el hecho de tener afectado el CPA (características psicológicas de los adolescentes) no es significativo ni influyente para que estos mismos presentaran

sintomatología depresiva, pero cabe recalcar que aun así del 38,4 % de los sintomáticos depresivos encontrados en este estudio, el 35,2% presentaron algún tipo de alteración en el CPA.

Los adolescentes presentan diferentes formas de afrontamiento ante las situaciones que les generan angustias y estados de animo bajos, que pueden alterar sus características psicológicas propias , pero que no los llevan a desarrollar estados de sintomatología depresiva , en lo cual también llegan a influir los aspectos sociodemográficos de riesgo anteriormente mencionados.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE Baztan Ángel. Psicología de la Adolescencia, Alfa Omega .1996. Pág. 176-177

ALMIRÓN, Lila M. Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una escuela técnica de la ciudad de corrientes. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste Mariano Moreno 1240 (3400) Corrientes Argentina. Universidad nacional del nordeste Comunicaciones científicas y tecnológicas 2005. (on line) aviable from internet. URL:

CACERES Nidia .Equipo Técnico de Salud Mental .Instituto Departamental de Salud .Profesional de Enfermería, especialista en Salud Mental. 2006

CAMPO Arias Adalberto, Díaz Carmen Elena, Cogollo Zuleima, Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo; Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 2 / 2006. (on line) aviable from internet: URL: www.psiquiatria.com

COELHO r., Comprobación de los perfiles clínicos que relacionan el género y los síntomas depresivos entre adolescentes por el inventario de depresión II de beck. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Escuela Médica de Porto, Porto, Portugal. Eur Psychiatry Ed. Esp. (2002); 9: 529-533, (on line), aviable from internet: URL: www.google.com

COLEGIO Oriental N°26, Institución educativa del barrio prados norte de la ciudad de San José de Cúcuta.2006.

FEDERACIÓN Colombiana para la Salud Mental. Proyecto de ley para la salud Mental, Bogotá – Colombia. 2005, (on line) aviable from internet; URL: www.federacionmental.org
FERNANDEZ, Características de la Adolescencia, 2000.(on line) aviable from internet:URL: www.perso.wanadoo.es/angel.saenz/pagina_nueva_115.htm.

GEREDA Clara .Dirección del Área de Salud Mental. Instituto Departamental de Salud .Profesional de Enfermería, especialista en Salud Mental. 2006

GÓMEZ-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz- Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(6):378–86.

INSTITUTO Departamental de Salud, Manual de atención de la salud mental, en la salud general. Proyecto de salud mental, guías de atención en salud mental. Gobernación Norte de Santander. 2005 .p 7

JORDANA Vázquez, Paola. et al. “Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia”. Universidad del Valle de México. Episteme No.1 agosto 2004. (On line). Aviable from internet, URL: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/>

LOZANO Joseph M. Angustias Juveniles.2006.(on line) aviable from internet: URL: <http://www.fespinal.com/>

LUENGO Charath M. Ximena. La Adolescencia y los adolescentes. Médico especializada en adolescencia, magíster en salud pública, Directora Ejecutiva del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva ICMER, Presidenta del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. 2004. Chile. (On line) aviable from internet: URL. www.puntodevista.com

MAGGI Yáñez Rolando Emilio, Desarrollo humano y calidad (valores y actitudes) Conalep, tercera edición.2004. pag.144.

PACHEGO Carmen Rosado. MORALES Vega Juan M, El Efecto del Adiestramiento Cognoscitivo-Conductual Grupal sobre la Depresión Leve y las Destrezas Para la Vida en Jóvenes Universitarios de Primer Año de una

Universidad Privada de Puerto Rico. Centro de investigaciones educativas, Universidad de Puerto Rico. Cuaderno de Investigación en la Educación, número 13, mayo 1998. (on line) aviable from internet: URL: www.google.com

PITA Salvador, asociación de variables cualitativas test de Chi cuadrado, 2007,(on line) aviable from internet ; URL; www.fisterra.com

PUCHO Esparza David. La Depresión: 50 Claves Esenciales Para Su Comprensión. Licenciado en Psicología. 2003. (on line). A v i a b l e f r o m I n t e r n e t : URL: www.psicocentro.com

RESOLUCION 2358 de 1998, Ministerio de salud, Asociación Colombiana para la salud mental, Políticas de salud mental. Cartagena de indias 2005. (On line), aviable from internet: URL: www.acsm.com.co/pagimnas/informacion politicasSM_GeneralidadesOPS.html.

RODRÍGUEZ Rodríguez Diana Carolina, Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. Revista Scielo brazil. vol.21 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005. (On line) aviable from internet: URL: www.scileo.com

SANTIESTEBAN Millán Orlando. Proyecto de acuerdo N° 025 del 2006. Por el cual se establece la red de educando de orientación, apoyo, prevención, reconciliación y resolución de conflictos, de la comunidad infantil y juvenil de la capital de la república. Consejo de Santa Fe De Bogotá D.C. Colombia,(on line) aviable from internet: URL : http://www.segobdis.gov.co/documentos/relaciones_concejo/proyectos/proyectos2006/025.doc

SANZ Jesús, VÁZQUEZ Carmelo. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión De beck.Universidad Complutense De Madrid. Psicothema, 1998. Vol. 10, nº 2, pp. 303-318 issn 0214 - 9915 coden psoteg.(on line) aviable from internet: www.psicothema.com

SARMIENTO Limas Carlos Arturo. Norma Técnica Para La Detección Temprana De Las Alteraciones Del Desarrollo Del Joven De 10 A 29 Años (Resolución 000412). República de Colombia, Ministerio de salud, Dirección general de promoción y prevención. 2000. .(on line) aviable from internet: URL: www.metrosalud.gov.co/paginas/protocolos/minsalud/normas/13-detaltjoven1024.htm

SENADO de la Republica de Colombia. Ley 266 de 1996 (Enero 25).Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. (on line) aviable from internet: URL: www.secretariasenado.gov.co/leyes/Lo266_96.HTM.

SENADO de la República de Colombia. LEY 911 DE 2004 (octubre 5) por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. (on line) aviable from internet: URL: www.facultadsalud.unicauca.edu.co/documentos/Enf/LEY%20911%20.

TOROS Fevziye, Prevalencia de la depresión medida por el CBDi en una población escolar predominantemente adolescente de Turquía. Revista de Psiquiatría. España .fuente: european psychiatry. 2004;19(5):264-271 .(on line) aviable from internet: URL : www.psiquiatria.com

Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio

Quality of life in connection with the Health of patients myocardial infarction

Vargas Toloza Ruby Elizabeth*
Edith Ordoñez Pabón**
Oscar Eduardo Montalvo Miranda**
Viviana Lorena Díaz Torres**

RESUMEN

Hoy en día las enfermedades cardiovasculares se consolidan como una de las primeras causas de muerte en el mundo entero. Según cifras del DANE, en Colombia murieron por infarto del miocardio en el año 2005, 24.081 personas, de las cuales el 56.22% correspondieron al sexo masculino y 43.78% al sexo femenino. Este comportamiento es muy similar en la ciudad de Cúcuta donde se presentaron en el mismo año 274 muertes de las cuales el 63.13% corresponden a personas de sexo masculino viéndose así que el grupo más afectado corresponde a mayores de 65 años con un 73.35%, donde se puede evidenciar la importancia que tiene esta entidad a nivel regional, nacional e internacional.

De allí surge la inquietud de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio, debido a que estos no siempre recuperan la

capacidad para mantener un autocuidado eficaz, y así de esta manera satisfacer sus necesidades físicas, biológicas y psíquicas, por lo cual pueden presentar distintos niveles de dependencia de los profesionales de la salud, cuidadores informales y hasta de su propia familia, convirtiéndose en una carga para ellos, generando en los pacientes estados de depresión, ansiedad y tristeza. Teniendo en cuenta que todos estos sentimientos son perjudiciales en la recuperación y a la vez, convirtiéndose en nuevos factores de riesgo tanto para la presentación de un nuevo infarto que esta vez podría llegar a ser fatal o limitar gravemente las actividades de la vida diaria del paciente en tal grado que se pueda ver afectada su salud mental debido al estado de depresión en el cual puede caer el paciente.

Palabras claves:

Percepción, calidad, rol, salud mental, salud física.

SUMMARY

Today in day the cardiovascular illnesses consolidate like one of the first causes of death in the whole world, according to figures of the

* Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica con Énfasis en Urgencias. Directora Departamento de Atención Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante del Grupo de Investigación de Salud Pública. E-mail: rubyelizvt@hotmail.com

** Enfermeros. Universidad Francisco de Paula Santander. Egresados 2007

one DANE in Colombia they died for Infarction of the myocardial in the year 2005, 24.081 people, of these 56.22% corresponded to the masculine sex and 43.78% to the feminine sex. This behavior is very similar in the city of Cúcuta in which you/they were presented in the same year 274 deaths of which 63.13% corresponds to people of masculine sex and the group but affected it is the one of bigger than 65 years with 73.35%, reason why we can evidence the importance that has this clinical entity at international, national and regional level.

Of there the restlessness arises of evaluating the quality of life related with the health of the patient Post Sharp Infarction of Myocardial, because these don't always recover the capacity to maintain an effective self-care for this way to satisfy its physical, biological and psychic necessities, reason why they can present different levels of professionals' of the health dependence, informal caretakers and until of its own family, becoming a load for them, generating in the patient depression states, anxiety and sadness; keeping in mind that all these feelings are harmful in the recovery becoming new factors of so much risk so that it presents a new infarction that this time could arrive to make fatal or to limit the activities of the patient's daily life gravely in such a degree again that you its mental health can be affected due to the depression state in which the patient can fall.

Key words :

Perception, quality, list, mental health, physical health.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Mucho se ha investigado y escrito sobre calidad de vida; así, para Coelho y Amante, la calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad, esta existencia también debe satisfacer las exigencias o demandas que la cotidianidad genera para las personas que integran la sociedad.

En este artículo, es de vital importancia valorar la calidad de vida de los pacientes post infarto agudo del miocardio, ya que se describe la percepción del componente de salud física y del componente de salud mental de la población, permitiendo conocer mejor el impacto de la enfermedad y sus expectativas, mediante la evaluación de componentes relacionados con el dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Con el presente estudio se fortalece la disciplina de enfermería, puesto que permite profundizar en el conocimiento y las dimensiones del problema en estudio, siendo

este el primer paso para la creación de programas que centren su labor en la búsqueda y control de todos aquellos factores que alteran el bienestar del paciente post infarto agudo de miocardio.

MATERIALES Y METODOS

La población en estudio está conformada por los pacientes post infarto, tomándose como muestra a todos los pacientes que egresaron con vida del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz con o sin tratamiento invasivo. De los 66 pacientes egresados durante el período comprendido entre diciembre del 2006 y junio del 2007 y quienes aceptaron voluntariamente participar en la investigación, 50 cumplieron con los criterios de inclusión, los restantes residían en otros municipios o fallecieron después del egreso hospitalario.

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas

La recolección de los datos se realizó a través de la visita domiciliaria a cada uno de los pacientes, después de dos meses de ocurrido el evento, aplicando una entrevista estructurada y empleando el cuestionario de salud SF-36, que fue creado por Demspster y cols, quienes concluyen que este es el mejor instrumento genérico de medida de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica.

Este instrumento evalúa aspectos de la calidad

de vida en poblaciones adultas.

Al aplicar el cuestionario se tiene en cuenta ocho conceptos o escalas de salud los cuales son: la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. Incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior, permitiendo identificar la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Sin embargo, existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-Norteamericana de Estados Unidos de América.

En un estudio realizado en Medellín-Colombia se concluyó que el SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos.¹

Con el fin de identificar la situación sociodemográfica de la población en estudio fue necesario anexar 4 preguntas relacionadas con la situación sociodemográfica. La información fue tabulada a través del sistema estadístico EPI-INFO, se presentó en tablas y gráficos (diagrama de barras y circular); para el análisis se utilizaron las medidas de tendencia central como media, mediana y moda.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes

¹ LUGO A Luz Helena, GARCIA G Héctor Iván y GOMEZ R Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* ISSN 0120-386X. , Jul./Dic. 2006, Vol.24, no.2, p.37-50.

Postinfarto Agudo de Miocardio que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007.

Objetivos Específicos:

Describir la percepción del componente de salud física de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre diciembre del 2006 a junio de 2007.

Describir la percepción del componente de salud mental de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio que egresaron del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre diciembre de 2006 y junio de 2007.

RESULTADOS Y DISCUSION

1. Caracterización sociodemográfica

La edad promedio de la población estudio fue de 63 y 64 años, además el grupo etáreo predominante está constituido por los mayores de 60 años representando el 64% de la población, esto sugiere que el infarto agudo de miocardio afecta principalmente al adulto mayor, resultado similar al arrojado en el estudio elaborado por Abreu Sánchez A. (2002),³ cuya edad promedio fue de 62.73.

El sexo predominante fue el masculino representado en el 70 %, lo que confirma la mayor incidencia en los hombres de infarto agudo de miocardio, similar este resultado con el obtenido en el estudio de Jiménez Muro 1994 – 1995 España,⁴ cuyos pacientes hombres correspondían al 83%.

Con relación a la situación laboral el 34% de la población se encuentra desempleada, cifra que refleja la existencia de algún tipo de limitación en el desempeño de las actividades después de la ocurrencia del infarto; por otra parte, el 50% de la población se mantiene activa pero la mayoría de ellos refieren haber disminuido la intensidad laboral. Se evidencian resultados similares a los obtenidos en el estudio realizado por Abreu Sánchez A.(2002)³ donde el 53.8% de la población se encuentran activos pero manifestaron alto grado de retiro o cambio de actividad.

El régimen de salud predominante en el estudio es el subsidiado con el 86%, dato que refleja los bajos ingresos que obtiene gran parte de la población, la cual se relaciona directamente con la situación laboral de los mismos, convirtiéndose a su vez en un posible factor desencadenante de estrés y conflictos en el núcleo familiar que dificulta las relaciones, fomenta los sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza generando un incremento del riesgo de padecer nuevamente un infarto mas grave.

³ ABREU Sánchez, A. y ARENAS Fernández J, ROJAS Ocaña M.J, RODRÍGUEZ Y Rodríguez J.B. Calidad de vida de los pacientes post infarto de miocardio. Diferencias según la edad. Madrid: Pearson, 2003. 29 p.

⁴ JIMÉNEZ Muro, GÓMEZ Pajuelo, SÁENZ DE LA CALZADA Urbano, LACASA Rivero y POMBO Jiménez. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio no complicado. Madrid. 1994-1995.

⁵ ABREU Sánchez, A. Op. Cit. 29p.

2. Calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 1. Distribución de la variable calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio medicina interna HUEM Cúcuta 2006.

	PEOR CALIDAD DE VIDA (0-49 PUNTOS)		MEJOR CALIDAD DE VIDA (50- 100 PUNTOS)		F TOTAL
	FRECUENCIA	TASA	FRECUENCIA	TASA	
MASCULINO	28	0.80	7	0.20	35
FEMENINO	13	0.87	2	0.13	15
TOTAL	41	0.82	9	0.18	50

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de la población, 41(82%) de los 50 pacientes participantes tienen una percepción de peor calidad de vida con una tasa de 0.82. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio realizado por Francisco Ramón Breijo. (2006).³ donde se determinó que el 85.29% de los pacientes presentaban en mayor o en menor medida una disminución en su calidad de vida. Igualmente en el estudio realizado por Abreu Sánchez A. (2002)⁴, se evidenció que más del 50% de los pacientes presentaban un deterioro marcado en la calidad de vida.

La situación laboral de los pacientes se convierte en un posible factor desencadenante de estrés y conflicto en el núcleo familiar

³ BREIJO, Francisco Ramón. Calidad de vida de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio. Bostón. 2006.

⁴ ABREU Sánchez, A. Op. Cit.

Al comparar las tasas del sexo masculino con las del femenino se observa una diferencia entre estos dos, ubicando al sexo femenino como el más afectado con una tasa de 0.87 en comparación con el sexo masculino que tiene una tasa de 0.80, estos resultados son

contrarios a los encontrados en la literatura en la cual siempre se encuentra un dominio marcado del sexo masculino y nos muestra la necesidad de enfocar las actividades a los dos sexos.

Tabla 2. Distribución de la variable componente de salud física de los pacientes. Según la escala de medición en pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio medicina interna HUEM Cúcuta 2006.

SUBVARIABLE	PEOR CALIDAD DE VIDA (0-49 PUNTOS)	MEJOR CALIDAD DE VIDA (50- 100 PUNTOS)
1. FUNCION FISICA	49	
2. ROL FISICO	34	
3. DOLOR CORPORAL		67
4. SALUD GENERAL	23	

Fuente: cuestionario de salud SF-36

**Es importante resaltar
que el 74% de los
pacientes manifestó
sentirse limitado en su
trabajo o actividad**

Respecto a la variable componente de salud física, la escala más afectada en la población estudio es la salud general con un promedio de 23 puntos, lo que hace evidente la percepción negativa de salud que tienen los pacientes, 76 % de ellos refieren que su salud es regular o mala y el 96% manifestaron que su salud desmejoró comparándola con la de un año atrás, sumado a esto el 40% cree que su salud va a empeorar y además el 82% niega que su salud sea excelente. Lo anterior se encuentra

bien documentado en la literatura donde se confirma que la mala percepción de la salud es una de las principales consecuencias a nivel físico y psicológico del infarto agudo del miocardio.

Seguido a la salud general se encontró que el rol físico tiene un puntaje a considerar de 34 puntos, es importante aclarar que se define como rol físico a las actividades que realiza la persona como parte de su quehacer diario que requieren de un gasto energético y esfuerzo variable. En el presente estudio se encontró que el 66% de los pacientes redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad siempre 24%, la mayor parte del tiempo 42%. Es importante resaltar que el 74% de los pacientes manifestó sentirse limitado en su trabajo o actividad (siempre 20%, la mayor parte del tiempo 54%). Evidenciando las dificultades que tienen estas personas para realizar sus actividades cotidianas incluyendo el trabajo, esto coincide con el estudio

realizado por Gutiérrez Morlate en el año 1999 en España sobre el impacto del infarto del miocardio en la situación laboral de los pacientes donde solo el 35% de los pacientes logró mantener su trabajo.

Por otra parte en la escala de dolor corporal se obtuvo una mejor calidad de vida con un puntaje de 67, como resultado el 20 % de los pacientes no presentó dolor en ninguna parte del cuerpo y un 44 % si presentó dolor de forma leve, entre los pacientes que presentaron dolor el 22 % indicó que este no había interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa) y en el 40 %

solo un poco, por lo cual el dolor no es obstáculo para la realización de sus labores cotidianas.

En general el 68% de los pacientes del estudio tienen una percepción de mala calidad de vida relacionada con la salud en el componente de salud física, este resultado es significativo y más al compararlo con el estudio realizado por Breijo Márquez (2006) en Boston en el cual el 34.90% de los pacientes presento alteraciones del componente físico lo que muestra las consecuencias que genera en este componente el infarto agudo de miocardio en las personas que lo presentan.

Tabla 3. Distribución de la variable componente de salud mental de los pacientes con infarto agudo de miocardio. Servicio medicina interna HUEM Cúcuta 2006.

SUBVARIABLE	PEOR CALIDAD DE VIDA (0-49 PUNTOS)	MEJOR CALIDAD DE VIDA (50- 100 PUNTOS)
5. VITALIDAD	30	
6. FUNCION SOCIAL	42	
7. ROL EMOCIONAL	41	
8. SALUD MENTAL	37	

Fuente: Cuestionario de salud. SF – 36. Percepción de Calidad de Vida en las personas.

Al analizar cada una de las escalas del componente de salud mental se resalta que la más afectada en el presente estudio es la escala de vitalidad con un puntaje promedio de 30 puntos; esta situación es comprensible si se tiene en cuenta que los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio presentan dos veces mas riesgo de sufrir un episodio depresivo en comparación con la población general que no ha sufrido un infarto agudo de miocardio, esto se evidencia en los

resultados de la escala de vitalidad donde el 64% de los pacientes manifestó que no se sintió con ánimos durante el último mes; además, el 20% manifestó que nunca se sentía con mucha energía y el 48% que muy poco tiempo se encontraba en ese estado.

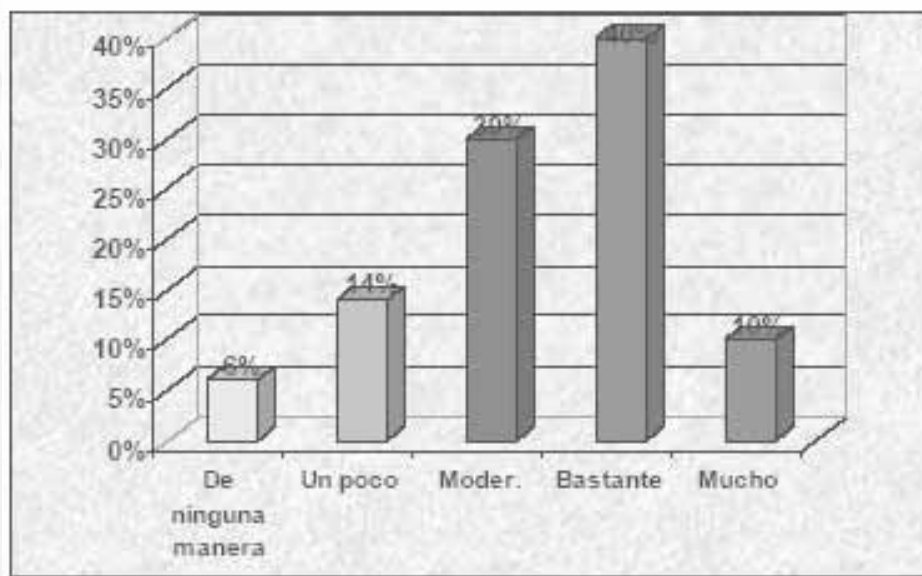
Cabe mencionar que el 74% de los pacientes del estudio manifestó sentirse siempre o casi todo el tiempo cansado, lo que dificulta la realización de las actividades cotidianas y su

¹ GUTIÉRREZ Morlate Jesús, VACA Arlandis Milagros, LOBATO Garcia Ana, LLORCA Diaz Javier, PRIETO Solis Jose, DOMENECH Delgado Javier y SAN JOSE Garaganza Jose M. Impacto del infarto del miocardio en la situación laboral de los pacientes. Calambria. 1999. p. 12 – 25.

evolución para lograr nuevamente su independencia tanto emocional como laboral, lo lleva a un aislamiento y a un círculo vicioso que aumenta su estrés y sentimientos de impotencia o la creencia de ser una carga para

su familia después de ser quien mantenía el hogar u ocupaba un cargo importante en el núcleo familiar, lo que puede llevarlo a sufrir un nuevo evento coronario con consecuencias fatales.

Grafica 1: Escala Función Social. Pacientes Post infarto agudo de miocardio Servicio de Medicina Interna del H.U.E.M. Cúcuta 2006.



Fuente: Cuestionario de salud. SF – 36. Percepción de Calidad de Vida.

La función social comprende las actividades del individuo en las cuales mantiene una interrelación con las personas que pertenecen a su grupo familiar o social, logrando así momentos de esparcimiento y relajación que fomentan la salud mental del individuo y su familia. Es evidente la importancia de la función social en la vida de la persona ya que luego de sufrir un infarto agudo de miocardio esta se ve afectada de forma considerable, el 50% de los pacientes manifestaron que problemas físicos o emocionales dificultaron sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social siendo esta una cifra significativa que evidencia el impacto del infarto agudo de miocardio en la función social del paciente alterando percepción de la calidad de vida.

En relación al rol emocional de los pacientes se encontró una disminución del tiempo dedicado al trabajo u otra actividad como resultado de sus problemas emocionales: depresión o ansiedad siempre (24 %) o la mayor parte del tiempo (48%); en los últimos años se ha confirmado una alta prevalencia de trastornos depresivos en la población que ha sufrido un infarto agudo de miocardio; además, los hallazgos recientes permiten identificar la depresión como un importante predictor de complicaciones cardiológicas en este padecimiento, así como una mayor mortalidad en el seguimiento aun después de controlar las variables cardiológicas de mayor riesgo para la supervivencia.

CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas se evidenció un acentuado predominio del sexo masculino el cual representó el 70% de la población, lo que confirma una vez más la predisposición de este sexo a las enfermedades cardiovasculares y de manera más exacta al infarto agudo de miocardio; además, el promedio de edad fue de 63.4 años y su situación laboral desempleado o trabajador independiente, pertenecientes en su mayoría al régimen subsidiado.

De acuerdo a la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es indiscutible la influencia negativa del infarto agudo de miocardio, debido a que esta entidad patológica logra afectar todas las esferas del individuo impidiéndole el libre desarrollo de sus actividades cotidianas que requieren algún tipo de esfuerzo, aunque dicha limitación no es solo física, el infarto agudo de miocardio interfiere además en las relaciones del paciente con sus familiares, amigos y otras personas que integran su círculo social.

En relación al componente de salud física los pacientes afectados experimentaron alteraciones en mayor o menor grado, las cuales se asocian con complicaciones que presenta el corazón para suplir las necesidades del organismo. Teniendo en cuenta lo anterior las actividades físicas que exigen cierto grado de esfuerzo incrementarán las necesidades de nutrientes del músculo aumentando el trabajo cardíaco, esta situación puede llevar en muchos casos a la aparición de dolor precordial o molestias torácicas (angina de pecho) que provoca el cese de la actividad, genera ansiedad y temor en el paciente.

En el presente estudio el dolor no se presentó

de forma considerable por lo cual esta fue la única escala en la cual se obtuvo un puntaje indicativo de mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud (67 puntos) a diferencia de las otras que si presentaron compromiso; por esta razón el 68% de los pacientes mostró una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud en el componente de salud física, además se evidencia nuevamente el predominio del sexo masculino (64.7%) y de los mayores de 60 años.

En cuanto al componente de salud mental se determinó que el área más crítica y poco abordada en este tipo de pacientes presentó un promedio general de 37 puntos (peor calidad de vida relacionada con la salud), esta situación es comprensible y preocupante, debido a que es conocida la asociación entre el infarto agudo de miocardio y los trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y su fuerte tendencia a desencadenar una serie de fenómenos a nivel cerebral y cardiovascular que predisponen a los pacientes a nuevos eventos con consecuencias fatales. Además de esto, interfiere con sus actividades cotidianas y recreativas encerrándolo en un círculo de estrés y ansiedad que le impide recuperar su autonomía. Es evidente el impacto negativo del infarto agudo de miocardio en la salud mental, esto se ve reflejado en el 84% de los pacientes que presentaron una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud, con predominio del sexo masculino y edad mayor de 60 años.

BIBLIOGRAFIA

LUGO A, Luz Helena, GARCIA G, Héctor Iván y GOMEZ R, Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36

en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, jul./dic. 2006, vol.24, no.2, p.37-50. ISSN 0120-386X.

ABREU Sánchez, A. y ARENAS Fernández J, ROJAS Ocaña M.J, RODRÍGUEZ Y Rodríguez J.B. Calidad de vida de los pacientes post infarto de miocardio. Diferencias según la edad. Madrid: Pearson, 2003. 29 p.

JIMÉNEZ Muro, GÓMEZ Pajuelo, SÁENZ DE LA CALZADA Urbano, LACASA Rivero y POMBO Jiménez. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio no complicado. Madrid. 1994-1995.

BREIJO, Francisco Ramón. Calidad de vida de los pacientes post Infarto Agudo de Miocardio. Bostón. 2006.

GUTIÉRREZ Morlate Jesús, VACA Arlandis Milagros, LOBATO Garcia Ana, LLORCA Diaz Javier, PRIETO Solis Jose, DOMÉNECH Delgado Javier y SAN JOSÉ Garaganza jose M. Impacto del infarto del miocardio en la situación laboral de los pacientes. Calambria. 1999. p. 12 – 25.

ARANGO Escobar Juan José, Infarto de Miocardio de la fisiopatología a la terapéutica moderna. Colombia. 1997. p. 10-13.

ARÓS Fernando, LOMA Osorio Ángel, ALONSO Ángeles, ALONSO Joaquín, CABADÉS Adolfo, COMA- Canella Isabel, GARCÍA Castrillo Luís, GARCÍA Eulogio, LÓPEZ Esteban, PABÓN Pedro, SAN JOSÉ José, y WORNER Fernando. Guías de actuación clínica de la sociedad Española de Cardiología en el Infarto Agudo de Miocardio. España. 1999. P. 939-955.

DENOLLET J, BRUTSAERT DL. Personality, disease severity and the risk of long term cardiac events in patients with a

decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*. 1998, p. 167-73.

Entidad Social del Estado: Hospital Universitario Erasmo Meoz. Información Estadística: 50 primeras causas de morbilidad en los servicios de hospitalización I semestre año 2006. Colombia.

HERDMAN M, BARO E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. Madrid: Jarpyo, 2000. 174 p.

BADÍA x, PODZAMCZER D. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2000. p. 19-33.

MORALES, F. Psicología de la salud. La Habana: Científico, 1999. 253 p.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de salud. Washington: OMS, 2000. 298 p.

G. Permanyer Miralda, G. Cascant, I. Moral, J. Alonso y J. Soler Soler. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a los dos años de la cirugía coronaria. Barcelona: M&M, 1997. P. 446-451-547.

SOTO M, FAILDE I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Madrid - España: Cantabria, Diciembre 2004. 505- 641 p.

SUZUKI, T.; YAMAUCHI, K. y YAMADA, Y. Blood coagula-bility and fibrinolytic activity before and after physical training during the recovery phase of acute myocardial infarction. Tokio: Clin Cardiol, 1992. 214 p.

HAMBRECHT R, WOLF A, GIELSEN S, et al. Effects of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. N Engl J Med 2000, p. 454-460.

HERTZEANU H, SHEMAISH J, ARON A y Col. Ventricular arrhythmias in rehabilitated and nonrehabilitated postmyocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. Am J Cardiol 1993; p. 24-27.

KISEN Briger Oscar, RASMUSSEN Ricardo, LADISLAO Endrei. Sedentarismo. Córdoba, Argentina. Diciembre 1999. p. 1

KLEIGER RE, MILLER JP, BIGGER JT, et al. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1987, p. 256-262.

KRISKOVICH Jorge. Rehabilitación en el enfermo coronario. 2003, p. 2-4

LACH Badia X. y TUDELA Lizán L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria. 2003. p. 250.

Malfatto G, Facchini M, Bragato R, et al. Short and long term effects of exercise training on the tonic autonomic modulation of heart rate variability after myocardial infarction. Eur Heart J 1996, p. 532-538.

Organización Mundial de la Salud OMS, Informe Mundial de Salud. 2000

Departamento administrativo nacional de estadística. Estadísticas vitales. Defunciones por grupo de edad y sexo. Colombia. 2005.

WOOD, D. European and American recommendation for coronary heart disease prevention. Houston: Eur Heart, 1988. 319 p.

Manejo de heridas por trauma en el servicio de urgencias

Drive by trauma of wounds in the service of emergency

María Mercedes Ramírez Ordoñez *
Diana Carolina Mojica Fuentes**
Yaneth Corredor Corredor
Yeny Farley Cañizares E
Nancy Johanna Arias Cabrera
Luz Karime Leal Leal
Johanna Gayón Riaño
Jenny Vargas Urbina

RESUMEN

Todas las heridas, con independencia de su gravedad, pueden ser la consecuencia de un trastorno subyacente serio o la manifestación de una lesión con amenaza vital o para una extremidad. En dos publicaciones de la organización mundial de la salud se destaca que, a nivel mundial cada año mueren por traumatismos más de cinco millones de personas, lo cual representa una de cada 10 defunciones.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte longitudinal – prospectivo, que nace de la necesidad de conocer el manejo, cuidado específico y tratamiento que se está llevando en la herida,

para protocolizar el manejo de las heridas en urgencias de adultos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz (ESE HUEM), y que sirva como base para crear la clínica de la herida en este servicio.

La muestra se obtuvo por un muestreo no probabilístico por conveniencia y la recolección de información fue por observación y registro en lista de chequeo; se analizaron 49 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias durante el mes de noviembre de 2007, con heridas por trauma; de esta muestra el 65% eran de sexo masculino; la mayor proporción de pacientes se encontraba en edades de los 15 – 25 años con un 37%. Sus profesiones en su mayoría eran comerciantes y albañiles con un 20% cada una; 25 pacientes consumen alcohol y/o tabaco.

En cuanto a la técnica de limpieza de la herida la realiza la auxiliar de enfermería con un 42% y la técnica como tal es inadecuada en el 47% de los casos; en general se realiza una adecuada exploración de la herida y una buena elección de la sutura y la aguja a utilizar.

Palabras claves: Valoración de Heridas, Técnica aséptica, Sutura.

* Docente Asociado Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Enfermera Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Especialista en Enfermería Nefrológica, Especialista Docencia Universitaria. Grupo de Investigación Salud Pública E-Mail: mmro2000@hotmail.com

** Estudiantes de Enfermería – VII semestre. U.F.P.S. Email: caro_moji@hotmail.com. Trabajo ganador VII semestre de Enfermería. Investigaciones formativas. II/semestre/2007.

SUMMARY

All the wounds, independently of their gravity, can be the consequence of a serious underlying upheaval or the manifestation of an injury with vital threat or for an extremity. In two publications of the WHO one stands out that, at world-wide level every year die by traumatismos more than five million people, which represents one of each 10 deaths. The present study is of type Quantitative, Descriptive and of longitudinal section - Prospective, that it is born of the necessity to know the handling, specific care and treatment that is taking in the wound, to formalize the handling of the wounds in Urgencies of Adults of that University Hospital Erasmo Meoz, that serves as it bases to create the Clinic of the Wound for this service. The sample it was obtained by Sampling non Probabilístico by Convenience and the information harvesting was by observation and registry in control list, 49 patients who entered to the service of urgencies during the month of November of 2007, with hurt by trauma analyzed themselves; of this sample 65% were of masculine sex; the greater proportion of patients was in ages of the 15 - 25 years with a 37%. Their professions in their majority were retailers and bricklayers with a 20% each one; 25 patients consume Alcohol and/or Tobacco; as far as the technique of cleaning of the wound it makes the Aid of Infirmary with a 42% and the technique as so she is Inadequate in 47% of the cases; in general it is made a suitable exploration of the wound and a good election of the suture.

Key Words: Valuation of Wounds, aseptic Technique, and Suture.

INTRODUCCIÓN

El profesional de la salud se enfrenta a diferentes tipos de situaciones relacionadas con las heridas por trauma, siendo sin duda la prevención de la infección, el aspecto de mayor impacto. La lucha contra las infecciones debería encararse mediante un abordaje interdisciplinario en los que el énfasis en la limpieza de manos, del instrumental y la correcta realización de técnicas y procedimientos asépticos constituyen las piedras angulares de la prevención, teniendo en cuenta que la correcta protocolización y su cumplimiento en el cuidado de heridas pueden disminuir no sólo las complicaciones infecciosas, sino además el tiempo de hospitalización y el uso de recursos.¹

La infección de la herida por trauma es un importante problema de salud que representa actualmente uno de los principales renglones en cuanto a gasto económico e incremento en la morbimortalidad de los pacientes. Se han efectuado múltiples intentos para el control de este problema, que van desde técnicas quirúrgicas depuradas, antimicrobianos y tratamientos tópicos representados por alginatos, hidrocoloides y apósitos con múltiples sustancias de acción local, método que ha demostrado utilidad en el control de la infección de heridas.²

Se busca principalmente en este estudio evaluar el manejo dado a las heridas por trauma durante el procedimiento de sutura en el servicio de urgencias lo que se fundamenta en el hecho de que este proceso tiene gran impacto sobre la morbi – mortalidad de los pacientes, ya que prolonga significativamente su estancia hospitalaria y tiene una alta

¹MANGRAMAJ, y colaboradores, Heridas quirúrgicas menores: ¿manejo seco o húmedo? Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - [Serial On Line Vol. 9 Número 4: Julio-Agosto 2006. Disponible en: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=1954]

²ROBLEDO, Ogazón Felipe y colaboradores, Uso del sistema de cierre asistido al vacío VAC® en el tratamiento de las heridas quirúrgicas infectadas. Experiencia clínica [Serial On Line Volumen 74, No. 2, marzo-abril 2006 Pág. 107 . Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc062h.pdf>]

incidencia en el costo del manejo de las infecciones hospitalarias. Como bien se conoce, el propósito fundamental de cualquier intervención por parte del equipo de salud se encamina a disminuir al máximo las secuelas y la muerte para el paciente sea cual sea la causa de la intervención. Es por esto que el manejo de las heridas por trauma en el servicio de urgencias no sólo busca favorecer el proceso normal de cicatrización sino a minimizar el riesgo de infección, permitiendo una evolución adecuada de la herida para lo cual se requiere del manejo óptimo por parte del personal que la atiende y de la evaluación de esta labor.

Esta investigación representa un importante beneficio para la institución ya que permite la identificación y evaluación de la aplicación de los protocolos propios para el manejo de las heridas por trauma que ingresan al servicio de urgencias adultos de la ESE H.U.E.M. desde la valoración inicial que se hace de esta a su ingreso, durante el procedimiento de sutura y luego de la misma a fin de fortalecer la calidad de la atención brindada a los pacientes.

MATERIALES Y METODOS

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, y de corte longitudinal-prospectivo.

La población está compuesta por 580 pacientes, que corresponden al promedio mensual de usuarios que son atendidos en pequeña cirugía del servicio de urgencias adultos, se obtiene a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra es de 49 pacientes, partiendo de esto se fijaron unas cuotas que consisten en un número determinado de individuos que reúnen las condiciones necesarias para hacer parte de la muestra, aplicando el instrumento a los pacientes que ingresen al servicio de pequeña cirugía durante el mes de noviembre, y que

tuvieran como característica determinante una herida traumática para hacer parte de la muestra.

Los métodos utilizados para la recolección de la información fueron, en primera instancia la observación no estructurada del proceso completo, desde la valoración inicial de la herida hasta la sutura. En segunda instancia el registro de los datos encontrados en el instrumento de valoración de la herida traumática. Al realizar la observación no estructurada de los pacientes se tuvo en cuenta las características generales del estado del paciente y de la herida, al ingreso del mismo en la sala de pequeña cirugía del servicio urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz, y el registro de estas en el instrumento de valoración de la herida traumática elaborado por las estudiantes de enfermería de séptimo semestre de la UFPS. Dicho instrumento está estructurado con preguntas abiertas y de selección múltiple, que abarcan cinco categorías las cuales son: datos de identificación, antecedentes personales, exploración física, técnica de limpieza y técnica de sutura.

OBJETIVOS

General

Determinar el manejo de las heridas por trauma de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el período comprendido entre octubre y noviembre de 2007

Específicos

Valorar el estado general de los pacientes y sus heridas por trauma, que ingresan al servicio de urgencias de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el período comprendido entre octubre y noviembre de 2007.

Evaluar la aplicación de la técnica aséptica antes, durante y después del procedimiento de sutura de la herida por trauma que ingresan al servicio de urgencias de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Examinar el procedimiento de sutura en heridas de los pacientes que ingresa al servicio de urgencias de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

RESULTADOS Y DISCUSION

El 65% de los pacientes eran de sexo masculino y el restante femenino; la mayor proporción de pacientes se encontraba en el

rango de edad de los 15 – 25 años con un 37% y el menor porcentaje en el rango de los 56 – 65 años con un 4%.

Sus profesiones en su mayoría eran comerciantes y albañiles con un 20% cada una. En comparación con el estudio de Maite Kutz Zaldunbide y colaboradores (2004)³ acerca de la evaluación de resultados de las suturas realizadas por enfermería en el servicio de urgencias de un hospital comarcal, se encontró que la edad media es de 27 años, el género masculino es el más afectado. Hombre: 76%; mujer: 24%, siendo la actividad mayormente lesiva: el ámbito domestico: 29%; deportiva 14%; laboral 17%; tráfico: 14% y otras: 26%.

1. Estado general del paciente y su herida traumática

Dentro de la valoración inicial realizada a los pacientes a su ingreso de la sala en su mayoría no presentaron antecedentes patológicos (39), seguido por 6 pacientes quienes presentaron antecedentes de hipertensión, y, en la misma proporción pacientes con antecedentes de diabetes y obesidad (3 para cada antecedente). Lo que indica que la mayoría de las heridas no están vinculadas al estado de salud del paciente o con patologías de base, encontrándose por el contrario, relacionado con eventos externos y traumáticos, sin dejar a un lado que estas patologías de base influyen en el proceso de cicatrización.

Dentro de los antecedentes tóxicos identificados en los pacientes de la muestra 25 de estos presentaron antecedente de tabaquismo y en su misma cantidad antecedente de alcohol. 13 de ellos no

presentaron algún tipo de antecedente. Cabe destacar entonces, que estos elementos presentes en los pacientes de la muestra influyen en gran medida en un adecuado proceso de cicatrización de la herida.

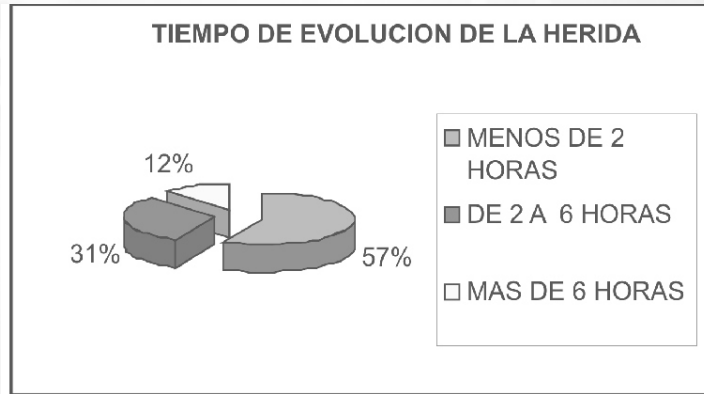
En los resultados de este estudio, se encontró que la totalidad de los pacientes atendidos, no presentaban algún antecedente farmacológico que en alguna instancia pudiese influir en el proceso de cicatrización de la herida.

Todo esto teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes que conformaban la muestra se encontraban en rangos de edades de 15 – 25 años, lo que hace que haya un menor índice de incidencia de algunas patologías las cuales requieran de tratamientos farmacológicos que influyan en este proceso de regeneración de los tejidos afectados.

³ KUTZ, Maite y colaboradoras, Evaluación de resultados de las suturas realizadas por enfermería en el servicio de urgencias de un hospital comarcal, Servicio de Urgencias. Hospital Costa del Sol de Marbella, .Noviembre de 2004.

2. Exploración física

Gráfica 1: Tiempo de evolución de la herida de pacientes que ingresaron a pequeña cirugía. Servicio de urgencias ESE HUEM. Cúcuta 2007.

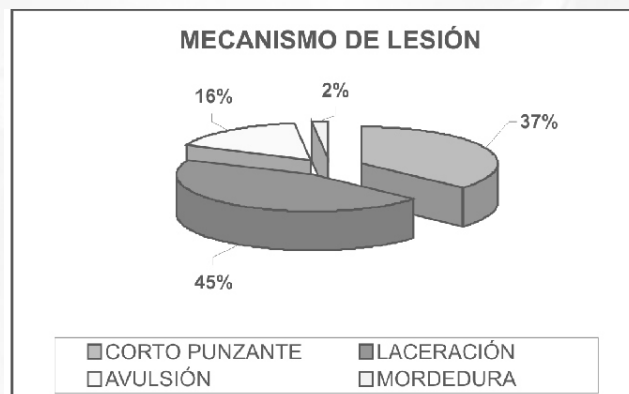


Fuente: Formato de Valoración en el manejo de Heridas por Trauma en pequeña cirugía de Urgencias de la ESE HUEM

En lo referente al tiempo de evolución de la herida en el presente estudio, se encontró que el 57% de las heridas tenían un tiempo de evolución de menos de 2 horas y el 31% de ellas un tiempo de evolución entre 2 y 6 horas, haciendo la aclaración de que el 12% que presentaron un tiempo de evolución mayor a 6 corresponden a pacientes remitidos de otros

municipios. En comparación con el estudio Maite Kutz Zaldunb y colaboradores(2004) en el cual se encontró que la mayoría de las suturas se realizan entre las 16 horas y 20 horas: 31%. Las horas de menos suturas son entre las 2 horas y 4 horas: 3%. El tiempo medio de realización de la sutura desde que se produce la lesión es de 3 horas y 45 minutos.

Gráfica 2: Mecanismos de lesión de pacientes que ingresaron a pequeña cirugía. Servicio de urgencias ESE HUEM. Cúcuta 2007.



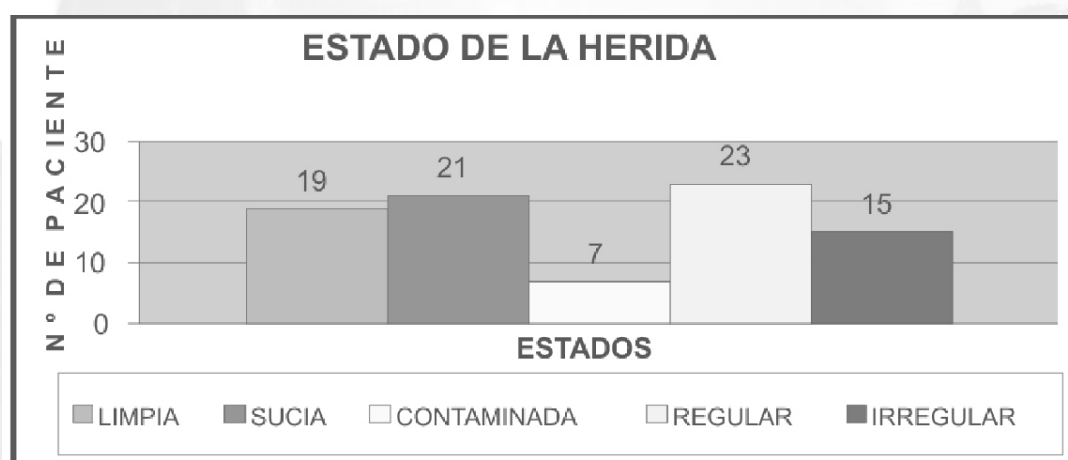
Fuente: Formato de Valoración en el manejo de Heridas por Trauma en pequeña cirugía de Urgencias de la ESE HUEM

· KUTZ, Maite y colaboradoras, op cit P. 5

En cuanto al mecanismo de lesión, se halló en la muestra la laceración con un 45% y las heridas corto-punzantes con un 37%, lo que guarda relación con las profesiones más encontradas, ya que estas tienen un alto riesgo laboral y muchos de estos no utilizan la protección adecuada, encontrándose

expuestos a presentar heridas traumáticas. En comparación con el estudio de Maite Kutz Zaldumbide y colaboradores (2004),⁵ se encontró que el agente traumático o mecanismo de lesión fue cuchillo: 6%; cristal: 22%; metal: 15%; suelo: 35%; madera: 2%; Radial: 1% y otros: 19%.

Gráfica 3: Estado de la herida de pacientes que ingresaron a pequeña cirugía. Servicio de urgencias ESE HUEM. Cúcuta 2007.



Fuente: Formato de Valoración en el manejo de Heridas por Trauma en pequeña cirugía de Urgencias de la ESE HUEM

El estado de la herida comprende un gran elemento, si la herida está muy contaminada, hay que decidir si se retrasa la sutura durante algunos días para permitir la limpieza cuidadosa de la herida. También se encontró herida sucia en 21 pacientes, y solo 7 de ellos presentaron heridas contaminadas. En comparación con el estudio de Maite Kutz Zaldumbide y colaboradores (2004) se encontró los estados de la herida que con más prevalencia se encontraron limpia: 88%; sucia: 22%.

De igual manera el estado de los bordes de la herida representan un componente esencial en el momento de la sutura, ya que una herida con

bordes regulares facilita un mejor proceso de sutura, un mejor afrontamiento de sus bordes, una mejor cicatrización y por tanto un mejor resultado estético.

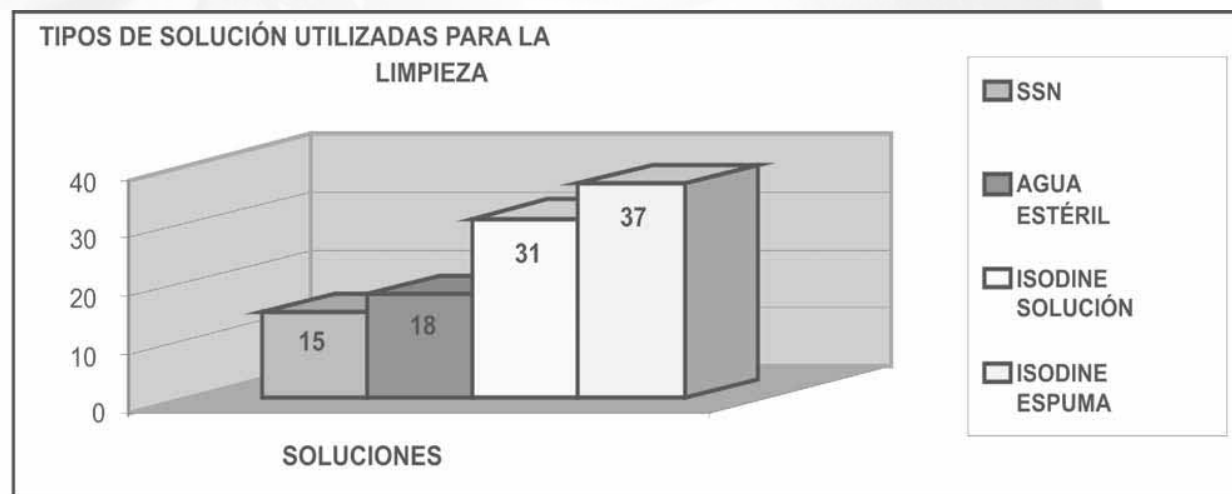
En cuanto a las heridas con bordes irregulares su proceso de sutura se hace complicado y las posibles consecuencias, como es el caso de las dehiscencias, se hacen más frecuentes.

Se presentaron 23 heridas con bordes regulares y 15 con bordes irregulares; en comparación con el estudio de Maite Kutz Zaldumbide y colaboradores (2004) se encontró en cuanto a los bordes de las heridas: lineal: 68%; irregular: 23%; en colgajo: 9%.

⁵ KUTZ, Maite y colaboradoras, op cit P 5.

3. Técnica aséptica antes, durante y después del procedimiento de sutura de la herida por trauma.

Gráfica 4: Tipos de solución utilizadas para la limpieza de pacientes que ingresaron a pequeña cirugía. Servicio de urgencias ESE HUEM. Cúcuta 2007.



Fuente: Formato de Valoración en el manejo de Heridas por Trauma en pequeña cirugía de Urgencias de la ESE HUEM

En la realización de la limpieza de heridas, resulta de gran importancia la solución que se utilice. Según la literatura, se prefiere la solución fisiológica ya que es una solución isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización normal,

El proceso de técnica de limpieza de la herida es realizada en un 42% por la auxiliar de enfermería, el 31% por el médico tratante y el 27% el médico interno.

Dentro de la muestra analizada, se encontró que la solución que con más frecuencia es

utilizada, es el isodine espuma, siendo aplicada en 37 del total de procedimientos; seguido del isodine solución utilizado en 31 procedimientos, aclarando que en la mayoría de los casos ambas soluciones son usadas conjuntamente. El personal de salud conoce las soluciones adecuadas para ser utilizadas en la antisepsia; sin embargo, manifiestan que la deben realizar con el producto disponible en la institución. En comparación con el estudio de Maite Kutz Zaldumbide y colaboradores (2004)* se encontró que en la limpieza de la herida se utilizan las siguientes soluciones: SSN: 89%; H₂O₂: 66%; cepillado jabonoso:

* KUTZ, Maite y colaboradoras, op cit p. 5

33%; povidona yodada: 82%.

En el proceso de limpieza de herida antes de una sutura, resulta igualmente importante tanto el adecuado material estéril utilizado, así como las medidas que implemente el personal que realiza el procedimiento para conservar un ambiente estéril; es por esto, que el lavado de manos antes y después de la realización de un procedimiento, resulta de vital importancia para la protección personal y del paciente.

Se encontró que en un 53% se utiliza una técnica de limpieza adecuada basada en los principios de asepsia y antisepsia, permitiendo un mejor pronóstico para el estado de la herida del paciente.

De la muestra analizada, se observó que en el 67% de los procedimientos el personal no realizó el previo lavado de manos, lo que se convierte en uno de los factores de riesgo en el desarrollo de complicaciones de origen infeccioso y deshicencia de la herida.

Es así, para un adecuado proceso de cicatrización, es determinante una correcta técnica de limpieza, ya que de allí depende el proceso de regeneración de los tejidos,

permitiendo la disminución de los riesgos de infección a mediano y largo plazo, así como un mejor resultado estético para la misma. De los procedimientos observados se encontró que en un 53% se utiliza una técnica de limpieza adecuada basada en los principios de asepsia y antisepsia, permitiendo un mejor pronóstico para el estado de la herida del paciente.

En comparación con el estudio de Piñeiro Zapata y colaboradores (2003), acerca de la actuación de enfermería en las suturas de urgencia;⁷ se encontró que entre los errores mas frecuentes en cuanto al cierre de heridas es la insuficiente limpieza y antisepsia de la herida traumática permitiendo que se desarrolle la infección, lo que conlleva a la posterior liberación de la sutura para su limpieza y cierre por segunda intención con una cicatriz antiestética.

4. Técnica de sutura

En todos los casos el procedimiento de sutura fue llevado a cabo por el personal médico siendo este el más indicado desde lo teórico y lo práctico así como legalmente para realizarlo, y de esta forma lograr el objetivo de la sutura que es mantener firmes los tejidos en yuxtaposición (es decir, mantenerlos juntos en proximidad con medios mecánicos) hasta que la herida haya cicatrizado lo suficiente como para resistir tensiones sin necesidad de soportes mecánicos.

En lo referente al tipo de seda usada para la sutura se observó que en la totalidad de los casos era la adecuada para el tipo de tejido específico a suturar, siendo la reabsorbible utilizada para tejidos profundos como

⁷ PIÑEIRO ZAPATA M, y Colabs. Servicio de urgencias Hospital los Arcos, Actuación de enfermería en las suturas de urgencia; Errores. [serial en línea 2003]. [Disponible en: http://groups.google.es/.../attach/d8f0388cb5e05bc4/_/Actuación+de+enfermería+en+las+suturas+de+urgencia.pdf?part=3.]

músculo y mucosa y la no reabsorbible para tejidos externos expuestos como la piel y cuero cabelludo. En cuanto al número de la seda se tiene que en algunas situaciones no se manejó la indicada para la sutura específica ya que no se contaba con el número de seda adecuado para el tipo de tejido.

CONCLUSIONES

Las heridas traumáticas en los pacientes del estudio son causadas en su mayoría por laceraciones y objetos corto – punzantes; de estos pacientes el 65% eran masculinos, se encontraban en mayor proporción en el rango de edad entre los 15 – 25 años con un 37%, con profesiones que los ponen en alto riesgo de sufrir dichas lesiones por trauma.

Dentro de los antecedentes personales los pacientes sufren de hipertensión como principal antecedente patológico; y 25 de los pacientes de la muestra consumen alcohol y/o tabaco, lo que los pone en riesgo de padecer complicaciones de la herida.

En cuanto a la técnica de limpieza de la herida se encontró que la persona que realiza el lavado es la auxiliar de enfermería con un 42% seguida por el médico tratante y el médico interno; la técnica utilizada es la adecuada en el 53% de los casos pero es de resaltar que es inadecuada en el 47% de los casos, dándose principalmente por falta de material en el servicio; esta limpieza y antisepsia insuficiente de la herida traumática permite que se desarrollen la posteriores complicaciones infecciosas.

En general se realiza una adecuada exploración de la herida y una buena elección de la sutura y aguja a utilizar, permitiendo el correcto cierre de la herida y facilitando su posterior cicatrización.

El personal de urgencias debe conocer y

estandarizar una guía de atención que abarque aspectos relacionados con el proceso de valoración, técnica de limpieza y sutura de heridas traumáticas con el objeto de evitar complicaciones y secuelas.

La apertura del programa clínica de herida dirigido por personal capacitado en este tipo de manejo, permitirá mejorar la calidad de la atención de los pacientes atendidos por heridas traumáticas en el servicio de urgencias, trayendo como beneficios disminuir las complicaciones y secuelas que estas puedan causar.

BIBLIOGRAFÍA

TROTT, Alexander HERIDAS Y CORTES TRATAMIENTO Y SUTURA DE URGENCIA, , Capitulo 2 Evaluación del paciente y valoración de la Herida, Pág. 5 Tercera Edición, Mosby

SMINKEY, Laura. Según nuevas publicaciones, más de cinco millones de personas mueren anualmente como consecuencia de traumatismos. [citado 12 de mayo de 2003]. GINEBRA Artículo de la OMS Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr40/es/index.html>

SALAZAR, Ernest Senz MD. Cirujano. PUBLICACIONES EN HERIDAS. Publicación N° 78 Santiago de Cali. Diciembre de 2002 [en línea] Disponible en : http://www.ladosis.com/clientes/valle_lili/carta/carta_new.php?art_c=11

MORALES, Uribe Carlos Hernando MD. ARTERIOGRAFIA CON TOMOGRAFIA HELICOIDAL EN LESIONES ARTERIALES DE EXTREMIDADES Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia–

Medellín – Colombia [en línea]. Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/TraumaCD/resume/conferencias/2.htm>

MANGRAM AJ, y colaboradores, Heridas quirúrgicas menores: ¿manejo seco o húmedo? Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 9 Número 4: Julio-Agosto 2006 [en línea]. Disponible en: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=1954

ROBLEDO, Ogazón Felipe y colaboradores, Uso del sistema de cierre asistido al vacío VAC® en el tratamiento de las heridas quirúrgicas infectadas. Experiencia clínica Volumen 74, No. 2, marzo-abril 2006 Pág. 107 [en línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc062h.pdf>

CONCEPTO DE HERIDA, artículo de Lesiones y Heridas. Enciclopedia Wikipedia. 23 – septiembre de 2007 [en línea]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Herida>

DOMINGUEZ, Angélica. Dpto. de Cirugía, FSFB. Bogotá, D.C., Colombia, Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio, Clasificación de la Herida Quirúrgica, La Fundación Santa Fe de Bogotá, 1989 - 1999, [en línea]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia16101-programa1.htm>.

ECHEVERRY, Wilmar López, Heridas, 1997 - 2000 Docencia Nacional Cruz Roja Colombiana, [en línea]. Disponible en: http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/heridas.htm

ENGENDERHEALT, Limpieza y Mantenimiento, ¿QUE ES LIMPIEZA? 2003 [en línea]. Disponible en: <http://www.>

engenderhealth.org/spanish/sip/house/hk2.html

IBAÑEZ, Casamada y colaboradores, Guía Práctica de la utilización de Antisépticos en el cuidado de heridas, Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002, [en línea]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/documentos/guia2.pdf>

ASEPSIA. Página Web [elergonomista.com](http://www.elergonomista.com). 2005. [en línea]. Disponible en: <http://www.elergonomista.com/enfermeria/asepsia.htm>.

SUTURA. Tratamientos en Cirugía. Artículo de la Enciclopedia Wikipedia. Modificado el 20 de septiembre de 2007. [en línea]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sutura>.

KUTZ, Maite y colaboradores, servicio de urgencias. Hospital Costa del sol de Marbella. Evaluación de resultados de las suturas realizadas por enfermería en el servicio de urgencias de un hospital comarcal, Noviembre de 2004.

PIÑEIRO Zapata M, y colaboradores. Servicio de urgencias Hospital los Arcos, Actuación de enfermería en las suturas de urgencia; Errores. [en línea]. Disponible en: <http://groups.google.es/.../attach/d8f0388cb5e05bc4/Actuación+de+enfermería+en+las+suturas+de+urgencia.pdf?part=3>. Año 2003

BOMANT C. Elena y colaboradores. Hospital General Calixto García. Efectividad del adhesivo tisular tysuacril en el cierre de heridas cutáneas. Revista Cubana de Medicina integral. [en línea]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252005000100010&script=sci_arttext&tlng=es. Año 2005.

Prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal

Practices with care to conducting with the same and son by teen birth pregnant assisting control prenatal

Gloria Esperanza Zambrano Plata*

RESUMEN

Con el propósito de describir la prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal en las Unidades Básicas de la ESE IMSALUD de Cúcuta en agosto y septiembre del 2004, se desarrolló un estudio descriptivo exploratorio, en una muestra de 150 gestantes adolescentes. Se empleó el instrumento “prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las gestantes en la etapa prenatal”, desarrollado por el grupo de cuidado materno perinatal de la Universidad Nacional de Colombia.

Las participantes tenían un promedio de 17,4 años, predominando la unión libre (58%) seguida de las solteras (27%). Solamente el 17% continúa sus estudios. Inician control prenatal antes de las semana 20 (97%), realizan estimulación prenatal táctil (97%) y auditiva (74%). Practican ejercicios prenatales 1.4 días a la semanas y el 12%

caminan diariamente. Evitan levantar objetos pesados (85%) y duermen entre 8-10 horas (72%). Los hábitos nutricionales evidencian una dieta deficitaria de los diferentes grupos de alimentos. Como apoyo informacional se encuentra el médico (75%), la enfermera (69%) y la mamá (71%).

Al analizar los resultados, se encuentra que las jóvenes realizan prácticas que son beneficiosas para promover la salud, prevenir o atender las enfermedades, pero igualmente tienen prácticas no beneficiosas por desconocimiento o porque hace parte de las tradiciones culturalmente aceptadas.

Palabras claves: cuidado, prácticas, gestante, adolescente, control prenatal

SUMMARY

With the aim of identifying the care practices used by pregnant teenagers, for themselves and the unborn child, that assist to the prenatal control in the basic units of ESE IMSALUD of Cúcuta in august and September 2004, a descriptive and exploratory research has been

* Profesora asistente Universidad Francisco de Paula Santander, Magíster en enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal, Especialista en docencia universitaria, Especialista en gestión y desarrollo de proyectos de investigación, Especialista en enfermería medico-quirúrgica. gloriae91@hotmail.com

done with a sample of 150 pregnant teenagers. The instrument used was: "Uses of caring done by pregnant mothers in the pre natal stage", developed by the prenatal maternal care group of the National University of Colombia. The participants were on average 17,5 years old, predominating in co-habitation (58%), followed by singles mothers(27%). Only 17% keeps on studying. 97% starts the prenatal control before the 20th week. 97% receives tactile stimulation and audible 74%. They practice prenatal exercise 1.4 times in a week and 12% walks daily. 85% tries to not lift heavy objects and 72% sleeps between 8 and 10 hours. The nutritional habits show a deficit in the diet. They get information about pregnancy habits from their doctor (75%), nurse (69%) and their mothers (71%). When analyzing the results, we found that the young girls have habits that promote their health, prevent or attend illnesses, but also, they are unaware of bad habits or those are done because it's part of their cultural accepted traditions.

Key words: care, practice, pregnant, teenager, prenatal control.

INTRODUCCIÓN

La maternidad en la adolescencia se considera una de las problemáticas en salud reproductiva más sentidas en la sociedad actual. La gestante adolescente, debe asumir una serie de prácticas de cuidado para el bienestar suyo y del hijo por nacer; algunas de estas, pueden ser beneficiosas pero otras pueden ser contraproducentes para su salud. En general estas prácticas están determinadas por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos contruidos alrededor del cuidado de la salud. Infortunadamente, estas prácticas son por lo

general desconocidas por las enfermeras que ofrecen el cuidado a las futuras madres. El conocimiento sobre las prácticas de cuidado durante la gestación desde la perspectiva de las adolescentes permitirá proporcionar un cuidado materno perinatal más comprometido con las necesidades, realidades y cotidianidades de la gestante adolescente.

Conscientes de la necesidades de explorar la formas como se cuidan las jóvenes madres, se planteó la presente investigación con el propósito de describir las prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer, las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal en las Unidades Básicas Comuneros, La Libertad y Puente Barco Leones, del municipio de Cúcuta (Norte de Santander).

Se espera obtener un conocimiento novedoso para el cuidado de la gestante adolescente, mediante la identificación y caracterización de las prácticas de cuidado relacionadas con la dieta; la estimulación prenatal; la actividad física y el reposo; la higiene y cuidados personales; el uso de medicamentos; y los sistemas de apoyo.

MATERIALES Y METODOS

El estudio es: cuantitativo descriptivo exploratorio de corte transversal.

La población estaba conformada por 240 adolescentes gestantes inscritas en el programa de control prenatal en las Unidades básicas de la ESE IMSALUD, con una probabilidad de cometer error de tipo I del 5% y una proporción esperada de $P=0.5$ se calculó una muestra de 150 gestantes adolescentes, distribuidas proporcionalmente por cuotas, en las tres unidades básicas. Se realizó un muestreo por conveniencia.

La información se obtuvo mediante entrevista individualizada, en la que se aplicó el cuestionario semi estructurado: prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las gestantes en la etapa prenatal, desarrollado por el grupo de Cuidado Materno Perinatal de la Universidad Nacional de Colombia, con el objetivo de describir las prácticas de cuidado que realizan las gestantes durante la etapa prenatal.

El la medida que se fué recolectando la información, se tabuló en una base de datos elaborada en excel 2000 de window xp. en las preguntas abiertas, primero se tomaron las respuestas de cada una de las preguntas y se identificó la totalidad de las respuestas para cada una de las preguntas; posteriormente, se agruparon las respuestas según similitud en su significación.

OBJETIVOS

1.Características

Las gestantes adolescentes que participaron en el estudio, tenían en promedio 17,4 años. La mayoría se encontraba en el rango de 17 a 19 años (69%). Estos hallazgos coinciden con los del estudio realizado sobre el resultado de las gestaciones en Norte de Santander (1998-2001), en el cual 97,3% de las gestaciones adolescentes se encontraban en el grupo de 15 a 19 años, el cual presentó el menor riesgo de morbilidad, comparado

con el grupo menor de 14 años.¹

La proporción de mujeres solteras (37%) hallada en las gestantes estudiadas, es tres veces mayor que la reportada en la totalidad de gestantes en Norte de Santander (14,51%), el ser madre soltera aumenta la tasa de incidencia de muerte en la gestación².

En el estudio, se pudo encontrar que la mayor proporción de adolescentes tienen estudios a nivel de secundaria: 37% completa y 47% incompleta. Esta escolaridad es superior a la reportada, en este mismo grupo etáreo, en Honduras por Izaguirre Funes L.,³ donde predominó la formación a nivel de primaria.

La mayoría se desempeña como ama de casa (69%), solo 17% continúa sus estudios. Estos resultados coinciden con los reportados por Izaguirre Funes L. (2002) en Honduras donde la mayor proporción (77%) se dedicaba a las labores del hogar⁴ y por Altamirano Irias M. (2004) en Nicaragua donde la mitad (51%) tiene esta ocupación⁵.

El control prenatal temprano es considerado un factor protector para reducir las complicaciones maternas; en este estudio la edad gestacional en el primer control prenatal fue de 10 semanas.

El comportamiento, de las adolescentes gestantes que participaron en este estudio respecto al inicio del control prenatal es mas satisfactorio que los encontrados en la

¹ CELYN., QUINTERO C. Análisis estadístico del resultado de las gestaciones ocurridas durante los años 1998 a 2001 en el departamento de Norte de Santander. Cúcuta: Universidad Francisco de Paula Santander. 2004, p. 45 y 60

² Ibid., p. 56

³ IZAGUIRRE, Leticia. Prácticas de autocuidado que realizaron durante la gestación un grupo de adolescentes gestantes que asistieron al control prenatal a la Clínica de Atención del Adolescente, en el Centro de Salud Las Crucitas, de Comayagüela, Honduras, durante los meses de octubre y noviembre del año 2001". [Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2002. 81-82]

⁴ Ibid, p. 83

⁵ ALTAMIRANO IRIAS, M. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las gestantes adolescentes en la etapa prenatal. Managua Nicaragua" [Tesis de Maestría Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004. p. 31]

Encuesta Nacional Demografía y Salud (ENDS) del 2000, donde sólo el 45% de las adolescentes iniciaron su control prenatal antes de la décima semana de gestación y al

encontrado por Arias Caraballo A. (2004) en Republica Dominicana donde menos del 50% inicio control prenatal antes de la semana 20 de gestación⁴.

2. Estimulación prenatal o fetal

Cuadro 1. Prácticas de cuidado de estimulación prenatal en adolescentes gestantes. Unidades de Atención Básica IMSALUD, Cúcuta agosto y septiembre 2004

TIPO DE ESTIMULACIÓN	SI		NO	
	n	%	n	%
HABLAR	111	74	39	26
MUSICA	93	62	57	38
CANTAR	85	57	65	43
VISUAL	30	20	120	80
TÁCTIL	136	91	14	9.3

Fuente: adolescentes gestantes usuarias de la ESE IMSALUD

La estimulación que más realizan las madres adolescentes es la táctil (91%), le siguen las charlas (74%), la estimulación visual fue la que menos se presentó (20%). Las adolescentes afirmaron que lo hacen principalmente para comunicarse con su bebé (45%), para demostrarle afecto (36%) y en menor proporción para el bienestar del bebé (16%).

Estos resultados coinciden con los reportados por Altamirano Irias M. (2004) en Nicaragua⁵ donde igualmente la estimulación que más realizan es la táctil (97%), seguida de la auditiva (79%), y en una proporción muy baja la visual (3%). Izaguirre Funes L. (2002) en Honduras⁶ encontró una práctica de estimulación menos frecuente que la hallada

⁴ ARIAS CARABALLO, D. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas gestantes de Santo Domingo, República Dominicana. [Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004, p. 41]

⁵ ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit. P.319

⁶ IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit. p. 96

en el presente estudio: auditiva (63%), táctil (27%) y visual (1%). La baja estimulación visual no solo se observa en las adolescentes gestantes sino también en otros grupos de edad

como se aprecia en el estudio realizado por Argueta Coca B (2004) en el Salvador.

3. Actividad física

Cuadro 2. Frecuencia de caminata al aire libre en adolescentes gestantes. Unidades de Atención Básica IMSALUD, Cúcuta agosto y septiembre 2004

DIAS/SEMANA	N	%	% ACUMULADO
0	8	5.3	5
1	12	8	13
2	36	24	37
3	28	19	56
4	12	8	64
5	30	20	84
6	6	4	88

Fuente: adolescentes gestantes usuarias de la ESE IMSALUD

En la muestra estudiada se encontró que en promedio caminan al aire libre 4 días a la semana durante 29 minutos. Solamente el 12% camina diariamente, que es lo recomendado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos que sugieren que las mujeres embarazadas, en ausencia de

complicaciones, deben practicar 30 o más minutos de ejercicio diario.

La práctica del ejercicio físico en la población estudiada es similar al encontrado por Izaguirre Funes L. en Honduras* (2002) donde sólo 18% camina diariamente.

* IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 95-96

En contraste en Nicaragua Altamirano Irias M. (2004) halló que 58% de las adolescentes gestantes caminaban diariamente al aire libre.¹⁰

Las razones por las cuales las adolescentes hacen ejercicio es por bienestar propio (36%), preparación para el parto (24%) y bienestar del bebé (20%).

El 62% afirma que realiza ejercicios prenatales, sin embargo lo realizan esporádicamente, en promedio 1.4 días a la semana por lo tanto sus beneficios a nivel músculo esquelético y cardiovascular van a ser muy limitados.

Las razones que argumentan las gestantes para realizar ejercicio, es el conocimiento sobre los beneficios del mismo, de acuerdo con lo reportado en la literatura. Dentro de los motivos por las cuales las adolescentes hacen

ejercicio se destaca: por mi bienestar (36%), preparación para el parto (24%) y bienestar del bebé (20%).

La mayoría de las gestantes adolescentes (85.3%) no levantan objetos pesados, porque consideran que les puede hacer daño (45%) y afectar al bebé (26%). Estos resultados, son similares a otros encontrados en Colombia donde se halló que las mujeres adultas, como las adolescentes evitan levantar objetos pesados durante la gestación¹¹⁻¹².

Igualmente, en Honduras Izaguirre L. (2002) encontró que el 64% de las adolescentes cumplen con esta práctica de cuidado¹³ y Carranza R. (2004) encontró esta práctica en un 77%¹⁴ de las mujeres gestantes de diferentes edades. Contrario a estos hallazgos, en Nicaragua sólo el 24% de las adolescentes gestantes cumplen con esta práctica¹⁵.

La población estudiada expresó que tenía periodos de descanso durante el día (99%), en promedio 74 minutos por día y dormían entre 8 y 10 horas diariamente. La práctica de descansar durante el día es ampliamente utilizada en la cultura latinoamericana, esto se evidencia en diferentes estudios en Honduras¹⁶⁻¹⁷.

¹⁰ ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 31

¹¹ CHITIVA, Miriam y SAMPER, Rocio. Prácticas de autocuidado durante la gestación en un grupo de gestantes usuarias del centro de salud Juan Bonal, Cami Garcés Navas y UPA Quirigau, II semestre 1990. Universidad Javeriana. 1999

¹² CARRANZA RODRÍGUEZ FJ. Prácticas de cuidado que realizan un grupo de gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, de la unidad de salud y clínica materno infantil Luiz Lazo Arriaga. El paraíso, Honduras, Centro América, 2003. [Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004, p. 91]

¹³ IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 96

¹⁴ CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 91

¹⁵ ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 31

¹⁶ CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 92

¹⁷ IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit. p. 97

4. Prácticas alimentarias

Cuadro 3. Prácticas de cuidado de alimentación en adolescentes gestantes. Unidades de Atención Básica IMSALUD, Cúcuta agosto y septiembre 2004

TIPO ALIMENTO	PROMEDIO PORCIONES	PROMEDIO DIAS/SEMANA
CARNES	3.3	5.6
CEREALES	3.1	5.7
FRUTAS	1.1	3.1
VERDURAS	1	3.3
LACTEOS	1.5	4.8
GRASA	0.2	0.5
AZUCARES	0,93	2

Fuente: adolescentes gestantes usuarias de la ESE IMSALUD

En el estudio se encontró que las adolescentes gestantes, consumen una dieta no balanceada con escaso aporte nutritivo. El consumo de una dieta deficitaria en los diferentes nutrientes en gestantes adolescentes es una constante que se

ha evidenciado en diversos estudios en Nicaragua¹⁸, República Dominicana¹⁹ y Honduras²⁰. Igualmente, esta situación se observa en gestantes de otros grupos de edad en el Salvador²¹ y Honduras²².

¹⁸ ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 31

¹⁹ ARIAS CARABALLO D., Op. cit., p. 38-40

²⁰ IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 99-100

²¹ ARGUETA COCA, B. Practica de cuidado que realizan consigo mismas gestantes del Departamento de Morazon en el Salvador. [Tesis de Maestria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004. p. 20-21]

²² CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 95-96

El 46% de las gestantes refirieron que realizan cambios en las relaciones sexuales, como son posiciones que no opriman el abdomen (50%) y reducción en la frecuencia (43%)

5. Higiene y cuidados personales

En general las prácticas relacionadas con la higiene corporal diaria son ampliamente realizadas por las adolescentes gestantes. En ese sentido, la totalidad de las gestantes encuestadas se realizan baño corporal y cambio de ropa interior; la mayoría realizan aseo genital externo diariamente (99%) y lavado de manos (96%). La práctica de cepillado de dientes (91%) se realiza con menor frecuencia. Estos hallazgos, coinciden con los encontrados en gestantes adolescentes en Nicaragua ²³, Republica Dominicana ²⁴ y Honduras ²⁵ e igualmente en mujeres adultas en el Salvador ²⁶ y Honduras ²⁷. En todos estos estudios con excepción del realizado por Izaguirre Leticia (2002) en Honduras, la

practica de higiene corporal que con menor frecuencia se realiza es el cepillado de dientes después de cada comida, situación que aumenta el riesgo de trastornos gingivales, odontalgias y caries, que como se ha podido demostrar estas afecciones aumentan el riesgo de nacimientos pretérmino y bajo peso al nacer ²⁸.

El uso de zapatos de tacón bajo y evitar prendas de vestir que compriman el abdomen se consideran como cuidados beneficiosos, que en este estudio fue practicado por la mayoría de los gestantes encuestadas (95%). Estos resultados coinciden con los reportados en adolescentes gestantes por Altamirano Iriás en Nicaragua ²⁹, Arias Caraballo en Republica Dominicana ³⁰ e Izaguirre Leticia en Honduras ³¹.

El 46% de las gestantes refirieron que realizan cambios en las relaciones sexuales, como son posiciones que no opriman el abdomen (50%) y reducción en la frecuencia (43%), un bajo porcentaje refirió que suspendió las relaciones sexuales durante el embarazo (5%). Estas respuestas son similares a las obtenidas por Chitiva y Samper en Bogotá (Colombia-1999)³² y Leticia Izaguirre en Honduras (2002)³³, donde se encontró que las adolescentes evitan las relaciones sexuales durante la gestación para evitar dolores pélvicos y porque creen que pueden afectar al bebé.

²³ ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 32

²⁴ ARIAS CARABALLO D., Op. cit., p. 40

²⁵ IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 101-102

²⁶ ARGUETACOCA J. Op. cit., p. 21

²⁷ CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 97

²⁸ SEMBENE M. et. al. Periodontal infection. Odonrostomatol Trop. 200 (Pub Med Ubdoxed fir Medline)

²⁹ ALTAMIRANO IRIAS M. Ob. Cit. Pág. 32

³⁰ ARIAS CARABALLO D., Ob. Cit. Pág. 40

³¹ IZAGUIRRE FUNES L., Ob. Cit. Pág. 102

³² CHITIVA MIRIAM, SAMPER ROCIO. Ob. Cit.

³³ IZAGUIRRE FUNES L., Ob. Cit. Pág. 102-103

6. Hábitos no beneficiosos

Ninguna de las adolescentes gestantes refieren consumir sustancias tóxicas como la droga y el alcohol, solamente 3 adolescentes manifestaron que fuman cigarrillo, en promedio uno a la semana. El bajo consumo de sustancias psicoactivas, es muy positivo teniendo en cuenta que existe suficiente evidencia científica sobre los efectos tóxicos de estas sustancias tanto para la madre como para el niño. En otros estudios a nivel de Colombia³⁴ y Honduras³⁵ también se ha encontrado que las adolescentes evitan el consumo de sustancias psicoactivas.

Los medicamentos que más consumen las gestantes son los micronutrientes: calcio (94%), vitaminas (79%) y hierro (95%), le siguen en proporciones menores los analgésicos (28%) y los antibióticos (25%). Un grupo de adolescentes se automedicó (16%) principalmente vitaminas (7%) y analgésicos (5%).

Con respecto a la utilización de medicamentos naturales, 21 adolescentes afirman que realizan esta práctica, principalmente el consumo de aguas aromáticas como la manzanilla, valeriana, palitaria y canela y sobarse.

7. Sistemas de apoyo

Dentro de la justificación que argumentaron las gestantes para asistir al control prenatal, se encuentra la necesidad de saber sobre la evolución del embarazo (34%), por el propio bienestar de la gestante (28%) y para el bienestar del bebé (23%). La totalidad de las

adolescentes gestantes reconocen al personal de salud como fuente de información especialmente los médicos (75%) y enfermeras (69%).

La totalidad de las madres encuestadas, afirman que cumplen con las indicaciones dadas por el personal de salud, lo que demuestra, que las adolescentes reconocen y confían su cuidado en las instituciones de salud y en los profesionales responsables de la atención de la gestante.

Algunas gestantes (15%) afirman que consultan a otras personas, principalmente a la partera (50%) y miembros de la familia (36%) especialmente la madre, y otras figuras femeninas (tías suegra y amigas) en baja proporción (9%) el farmacéutico, con el fin de buscar en ellas la experiencia, ya que han traído muchos niños o porque ya han tenido hijos, porque saben y por recomendación. Estos resultados coinciden con los reportados por Izaguirre Funes L. (2002) en Honduras donde el 12% de las gestantes adolescentes consultaron a otras personas especialmente a la partera³⁶.

En Nicaragua Altamirano Irias M. (2004) encontró una proporción mayor de adolescentes que consultan a otras personas (69%)³⁷; igualmente, en mujeres de diferentes rangos de edad Argueta Coca J. (2004)³⁸ en EL Salvador, se halló que el 32.3% consultaban a otras personas como la partera y el curandero, lo que puede observarse en el presente estudio, así como en los mencionados anteriormente que las gestantes consultan principalmente a personas del sexo femenino.

³⁴ ACOSTA, Op. cit. p19.

³⁵ IZAGUIRRE, Op. cit. p. 105-106

³⁶ Ibíd. p. 113

³⁷ ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 32

³⁸ ARGUETA COCA Op. cit., p. 21

También se evidenció, que la mayoría de las adolescentes (77%) dialogan con su pareja o con algún familiar y la mitad (51%) buscan apoyo en situaciones difíciles. Estos resultados son similares a los reportados por Izaguirre Funes L. (2002) en Honduras ³⁹ donde el 77% dialoga con su pareja y el 66% pide ayuda en situaciones difíciles.

Altamirano Irias M. (2004) en Nicaragua ⁴⁰ encontró proporciones más altas de adolescentes que dialogan (92%). Al comparar los resultados obtenidos en las adolescentes con mujeres gestantes de diferentes grupos de edad, se encuentra que estas últimas utilizan más estas dos fuentes de apoyo. En El Salvador ⁴¹ las gestantes encuestadas manifestaron en un 98.5% el diálogo con su pareja y un 96% pedían ayuda en situaciones difíciles; igualmente en Honduras ⁴² se halló que el 92.5% dialoga y el 87.5% pide ayuda.

Marlene Montes afirma que el amor es una necesidad del ser humano, que quizá es mayor en situaciones de crisis como la gestación y especialmente en las adolescentes quienes enfrentan dificultades de adaptación al ambiente físico, psicológico y socio-cultural, debido a las situaciones de cambio que le sobrevienen con la gestación, lo que explica que el apoyo que las adolescentes más requieran sea el afectivo (76%) que se manifiesta cuando ellas expresan la necesidad de sentirse amadas (33%) y respetadas (39%) para cuidarse.

CONCLUSIONES

Este estudio, permitió describir las diferentes prácticas de cuidado que realizan las gestantes adolescentes consigo mismo y con el hijo por nacer, para mantenerse sanas, prevenir complicaciones de la gestación y atender los problemas de salud que se presenten durante el mismo. El análisis de estas prácticas de cuidado, proporcionan un conocimiento valioso para brindar un cuidado de enfermería coherente con las características de la adolescente gestante, con un enfoque holístico basado en sus creencias, costumbres, tradiciones y estilos de vida.

Al analizar las variables sociodemográficas, se halló en general que las adolescentes gestantes que participaron, son un grupo altamente vulnerable, predominando las que se encuentran en la adolescencia tardía, etapa en la cual los riesgos biológicos son menores comparado con las adolescentes más jóvenes; no obstante, las implicaciones sicosociales son igual de dramáticas, lo que evidencia la alta tasa de deserción escolar, limitando la continuación de sus estudios y la oportunidad de obtener un trabajo digno, llevándolas a que la mayoría han tenido que asumir el rol de ama de casa, generando a su vez, un alto grado de dependencia. Además, en este estudio se encontró que las jóvenes establecen unos compromisos muy débiles con su pareja predominando las uniones libres y el madre solterismo.

³⁹ IZAGUIRRE FUNES L., Ob. Cit. Pág. 104

⁴⁰ ALTAMIRANO IRIAS M. Ob. Cit. Pág. 32

⁴¹ ARGUETACOCA J. Ob. Cit. Pág. 21

⁴² CARRANZA RODRÍGUEZ J. Ob. Cit. Pág. 98-99

En el estudio se halló que las adolescentes realizan una serie de prácticas beneficiosas para sí misma y para el hijo por nacer, entre estas se destaca la estimulación prenatal táctil y auditiva que refleja su deseo por establecer un vínculo con su hijo a través de una comunicación afectuosa y constante. Igualmente, las adolescentes gestantes tienden a seguir las orientaciones que le dan los profesionales de la salud y sus familiares como es evitar levantar objetos pesados, el uso de zapatos de tacón bajo y evitar prendas de vestir que compriman el abdomen. Así mismo, evitan el consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillo, alcohol, cocaína).

Para las jóvenes el descanso es una práctica ampliamente realizada, ellas afirman tener espacios de descanso en el día y períodos de sueño suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas de la gestación y reducir las molestias del mismo.

El apoyo informativo es valioso para promover estilos de vida saludable, ya que la totalidad de las adolescentes gestantes reconocen al personal de salud como fuente de información especialmente los médicos y enfermeras.

También reciben información en una proporción importante de la madre seguida de otros familiares. El compañero, como fuente de apoyo informativo fue el que se presentó en menor proporción.

De otra parte, se encontró que las adolescentes gestantes presentan prácticas no beneficiosas para su salud, una de ellas es el sedentarismo, el cual no es percibido por las adolescentes, pues ellas afirman que caminan al aire libre y realizan ejercicios prenatales; sin embargo al

indagar se evidencia que este se realiza con una regularidad y duración tan baja que no tiene ninguna incidencia sobre el sistema cardiovascular y osteomuscular. Igualmente, la alimentación que tienen puede afectar el buen desarrollo de la gestación alterando tanto la salud de la madre como la del hijo, observándose que las adolescentes gestantes, consumen una dieta no balanceada, con escaso aporte de nutrientes contenidos en los diferentes grupos de alimentos de la pirámide nutricional. La baja ingesta de nutrientes puede estar determinada por factores económicos, creencias, costumbres y hábitos nutricionales, que llevan al no consumo de alimentos recomendados durante la gestación como: frutas, carnes, verdura y lácteos.

A pesar de la alta utilización de los servicios de salud, todavía se presenta una práctica ampliamente difundida en la región como es la automedicación, con todos los riesgos que esta puede conllevar especialmente para el adecuado desarrollo del feto. El consumo de aguas aromáticas hace parte de las tradiciones transmitidas de madres a hija, estas aromáticas en su mayoría son inocuas, sin embargo algunas pueden causarle daño a la madre y al niño.

La red de apoyo en estas jóvenes, no es empleada asertivamente, pues a pesar de que ellas dialogan con sus seres queridos, tienden a aislarse y no buscar ayuda en las situaciones difíciles, expresando que el tipo de apoyo que más requieren es el afectivo, manifestando así la necesidad de afirmación para cuidarse a sí misma y a su hijo.

BIBLIOGRAFIA

- [1] CELY N., QUINTERO C. Análisis estadístico del resultado de las gestaciones ocurridas durante los años 1998 a 2001 en el departamento de Norte de Santander. Cúcuta: Universidad Francisco de Paula Santander. 2004, p. 45 y 60
- [2] Ibid., p. 56
- [3] IZAGUIRRE, Leticia. Prácticas de autocuidado que realizaron durante la gestación un grupo de adolescentes gestantes que asistieron al control prenatal a la Clínica de Atención del Adolescente, en el Centro de Salud Las Crucitas, de Comayagüela, Honduras, durante los meses de octubre y noviembre del año 2001". Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2002. 81-82
- [4] Ibid, p. 83
- [5] ALTAMIRANO IRIAS, M. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las gestantes adolescentes en la etapa prenatal. Managua Nicaragua". Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004. p. 31
- [6] ARIAS CARABALLO, D. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas gestantes de Santo Domingo, República Dominicana. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004, p. 41
- [7] ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit. P.319
- [8] IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit. p. 96
- [9] IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 95-96
- [10] ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 31
- [11] CHITIVA, Miriam y SAMPER, Rocio. Prácticas de autocuidado durante la gestación en un grupo de gestantes usuarias del centro de salud Juan Bonal, Cami Garcés Navas y UPA Quirigau, II semestre 1990. Universidad Javeriana. 1999
- [12] CARRANZA RODRÍGUEZ FJ. Prácticas de cuidado que realizan un grupo de gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, de la unidad de salud y clínica materno infantil Luiz Lazo Arriaga. El paraíso, Honduras, Centro América, 2003. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004, p. 91
- [13] IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 96
- [14] CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 91
- [15] ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 31
- [16] CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 92
- [17] IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit. p. 97
- [18] ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 31
- [19] ARIAS CARABALLO D., Op. cit., p. 38-40
- [20] IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 99-100
- [21] ARGUETA COCA, B. Practica de cuidado que realizan consigo mismas gestantes del Departamento de Morazon en el Salvador. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004. p. 20-21
- [22] CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 95-96
- [23] ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 32
- [24] ARIAS CARABALLO D., Op. cit., p. 40
- [25] IZAGUIRRE FUNES L., Op. cit., p. 101-102
- [26] ARGUETA COCA J. Op. cit., p. 21
- [27] CARRANZA RODRÍGUEZ J. Op. cit., p. 97
- [28] SEMBENE M. et. al. Periodontal infection. Odonrostomatol Trop. 200 (Pub Med Ubdoxed fir Medline)
- [29] ALTAMIRANO IRIAS M. Ob. Cit. Pág. 32

[30] ARIAS CARABALLO D., Ob. Cit. Pág. 40

[31] IZAGUIRRE FUNES L., Ob. Cit. Pág. 102

[32] CHITIVA MIRIAM, SAMPER ROCIO.
Ob. Cit.

[33] IZAGUIRRE FUNES L., Ob. Cit.
Pág. 102-103

[34] ACOSTA, Op. cit.

[35] IZAGUIRRE, Op. cit. p. 105-106

[36] Ibíd. p. 113

[37] ALTAMIRANO IRIAS M. Op. cit., p. 32

[38] ARGUETA COCA Op. cit., p. 21

[39] IZAGUIRRE FUNES L., Ob. Cit. Pág. 104

[40] ALTAMIRANO IRIAS M. Ob. Cit. Pág. 32

[41] ARGUETA COCA J. Ob. Cit. Pág. 21

[42] CARRANZA RODRÍGUEZ J. Ob. Cit.
Pág. 98-99

El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo

The meaning of cultural carefully in house of the sick

Marina Sánchez Sanabria *
Francia Esther Herrera Salazar **
Mariaemma Socarras Vega ***

RESUMEN

Esta investigación tiene un diseño cualitativo descriptivo, transversal para comprender las diferencias existentes en los conocimientos, actitudes y prácticas influidas por la percepción o sentido cultural de cuidar del cuidador primario, como elemento básico para caracterizar elementos culturales presentes en el ambiente de cuidado al enfermo o discapacitado que está en casa a través de la indagación profunda de la percepción y sentimientos que tiene tanto el cuidador primario como el ser cuidado en casa.

Se realizó con los usuarios inscritos del Programa de Promoción y Prevención de la indagación profunda de la percepción y sentimientos Universidad Popular del Cesar (IPS-UPC) de los enfermos crónicos y discapacitados a nivel comunitario del grupo extramural de la comuna cinco y del Hospital

Eduardo Arredondo Daza de la ciudad de Valledupar, Colombia. El valor de realizar este proyecto, está en desocultar los múltiples significados que en la realidad vivida por los seres cuidadores primarios y en los seres cuidados; son esas distintas formas de percibir la existencia, influido por el conocimiento de lo ancestral, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que cada uno posee para expresarse en las múltiples formas que el cuidado lo acontece y lo requiere para dar el sentido cultural característico y diferenciado que se percibe en el modo de cuidar y la satisfacción de quien lo recibe y lo ofrece.

Este aspecto fue valioso para la comunidad académica del programa de enfermería, porque ubicó epistémicamente la transculturalidad del cuidado como una mirada y forma de enseñar transdisciplinariamente, enseñando y ofreciendo el cuidado desde la cultura, sentimientos y pensamientos del ser cuidado para el mantenimiento de la vida y la salud, en la que estudiantes de enfermería desde sus primeras experiencias formativas deben incursionar en la intervención holística que se

* Enfermera Magister en Salud Pública, Magister en Educación y Doctorante en Ciencias de la Educación.

** Enfermera Magister en Materno Infantil, Magister en Educación y Doctorante en Ciencias de la Educación

*** Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos y en médico Quirúrgica, Magister en Educación, Doctorante en Ciencias de la Educación. Docentes Asociadas, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Popular del Cesar. Grupo de Investigación "Control de Calidad de los Procesos en Salud, reconocido y categorizado por COLCIENCIAS.

requiere en el cuidado de la salud y de la vida.

Palabras claves: sentido cultural, cuidado cultural, transculturalidad, diversidad cultural, universalidad del cuidado.

SUMMARY

This investigation has a descriptive qualitative design, traverse to understand the existent differences in the knowledge, attitudes and practices influenced by the perception or cultural sense of taking care of the primary caretaker, as basic element to characterize elements cultural present in the atmosphere of care to the sick person or discapacitado that this at home through the deep inquiry of the perception and feelings that he/she has so much the primary caretaker as being taken care at home.

It was made with the entered users of the Program of Promotion and Prevention of the IPS-UPC of the chronic sick persons and discapacitados at community level of the group extramural of the commune five and of the Hospital Eduardo Arredondo Daza of the city of Valledupar, Colombia. The value to carry out this project is in desocultar the multiple meanings that in the reality lived by the beings primary caretakers and in the taken care beings they are those different forms of perceiving the existence, influenced by the knowledge of the ancestral thing, the feelings and the wisdom of the culture that each one possesses to be expressed in the multiple forms that the care happens him and it requires it to give the characteristic and differentiated cultural sense that it is perceived in the way of taking care and the satisfaction of who receives it and he/she offers it.

This aspect was valuable for the academic community of the infirmary program, because it located epistemicamente the

transculturalidad of the care as a look and form of teaching transdisciplinariamente, teaching and offering the care from the culture, feelings and thoughts of being taken care for the maintenance of the life and the health, in which infirmary students from their first formative experiences should intrude in the look holística that is required in the care of the health and of the life.

Key Words: cultural sense, cultural care, transculturalidad, cultural diversity, universality of the care.

INTRODUCCION

En Colombia las condiciones de vida de la población están aumentando a pasos agigantados, el grupo de discapacitados resultados por violencia y el manejo inadecuado de enfermedades crónicas están siendo desprotegidos por el Sistema de Salud porque no se valora la importancia que estos grupos poblacionales tiene en el desarrollo de la sociedad. Mientras que en las comunidades se hace una exclusión y negación de ellos por la atención que ameritan, también en las instituciones de atención en salud y formadoras de talento humano para la salud de cualquier nivel académico se continúa con el enfoque biológico, descuidando la extensión de sus funciones en la casa de los seres humanos que requieren la orientación y acompañamiento terapéutico para asegurar calidad de vida digna. Por ello el cuidado de la salud de la población discapacitada o enfermo crónico que es dependiente de los demás es un asunto de todos.

Rave Ospina (1993), afirma que es fundamental comprender que el desarrollo humano es un proceso de construcción de los sujetos individuales y colectivos, dentro de unas condiciones históricas y culturales

específicas. La construcción del sujeto es el proceso central del desarrollo humano. Ser sujeto significa tener conciencia de sí, de sus acciones, de sus características y circunstancias.⁽¹⁾

En el caso de Colombia, los estudios muestran que el mayor número de personas con discapacidad se encuentran en el estrato 1 y 2, lo cual conlleva muchas veces a que estas personas no tengan protección social en salud o tengan dificultades en el acceso a los servicios de salud.

La situación de enfermo crónico y discapacidad particularmente en esta situación de dependencia total o parcial, cobra importancia si se tiene en cuenta los aspectos culturales y los costos que esta condición tiene para quienes la sufren.

Descubrir una cultura diferente de la propia implica una reflexión sobre los valores éticos; así pues, es un desafío comprender los diferentes valores éticos de una cultura y no imponer los propios pretendiendo que son mejores.

Escuchar atentamente las explicaciones e interpretaciones de las personas y grupos sobre qué hacen, porqué lo hacen y porqué creen en sus prácticas de cuidado, conducirá a mantener relaciones positivas y nos orientará hacia una actitud de respeto por el otro u otra.

Los programas de atención en salud pública han tratado de concientizar a los diferentes actores implicados en el cuidado de la salud con postulados filosóficos que permiten comprender que los cuidadores primarios proyectan durante el proceso los valores aprendidos en su contexto familiar y social,

enfrentándolos en algunas situaciones a una red de conflictos resultado de inconformidades frente al cuidado que ofrece a sus familiares, o que muchas veces estos no son concientes del marasmo e indiferencia en que se encuentran sus seres cuidados. Es aquí, donde a los profesionales de enfermería se abre un campo de acción más en el que se pudiera incursionar, si se realizara un acompañamiento terapéutico e integral tratando de comprender el proceso de autocuidado del enfermo y las influencias culturales de los cuidadores primarios en sus realidades y vivencias.

El trabajo de enfermería requiere de un conocimiento integral de la salud que le permita contar con herramientas para conocer, respetar y comprender las creencias, las formas de pensar, de actuar, los temores, la inseguridad de los seres cuidados y sus cuidadores primarios sobre todo a las personas o familias que provienen del campo, por desplazamientos o por situaciones adversas o que practican la medicina tradicional en disyuntiva o sinergia con la medicina occidental. Este contexto no es el único en el acto de cuidar, pues la experiencia y las teorías en enfermería nos ratifican que cuidamos con el otro; como lo afirma Romero Nubia (2006)⁽²⁾ en el marco de una relación dialógica en la que fluyen sentidos y significados que se entremezclan y es allí donde el acto de cuidado se convierte en un acto interpretativo, comprensivo en el que entra en juego la complejidad cognoscitiva.

La Universidad Popular del Cesar, como entidad formadora de talento humano, debe incidir en el mejoramiento de la calidad de vida y en la armonía del ser humano con sus semejantes y con la naturaleza, mediante el

OSPINA, Rave BE (1992-1993. Relación entre las necesidades básicas de participación, identidad y entendimiento y la estructura de los servicios educativos de los sistemas de salud (Tesis de grado).

ROMERO B. María Nubia (2006) Articulación de las competencias en los currículos: Una mirada en perspectiva tomado de las memorias del V congreso de pedagogía.

desarrollo de proyectos en la docencia, la investigación y la extensión; en correspondencia; la Facultad Ciencias de la Salud, está orientada a formar profesionales que se desempeñen con sentido eficiente, crítico, racional y ético en los procesos que intervienen en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad con un enfoque totalizador y en el contexto de los avances científicos y tecnológicos en los campos de la salud ^(a), la información, y las ciencias humanas y sociales; porque la problemática relacionada con el enfermo crónico y discapacidad que a diario se evidencia en las experiencias formativas ^(a) se encuentran factores tan relevantes como:

La poca importancia que se da al proceso de atención al enfermo crónico, discapacidad y vejez; la falta de promoción de una cultura saludable hacia el proceso de envejecimiento, mantenimiento digno de la calidad de vida del enfermo crónico desde una perspectiva más integral y humana que posibilite el fortalecimiento de actitudes y valores positivos hacia este proceso; la escasa vinculación de temas sobre la psicogerontología, la antropología de la salud, la cultura y salud; el acompañamiento terapéutico de los enfermos crónicos en casa y del manejo preventivo de enfermedades endocrinológicas y metabólicas a los proyectos de investigación, extensión y docencia; la limitada preparación del profesional de enfermería para brindar cuidado integral a estos grupos vulnerables de acuerdo con sus necesidades fundamentales, en todos los espacios en los que éste se encuentra a nivel individual y colectivo.

Lo anteriormente expuesto, está relacionado estrechamente con los procesos de formación

académica de enfermería comunitaria de todos los diferentes semestres académicos del programa, en la que es necesario enseñar el cuidado terapéutico desde los saberes del ser cuidado y del ser cuidador primario con el saber disciplinar, proponiendo estrategias de cuidado de enfermería en determinadas situaciones y en adversidad.

En la práctica del cuidado de enfermería se evidencia una gran incoherencia entre enseñar a dar cuidado comprendiendo al otro en su necesidad de ayuda y los contenidos del autocuidado del enfermo por realizar unas competencias del hacer predeterminadas, desconociendo los significados que se interrelacionan en este proceso con experiencias vividas llenos de valores, creencias, desaciertos, angustia y modos de atender que deben ser terapéuticamente tratados desde su cultura por la enfermera en la comunidad.

Este presupuesto se plantea a partir de resultados relevantes del estudio en un contexto problematizador como es “el sentido cultural del cuidado en casa del enfermo”, como un deber de acompañamiento transcultural de la enfermería que no se realiza a nivel comunitario; por lo que las investigadoras pretendieron buscar momentos que validaran las metas del cuidado en el hogar del enfermo y vislumbrar cómo debe ser el acompañamiento teniendo en cuenta las vivencias y las percepciones que tienen los implicados en este proceso.

Es un estudio de modalidad cualitativa a través de estudio de caso como diseño, de análisis hermenéutico, que desoculta la manera cultural de la atención en casa para seguir avanzando en el conocimiento de

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR (2003 - 2006) Proyecto educativo de la facultad ciencias de la salud.

HERRERA S., Francia Esther, SOCARRASV Mariemma, SANCHEZ S. Marina (2007). Informe del desarrollo de las experiencias en investigación sobre Calidad de Vida en los Procesos de Atención y Formación en Salud. Tomado de los avances preliminares del libro en proceso de edición por las autoras

prácticas de cuidado en la dimensión transcultural como un nuevo paradigma en la profesión de enfermería, siendo las razones para plantear este estudio con la adopción de la postura epistemológica del cuidado transcultural y la comprensión holística de las necesidades de los grupos sociales, a través de la indagación a profundidad en distintos momentos metodológicos que sirvieron para valorar a nivel de las familias las diferentes formas de abordar la salud e identificar espacios donde la enfermera comunitaria se convertiría en facilitadora de procesos de cuidado con acciones y decisiones coherentes en la Inter y transculturalidad al final de toda selección de la muestra.

MATERIALES Y METODOS

A través de un diseño de estudio de casos de investigación fenomenológica en interpretación hermenéutica utilizando los contenidos del lenguaje para desocultar el significado y obtener el sentido cultural del cuidador y del ser cuidado en casa del enfermo que en la interacción con “el otro” (cuidador primario) podrían estar en sincronía en el cuidado o distantes o de indiferencia frente a las metas para el mantenimiento o recuperación del enfermo.

El estudio se realiza en tres fases: percepción del enfermo acerca de su cuidado en casa, percepción del ser cuidador sobre el cuidado ofrecido y del autocuidado del enfermo para confrontar las dos partes comprometidas en el cuidado de la salud y manejo de la enfermedad en la casa para reconocer la interacción en los momentos del cuidado.

La selección de los seis casos informantes, denominados para el estudio INFORMANTES UNO: las personas discapacitadas o enfermos crónicos procedentes de distintas regiones de Colombia y residentes en Valledupar, su percepción sobre el cuidado permitió valorar el valor

cultural ancestral o de etnia y que puede estar interfiriendo en la calidad del cuidado. INFORMANTES DOS: son las personas cuidadoras que más ofrecen permanentemente el cuidado en casa del enfermo crónico o discapacitado.

A estos dos tipos de informantes por caso se les pidió el “consentimiento informado” para participar libremente en el desarrollo del estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión definidos.

Donde haya un enfermo crónico y /o discapacitado que dependa de los cuidados de algún familiar o amigo, que viva y ofrezca el cuidado la mayor parte del día, hombre o mujer que tenga autonomía para determinar su libre participación en el estudio, seleccionando al azar de la relación enfermos identificados en el programa académico de Cuidados Intensivos del Programa de Medicina Interna quienes articulan su práctica a la IPS-UPC., enfermo crónico o discapacitado procedente de cada región del país que viva en Valledupar, zona urbana con personas que ofrecen el cuidado permanentemente o el mayor tiempo del día en la casa del enfermo que no perciba remuneración económica por ello, que comparta el domicilio con la persona en situación de enfermedad crónica o discapacidad, que sean cuidadores que no tengan dificultad para comunicarse y ser seleccionados personalmente en la casa de estos enfermos, después de un período discreto de seguimiento y observación.

La recolección de la información se hizo a través de la guía de observación para verificar condiciones sanitarias de la vivienda, ambiente familiar, relaciones interpersonales y hábitos alimentarios; entrevista a profundidad sobre la percepción del cuidado aplicados al enfermo y al ser cuidador primario; guías de relato del enfermo para ser grabados previa orientación en donde se le

determinaba hablar de su sentir y relaciones interpersonales pensar sobre aspectos del manejo de los cuidados para su enfermedad y por último se le pidió que con sus palabras expresara como era su plan de cuidado, teniendo en cuenta aspectos de dependencia de su ser cuidador.

El estudio contempló en su análisis la confiabilidad y validez a través de la triangulación de la información de las diferentes dimensiones para valorar coherencias de las respuestas en cada visita de seguimiento realizado en el año de la investigación, permitiendo de esta manera la confiabilidad y validez de la misma.

Las dimensiones determinadas fueron: condición psicosocial y afectiva del enfermo crónico o discapacitado atendido en casa. Valorado en los seres cuidados y seres cuidadores primarios. Compromiso del enfermo para su integridad física. Valorado en los seres cuidados y seres cuidadores primarios. Conocimiento de la enfermedad y opinión del enfermo y del ser cuidador primario sobre el conocimiento de la enfermedad.

Surgieron las siguientes categorías: sentimientos surgidos en el ser cuidado y ser cuidador, derivado del proceso de cuidado, vivencias significativas durante el autocuidado y el cuidado ofrecido, funcionalidad de la familia del enfermo y su repercusión en el proceso de cuidado, conocimiento y explicaciones del ser cuidado y cuidador sobre la enfermedad y la percepción de las medidas terapéuticas, acompañamiento terapéutico y medidas de cuidado alternativas.

La información se seccionó por dimensiones; se codificó de acuerdo a respuestas significativas, luego se categorizó y se estableció relaciones entre categorías lo que

derivó unas conclusiones preliminares.

La importancia de este estudio está relacionada con los procesos de formación académica de enfermería comunitaria en la que es necesario enseñar el cuidado terapéutico desde los saberes del ser cuidado y del ser cuidador con el saber disciplinar, proponiendo estrategias de cuidado de enfermería en determinadas situaciones y en la adversidad.

El sentido del cuidado se visibiliza en el sentir de una realidad que fue dejada por las condiciones sociopolíticas del entorno, “Viviendo una espera llevadera y soportable”

RESULTADOS

En situaciones de desplazados por la violencia, el ser cuidado cabeza de hogar, transmite a sus generaciones los estados de ánimo, de confort aparente, llevadero para no generar conflictos o angustia o desesperanza en los menores de edad, pero estando ya los hijos adultos viendo una realidad socioeconómica, se encierran en su mundo interno aceptando la recursividad del enfermo para su autocuidado a expensas de sus creencias, saberes y costumbres, aguardando la solidaridad de los demás y temor a ser identificados por su misma situación de desplazados. El sentido del cuidado se visibiliza en el sentir de una realidad que fue dejada por las condiciones sociopolíticas del entorno, “viviendo una espera llevadera y soportable.”

El valor agregado de las actuaciones de las personas son recompensadas en vida y se evidencia cuando éste se vuelve dependiente para el mantenimiento de la vida; en situaciones vividas conflictivas, el sentido cultural del cuidado es de obligatoriedad, atendiendo escasamente lo biológico y deja de ser holístico.

En casos de doble rol en el cuidado, es decir enfermo y cuidador, el sentido cultural del cuidado se vuelve agoviante producto de la desesperanza frente a una realidad socioeconómica y de enfermedad crónica no curable, buscando mecanismos psicológicos de satisfacción (la fe, la solución mágico religiosa, la ancestral entre otras), aferrándose a todo tipo de ayuda alterna.

El valor cultural del cuidado ofrecido, tiene un gran componente humano, de interacción personal y terapéutica más cuando se percibe

El sentido cultural del cuidado es diferencial en los indígenas en relación a los demás grupos poblacionales procedentes de diferentes regiones de Colombia .

que el ser humano cada vez con su experiencia vivida, percibida y oída acerca de los fenómenos de salud-enfermedad, le da una mirada holística del cuidado de la vida y la salud; que se enriquece o se fortalece cuando hay afecto y funcionalidad familiar.

La condición intersubjetiva de relaciones distantes por disfuncionalidad del hogar, está agrediendo los valores éticos y van en

contravía al mantenimiento y calidad de vida del enfermo que recurre en últimas aceptar las precarias condiciones físicas ofrecidas por su familia y que son agravadas por la situación económica precaria.

El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo está caracterizado por el nivel de conocimiento que tengan de la enfermedad, de los derechos ciudadanos frente al sistema de salud, del compromiso y afecto que tengan cada uno frente a la funcionalidad del hogar, de la situación socioeconómica en que vivan y de la recompensa recibida por la calidad de crianza dado históricamente a su familia.

El sentido cultural del cuidado es diferencial en los indígenas en relación a los demás grupos poblacionales procedentes de diferentes regiones de Colombia y es que “es un deber ancestral”, cuidar a las personas adulto mayor por su riqueza de experiencias y costumbres vividas.

DISCUSION

La cultura se construye de las vivencias significativas e interpretadas por la capacidad cognitiva del ser humano en experimentar, deducir, relacionar, repetir y predecir.

Las relaciones de producción económica del mundo influye en las conceptualizaciones que el ser humano construye sobre su realidad y que por lo tanto están enmarcadas en el contexto de reproducción sociocultural adoptando medidas de fortalecimiento para afrontar las condiciones de salud, ya sea para su integridad física, soporte social, psicológico, el reconocimiento de su autoestima y la esperanza; que deben ser valoradas para orientar al ser cuidador primario en mantenerse alerta frente a medidas de autocuidado que adopta el enfermo, reforzando el valor agregado a su mejoría y reorientando lo nocivo para que desde su

lenguaje y conocimiento del familiar enfermo cree conciencia del mismo cuidado.

Las relaciones intrafamiliares coimplicadas en un hogar funcional, imprimen un modo de cuidar con experiencia, conocimientos, creencias que los diferencia de otras familias. López L, Maria concepción (2006): afirma que esos modos de cuidarse^(*) forman parte del ethos cultural que también se median en las relaciones de la enfermera comunitaria y miembros de la comunidad en el uso de medicinas alternativas. No puede haber una única forma de cuidar aunque exista la universalidad del cuidado.

Los efectos tóxicos que se pueden dar con la adopción del consumo de preparados orgánicos en descomposición alteran el sistema inmunológico y complican la enfermedad de base y por ende desequilibra todo el proceso de salud enfermedad. Es necesaria la educación en salud que debe orientarse con la presencia de un profesional de salud, para la búsqueda de conciencia y de actitud positiva.

La necesidad de autocontrol, amerita ser atendido dentro del proceso del cuidado. La experiencia de cuidar y ser cuidado, genera sentimientos que en algunas oportunidades le son de acercamiento o de rechazo. Barrera, Lucy (2001), afirma que es importante que sienta el enfermo la disposición de su familia para la atención, porque le asegura confianza, soporte psicológico de bienestar, como también seguridad en el cuidado recibido porque nota la habilidad de su familiar^(*). Lo único es que haya un seguimiento en casa para

valorar la gestión del cuidado en términos de debilidades, fortalezas, amenazas y de oportunidades en relación a los modos de cuidar al enfermo y al modo de cómo se cuida el enfermo, pues esos familiares son los que van a realizar el desempeño de acciones que debe hacer una enfermera en su ausencia; por lo que requiere valorar ese cuidado que se brinda e ir interviniendo para que asuman los nuevos roles sin tantos riesgos en el manejo de la enfermedad. Nkongho (1999) elaboró un instrumento para el seguimiento del desempeño del cuidador primario para prepararlo en la medida de la calidad del cuidado ofrecido^(*).

Es necesario establecer una red terapéutica y de apoyo que acompañe al enfermo y a su familia a nivel de los hogares y coordinados por un programa de servicios sociales y de salud en la que se incorpore” enfermos de soporte terapéutico”, es decir que desde sus vivencias en el autocuidado enseñe al otro enfermo a dinamizar el cambio que se requiere.

La experiencia vivida en el cuidado y la información recibida de sus generaciones y de su grupo social, le han informado sobre los comportamientos fisiológicos del adulto mayor y de las infecciones probables a presentar.

Cada quien interpreta el dolor del otro según su experiencia vivida, desconociendo interpretaciones de complicaciones de la enfermedad que padece o por problemas éticos soterraneo para justificar calidad de la atención.

LOPEZ L, Maria concepción (2006): La enfermera comunitaria y las medicinas alternativas. En: Enfermería Sanitaria. Edición Mc Graw Hill. Pág. 343
BARRERA, Lucy (oct. 2001). Trabajo con Padres de niños con fibrosis quística. Coloquio Nacional de Investigación en enfermería. Bogotá.
NGZOCI Congo (1999): “The caring ability inventory” En: O. Stricland y C. Waltz, y Measurement of nursing outcomes. Vol. FORU

CONCLUSIONES

Las características que se encontraron en el estudio, fueron el reconocimiento del otro como persona, comunicación, escuchar activamente, honestidad, flexibilidad, permitir espacio de tolerancia, contacto, ponerse en el lugar del otro, compromiso, conocimiento, consenso, consejo, mediación, participación, deseo de cuidar, respuesta verbal y no verbal, aceptación, empatía, cercanía y justicia.

El cuidador primario desarrolla habilidades, destrezas y conocimientos de acuerdo a su interés determinando las características de la atención a su enfermo en casa; porque cuidar según Leclerc, A. (1974) es ante todo un apto de vida¹⁰; en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que estas continúen y reproduzcan.

La distribución de responsabilidades, funciones y tareas para el cuidado integral lo hacen tácitamente de acuerdo a su dedicación, labor, función dentro del hogar y de otras características de persona que son complementarias entre si; pero la labor de cuidado está en segundo plano.

Valorar el significado del cuidado de la salud, representa compromiso, ética, comprender todas las etapas del ciclo evolutivo y en la alteridad anticiparse a los riesgos, lo que implica que la persona cuidadora en el hogar del enfermo contemple la integralidad del cuidado para dar una atención en su totalidad, fortaleciendo actitudes y habilidades de promoción y mantenimiento; como lo afirma NGZOCI Congo 1999 que el cuidado es la manera de relacionarse el cuidador con el receptor de cuidado, que es compleja, porque la expresión de la habilidad no depende en

muchos casos de capacidades sino de factores de motivación internos o externos para el desarrollo de la misma. Se basa en el concepto de cuidado, o sea, una relación que debe poseer conocimiento, paciencia, honestidad, confianza, humildad, etc., y en el concepto de habilidad que es la experiencia del cuidado, que está determinada por tres elementos: conocimiento, valor y paciencia.

Cada ser humano percibe la forma de dar cuidado desde su experiencia vivida y compartida con otros seres humanos sin entrelazar el conocimiento que pudo haber sido enseñado sobre diferentes modos de cuidarse con argumentos basados desde el saber científico; que muchas veces son de soporte psicológico y se dote de defensas naturales. Romero Maria Nubia (2006) afirma que “cuando cuidamos en contexto lo hacemos desde nuestro propio texto, que es un texto que se produce desde y en la cultura científica occidental; pero este contexto no es el único en el acto de cuidar, pues la experiencia y las teorías en enfermería nos ratifican que cuidamos con el otro, es decir, en el marco de una relación dialógica en la que fluyen sentidos y significados que se entremezclan y es allí donde el acto de cuidado se convierte en un acto interpretativo, comprensivo en el que entra en juego la complejidad cognoscitiva”.

Es una de las razones en pensar la labor terapéutica de la presencia de enfermería a nivel comunitario y en la identificación de familias con enfermos crónicos en casa, desarrollando habilidad en la comunicación social por una construcción colectiva de imaginarios para superar dificultades en procura de reconstruir conceptos en la vida cotidiana del enfermo en la comunidad. Es importante el trabajo integrado del enfermo con los integrantes de la familia para el

¹⁰LECLERC, A. (1974). *Paroles de femme*, paris Graser, Pág, 34

ROMERO B., María Nubia (2006): *opcit* pag. 12

manejo emocional, afectivo, del acompañamiento terapéutico para satisfacer las necesidades básicas para su bienestar (la eliminación, actividad física y ejercicio, descanso, sueño, comunicación, higiene, ventilación e iluminación fueron las más observadas en el estudio), por parte de los seres que le rodean, para hacerlo sentir persona importante y valiosa para el hogar.

Sin ser un objetivo de valorar las creencias y valores diferenciales entre las diferentes regiones de Colombia, si se pudo observar que el componente religioso es más aplicado en las familias netas de la Costa, en términos de esperanza para recuperarse que los procedentes del interior del país quienes lo hacen en términos mágicos de malignidad.

Es bueno recordar que la familia y el enfermo viven en una situación precaria y desde el punto de vista de la salud, la pobreza es vista como una gran agresión permanente, afectando la funcionalidad del hogar, no siendo percibido por el enfermo y éste la recibe como de abandono o de desgracia, resultado de lo personal (López 1998)^(*). Comprender la significación afectiva y el conocimiento valorativo del cuidado en casa, permite entender la participación conjunta y de coimplicación del enfermo y del familiar cuidador para lograr el mantenimiento o la recuperación de la enfermedad, mediante un manejo cultural adecuado del cuidar y su autocuidado imprimiéndole sentido a la vida. La interpretación mágico religiosa persiste y acrecienta en situaciones de mayor adversidad.

Es necesario reconocer cómo los patrones culturales impuestos en Colombia producto de la globalización de la economía afectan en

todas las esferas e incluso en la forma como las familias, comunidades y personas cuidan la salud y se prestan los cuidados de salud a su manera y capacidad económica, cultural y de conocimiento. Las crisis sociales y políticas, las condiciones de desigualdad, inequidad, pobreza y desempleo de la población redundan en una mayor demanda de los servicios de salud.

En el 2003 la Contraloría General de la Nación, en Colombia ^(**) afirmaba que “el paseo de la muerte” es la metáfora pública más desgarradora que puede hacer la síntesis de la salud”, pues al acompañamiento terapéutico del familiar o amigo en casa del enfermo se ausenta más la posibilidad de la presencia institucional de salud incrementado así las complicaciones de la salud de los enfermos a cambio de estar produciendo rentabilidad financiera, autosostenimiento a costa de brindar atención integral a las coberturas asignadas.

Conociendo esta realidad, el grupo de investigación, decide avanzar en la descripción y el análisis de la relación salud - cultura a proponer el “modelo de cuidado cultural para personas con enfermedades en situación de discapacidad y pobreza”, como función de la IPS-UPC, donde se promueve el rol de un equipo multidisciplinario como mediador entre el sistema de cuidado popular (del grupo) y el sistema profesional para construir un cuidado culturalmente congruente, es decir, basado en la visión de mundo del grupo para serlo transcultural y con alternativas de cuidado consensuadas.

El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo proporcionado por sus familiares o amigos que viven dentro del hogar, están

^(*)LOPEZ, M., a.e. (1998): Estrés, calidad de vida y dolor crónico. Impreso del curso de doctorado: Estrés, Calidad de Vida y dolor crónico, Universidad de Málaga. España (fotocopia).

^(**)CONTRALORIA GRAL. DE LA REPUBLICA (2003): Evaluación de la Política Social. Bogotá: Imprenta Nacional.

diferenciados de acuerdo al afecto recibido de sus antepasados, de la situación sociopolítica, económica y cultural del ser humano como persona individual, de los colectivos y del entorno social y área geográfica.

Se acepta que el reconocimiento de los procesos de indagación de la realidad sociocultural, implican procesos de acompañamiento de muy largo plazo, de la permanencia, constancia y persistencia de investigadores y aún más a sabiendas con certeza de que al acercarnos nuevamente, tendríamos nuevas formas de abordar estos saberes ancestrales por la misma dinámica y característica de lo humano.

El respeto hacia un dialogo intercultural y encuentro de saberes tradicionales de cuidado, en beneficio de modos de vivir saludables y calidad de vida en medio de la adversidad.

Se visibiliza la necesidad de incorporar en el programa académico de enfermería la interpretación antropológica y social del cuidado de la vida y la salud. Aspecto que no se evidencia en los procesos de formación del cuidado de enfermería ni en la presentación de los informes del proceso de atención de enfermería realizado en las experiencias formativas del estudiante.

BIBLIOGRAFIA

1. OSPINA Rave BE. (1992- 1993). Relación entre las necesidades básicas de participación, identidad y entendimiento y la estructura de los servicios educativos de los sistemas de salud. Tesis de Grado.
2. ROMERO B., María Nubia (2006): Articulación de las competencias en los currículos: una mirada en Perspectiva. Tomado de las memorias del v congreso nacional de pedagogía.
3. UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR (2003-2006). Proyecto Educativo de la Facultad Ciencias de la Salud.
4. HERRERA S., Francia Esther, SOCARRASV Mariemma, SANCHEZ S. Marina (2007). Informe del desarrollo de las experiencias en investigación sobre Calidad de Vida en los Procesos de Atención y Formación en Salud. Tomado de los avances preliminares del libro en proceso de edición por las autoras
5. LOPEZ L, Maria concepción (2006): La enfermera comunitaria y las medicinas alternativas. En: Enfermería Sanitaria. Edición Mc Graw Hill. Pág. 343
6. BARRERA, Lucy (oct. 2001). Trabajo con Padres de niños con fibrosis quística. Coloquio Nacional de Investigación en enfermería. Bogotá.
7. NGZOCI Congo (1999): "The caring ability inventory" En: O. Stricldandy C. Waltz, y Measurement of nursing out comes. Vol. FORU
8. LECLERC, A. (1974). Parales de feme, paris Graser, Pág, 34
9. ROMERO B., María Nubia (2006): Articulación de las competencias en los currículos: una mirada en Perspectiva. Tomado de las memorias del v congreso nacional de pedagogía. Pag. 12
10. LOPEZ, M., a.e. (1998): Estrés, calidad de vida y dolor crónico. Impreso del curso de doctorado: Estrés, Calidad de Vida y dolor crónico, Universidad de Málaga. España (fotocopia).
11. CONTRALORIA GRAL. DE LA REPUBLICA (2003): Evaluación de la Política Social. Bogotá: Imprenta Nacional.

Evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva

Risk assessment in sexual and reproductive

Zoraida pinto^{*}
Vilma Nereyda Leal Ortega^{**}
Jackeline Cruz Santos^{***}
Maribel Serrano Alfonso^{****}

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es evaluar el riesgo en salud sexual y reproductiva de las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del Municipio de Los Patios.

Para evaluar el riesgo en salud sexual y reproductiva fué necesario determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en los aspectos relacionados con la sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, embarazo y parto.

Se aplicó una encuesta a 715 mujeres de las cuales 68 son madres FAMI y el restante son usuarias adscritas a los programas ofrecidos

por estos hogares, durante el período comprendido entre marzo a junio del 2007. La encuesta está distribuida en dos partes: una que incluye datos sociodemográficos y otra que evalúa los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva.

Los resultados de la evaluación del riesgo general muestra que el 41,97% de las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del municipio de Los Patios tienen riesgo sexual y reproductivo de acuerdo con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, embarazo y parto siendo clasificado en un nivel medio de riesgo. En conclusión, la población encuestada por sus condiciones demográficas de conocimiento, actitud y práctica frente a procesos como la sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, embarazo y parto se clasifica en un nivel medio de riesgo sexual y reproductivo; sin embargo, es necesario que el sector salud junto con organizaciones sociales encargadas para el cuidado de la mujer tomen medidas que conlleven a la identificación de este problema

^{*} Enfermera. Magisters educación de adultos. Enfermera Secretaria de Salud Municipal Cúcuta. Email: zoraidapinto@gmail.com

^{**} Estudiante de enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta- Colombia. E-mail: angmichelle_18@hotmail.com

^{***} Estudiante de enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta- Colombia. E-mail: jackeligh@hotmail.com

^{****} Estudiante de enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta- Colombia. E-mail: adgs1996@hotmail.com

e intervengan de forma adecuada y oportuna para la disminución del riesgo en salud sexual y reproductiva.

Palabras claves: salud sexual y reproductiva, conocimientos, actitudes y prácticas, riesgo.

SUMMARY

The objective of the present study is to evaluate the risk in Sexual Health and Reproductive of the mothers and users of communitarian homes FAMI of the Colombian Institute of welfare Family of the Municipality of the Patios.

In order to evaluate the risk in Sexual Health and Reproductive it was necessary to determine the knowledge, attitudes and practices in the aspects related to the sexuality, familiar planning, infections of sexual transmission, pregnancy and childbirth.

A survey to 715 women was applied of who 68 are mothers FAMI and the rest usuary is assigned to the programs offered by these homes, during the period between March to June of the 2007. The survey is distributed in two parts one that includes sociodemographic data and other than evaluates the knowledge, attitudes and practices in SSR.

The results of the evaluation of the general risk sample that 41.97% of the mothers and users of communitarian homes FAMI of the Municipality of the Patios have sexual and reproductive risk in agreement with the level of knowledge, attitudes and practices of sexuality, familiar planning, infections of sexual transmission and pregnancy and childbirth being classified in a mean level of risk.

In conclusion the population survey by its demographic conditions of knowledge,

attitude and practice in front of processes like the sexuality, familiar planning, infections of sexual transmission, pregnancy and childbirth classifies itself in a mean level of sexual risk and reproductive nevertheless it is necessary that the sector health along with in charge social organizations for the care and the woman take measures that entail to the identification of this problem and take part of suitable and opportune form for the diminution of the risk in Sexual Health and Reproductive.

Key Words: sexual and reproductive health , knowledge, attitudes and practices, risk.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual entre las edades comprendidas de los 15 y 49 años...

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual entre las edades comprendidas de los 15 y 49 años y que al año se producen millones de nuevos casos de infecciones víricas, incluida la del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la de virus del papiloma humano vinculada al cáncer cérvico uterino que anualmente se diagnostica a más de 490.000 mujeres. También determina que cada año, alrededor de ocho millones de mujeres

embarazadas sobrellevan complicaciones potencialmente mortales a consecuencia de infecciones de transmisión sexual y del mal estado de su salud sexual. Se estima que 529.000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo y el parto, principalmente en los países en desarrollo por causas prevenibles.¹

En el mundo hay por lo menos 350 millones de parejas que no tienen acceso a los métodos de planificación familiar y 120 millones de mujeres casadas que de tener la información necesaria utilizaría algún método de planificación familiar, y se contribuiría a disminuir la presión que existe en los recursos económicos, sociales y naturales de la nación consecuencia de la sobrepoblación.²

“En Colombia el 78% de las mujeres casadas o unidas utilizan algún método de planificación familiar y en el Norte de Santander es del 76.3%, cifras que serían superiores si se les suministrara la información necesaria”³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de salud sexual y reproductiva (SASER) como la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr el enriquecimiento positivo de la personalidad humana.

En la actualidad, la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva deficientes son consecuencia de diversos factores como es la desigualdad social y económica, la escasez informativa y el desconocimiento de la oferta de los servicios de salud de la población, lo que

en muchas ocasiones impide el control autónomo de las actividades en salud sexual y reproductiva, siendo estas las causas indirectas de embarazos no deseados, complicaciones en la gestación y durante o posteriores al parto, infecciones de transmisión sexual, incluyendo al VIH/SIDA.

La investigación de la evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva de las madres y usuarias de los Hogares Comunitarios FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del municipio de Los Patios, tiene como fin proporcionar información confiable sobre el nivel de riesgo sexual y reproductivo en que se encuentran las madres líderes y usuarias, favoreciendo la implementación de estrategias que contemplen el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, promoviendo estilos de vida saludables frente al manejo de los aspectos relacionados con sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, embarazo y parto que conlleven al impulso de factores protectores, logrando las metas propuestas en la política nacional de salud sexual y reproductiva.

MATERIALES Y METODOS

Para esta investigación se realizó un estudio descriptivo transversal. Descriptivo porque permite evaluar el riesgo en salud sexual y reproductiva de las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del municipio de los Patios, transversal porque se estudian las

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prioridades en salud sexual y reproductiva [serial en línea]. Ginebra, jun. 2006 [citado en nov. 2006]. [Disponible en internet: <URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>>]

² CHIARA, María. Guía básica sobre salud en el mundo [serial en línea]. Madrid, jun. 2004 [citado en nov. 2006]. [Disponible en internet: <URL: <http://www.global.infa/iepala/global/fichas/ficha.php?entidad=personas&id=4565>>]

³ OJEDA, Gabriel. Salud sexual y reproductiva en Colombia, encuesta nacional de demografía y salud 2005. Bogotá: Printex, 2005. 114 p.

variables simultáneamente en un tiempo determinado. La población estuvo constituida por las madres FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y usuarias adscritas a estos programas en el municipio de Los Patios.

La recolección de la información fue realizada por las investigadoras en el período de marzo a junio del 2007 a través de una encuesta diseñada y validada durante el año 2002 por el proyecto salud sexual y reproductiva (SASER) quien constituye una de las más importantes acciones de la “Deutsche Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit” que se aplicó a cada una de las participantes del estudio los días martes y jueves en el horario de la tarde ya que estos días son los estipulados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la ejecución de las actividades planeadas por las líderes en los hogares FAMI previamente programados.

El diseño de la encuesta se llevó durante el año 2002 por el proyecto SASER GTZ, en coordinación con funcionarios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Soacha, y del Ministerio de Salud. Una vez ajustada fue aplicada por los profesionales del proyecto en los municipios de trabajo como Cúcuta, Villa del Rosario, Soacha y zonas específicas como Libertad a una población ubicada en distintos espacios vitales: la feria de EXPOJUVENTUD en Soacha, instituciones de atención en salud y organizaciones comunitarias.

La encuesta está distribuida en dos partes, una que comprende 13 preguntas referidas a los aspectos sociodemográficos de la población encuestada y una segunda parte que contienen 33 preguntas principales y 14 preguntas adicionales sin enumerar para un total de 60 preguntas que evalúa aspectos sobre sexualidad, planificación familiar, infecciones

de transmisión sexual, embarazo y parto.

En cuanto a la evaluación del riesgo sexual y reproductivo se realizó una evaluación general que pudiera aplicarse a la población encuestada a través de un índice de riesgo tomado del proyecto SASER, cuyos criterios a tener en cuenta y su definición son los siguientes:

Edad: se considera que la edad es uno de los elementos más importantes para caracterizar el riesgo, considerando la vulnerabilidad las adolescentes. El riesgo se define como proporción de la población con edad menor de 19 años.

Edad de inicio de las relaciones sexuales: la edad de inicio temprano de las relaciones sexuales coloca en grave riesgo de sufrir infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, maternidad con riesgos, etc. Se ha definido el criterio como inicio de las relaciones sexuales antes de los 19 años.

Conocimiento sobre sexualidad, ITS, planificación familiar: el nivel de conocimiento de la población encuestada sobre los aspectos referidos lo pone o no en riesgo de infecciones de transmisión sexual, violencia sexual, planificación familiar, embarazos no deseados y tempranos. Se considera el riesgo como cualquier nivel de desconocimiento sobre los temas definidos, expresado en la proporción de respuestas inadecuadas, asumiendo las definiciones que tuvieran relación con el tema, las que no saben o no responde.

Prácticas sobre sexualidad, ITS, planificación familiar: la práctica representa la convergencia entre el conocimiento, la autodeterminación y la decisión por una sexualidad sana y segura. Se considera el riesgo como cualquier nivel de práctica no

coherente o insegura, corresponde a las repuestas específicas sobre este tema en la encuesta, las que no saben o no responde.

Para obtener el nivel de riesgo se asignó un valor por criterio, considerando la importancia y el peso de cada uno, equivalente a una proporción de ponderación del riesgo así: edad: 20%, edad de inicio de las relaciones sexuales: 20%, conocimiento sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual (ITS), planificación familiar: 30%, prácticas sobre sexualidad, ITS, planificación familiar: 30%, para un total: 100%.

Se caracterizó el conocimiento sobre sexualidad, ITS, planificación familiar en particular para cada uno, de acuerdo con las preguntas específicas y se procedió a identificar los resultados obtenidos en la encuesta, para cada pregunta en forma individual y en conjunto para el conglomerado de las preguntas que hacen referencia al conocimiento y prácticas respectivamente; se obtuvo el promedio para los resultados de cada grupo de preguntas, el cual se multiplicó por el porcentaje definido y se obtuvo un valor de riesgo que luego fue sumado para obtener el ponderado final y por lo tanto el valor que corresponde al riesgo de la población en salud sexual y reproductiva.

Para poder identificar el nivel de riesgo en salud sexual y reproductiva de la población encuestada, se realizó una clasificación de los niveles de riesgo, quedando de la siguiente manera:

Nivel de riesgo ALTO:	66.7% - 99.9%
Nivel de riesgo MEDIO:	33.4% - 66.6%
Nivel de riesgo BAJO:	< de 33.3%

Las encuestas fueron posteriormente procesadas mediante la utilización del paquete estadístico EPI- INFO versión 3.3.2

OBJETIVOS

General

Evaluar el riesgo en salud sexual y reproductiva según los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del municipio de Los Patios en el período comprendido entre febrero a junio del 2007.

Específicos

Caracterizar a las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar objeto de estudio residentes en el municipio de Los Patios.

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del municipio de Los Patios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Aspectos demográficos

El 32.31% de la población encuestada reside en el sector de Patio Centro, el 18.04% se encuentra en el sector Doce de Octubre, el 16.78% en el sector Once de Noviembre, el 16.78% en Pisarreal y el 16.08% en las Cumbres. La edad promedio del grupo es 20 años, con un máximo de 56 y un mínimo de 15 años y una moda de 25 años.

La mayoría de la población ha alcanzado un nivel educativo de secundaria completa e incompleta (43.5% y 23.1% respectivamente), no ha sido empleada en los últimos doce meses (76.37%), lo cual puede estar relacionado con el estado civil siendo los de mayor proporción unión libre (54.7%) y casada (24.19%).

Con relación a la profesión actual, el 45.73% de la población son manual no calificado el 28.53% son manual calificado, el 22.10% poseen un tipo de venta u ofrecen sus servicios hacia la comunidad, el 1.96% son oficinistas y el 1.68% manejan la parte de técnica.

El 32.87% de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, el 34.13% pertenece a la población pobre no cubierta por el subsidio de la oferta y el 33.01% está afiliada al régimen contributivo.

En la población encuestada el 64.13% tienen un hijo, el 26.01% dos hijos, el 7.17% tres hijos, el 1.60% cuatro hijos, el 0.42% cinco hijos, el 0.53% seis hijos y el 0.10% 7 hijos.

Conocimientos y prácticas sobre sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, embarazo y parto el 40.41% de la población refiere la sexualidad como “tener relaciones sexuales”, el 15.38 % el amor a la pareja, el 13.71% el compartir en pareja, el 5.45% considera que la sexualidad es el respeto mutuo de una pareja, el 4.62% piensan que la sexualidad son características físicas que distinguen al hombre de la mujer, el 4.62% manifiesta que la sexualidad es algo normal, indispensable y con responsabilidad, el 2.24% piensan que es el respeto por el cuerpo y el tener sexo para engendrar hijos, el 13.57% no tiene conocimiento acerca de lo que es la sexualidad.

Según la población encuestada, la edad en la que inició su vida sexual en mayor proporción se encuentra entre los 16 a 19 años con un 58.74%, se determina que el 1.54% dió inicio a la edad de 10 a 12 años, periodo precoz para tener relaciones sexuales y muy arriesgada por una serie de embarazos de muy alto riesgo para la población. Es de suma importancia concienciar a este grupo de edad sobre los riesgos que trae el inicio temprano de su vida sexual o hacerles conocer la manera de protegerse en sus relaciones sexuales.

Respecto el conocimiento que tienen sobre si la primera relación pone en riesgo su vida, el 58.2% respondió que SI y el 41.8% que NO, desconociendo los riesgos de las ITS como el VIH/SIDA, los riesgos de embarazos no deseados y sus complicaciones.

Los derechos sexuales y reproductivos son aquellos que reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres respecto a su capacidad reproductiva y a su vida sexual. En el análisis realizado se encontró que un 72.1% de la población conoce sus derechos sexuales y reproductivos y un 27.9% desconoce sus derechos.

En general la población encuestada afirma conocer una amplia gama de métodos de planificación familiar, siendo el método más conocido el condón con un 20.63%, las píldoras con un 18.51%, la inyección con un 15.28%, el método menos conocido es la temperatura basal con un 0.24%.

Es evidente que la mayoría de la población ya inició su vida sexual y usa algún método de planificación. Sin embargo, la mayor proporción que corresponde a un 43.46% (310) de la población no utiliza métodos de

planificación familiar lo cual evidencia los riesgos de embarazos no deseados y la falta de información y concientización con respecto a la salud sexual y reproductiva. Los métodos mas frecuentes utilizados son la ligadura de trompas con un 13.99%, el preservativo con un 13.57%, la inyección con un 11.75% y las píldoras con un 9.09%.

Cuando se indaga sobre el momento del ciclo menstrual de mayor riesgo de embarazo sólo el 32.03% respondió en forma correcta un 14.55% no sabe y un 53.42% tiene una idea errónea sobre el momento del ciclo menstrual de mayor riesgo de embarazo.

Del total de la población encuestada el 64.04% tiene un conocimiento correcto sobre la forma de cómo se adquiere una infección de transmisión sexual y el 35.96% de las encuestadas tienen una idea errónea.

En cuanto a la información que tiene la población encuestada sobre las ITS se encuentra que las participantes en el estudio conocen de la existencia de las mismas; entre las más frecuentes están: VIH-SIDA con un 55.44%, gonorrea con un 18.91%, sífilis con un 13.74%; cabe destacar que a pesar de conocer sobre los tipos de ITS un 0.55% tienen información errónea acerca de los prototipos de ITS. Igualmente vemos que el 41.4% (296) de las encuestadas no tienen información acerca de los tipos de infecciones de transmisión sexual.

El tipo de actividades que realiza la población encuestada para evitar las infecciones de transmisión sexual son en su orden usar preservativo con un 40.70%, tener pareja estable un 22.38%, el 14.83% de los encuestados refieren acudir a médico, el

11.75% previene una ITS teniendo una buena higiene, el 4.90% afirma que conociendo muy bien a la pareja previene la infección, en un 3.92% no teniendo relaciones sexuales y por último en un 1.54% de las encuestadas utilizan métodos anticonceptivos para prevenir una infección de transmisión sexual; esto último, es un aspecto muy importante para que en los procesos educativos se aclaren los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y las medidas de protección y control para evitar una ITS.

La mayoría considera que la edad ideal para tener el primer hijo es entre los 15-20 años con una proporción del 49.23% y el 46.85% consideran que es de 21-25 años la edad ideal para tener su primer hijo.

La decisión del número de hijos la realizan ambos en un 81.8%, un 13.7% considera que la mujer es quien toma esa decisión; un 4.1% considera que es el hombre y un 0.4% dice que ninguno de los dos debe tomar esa decisión.

2. Evaluación del riesgo en Salud Sexual y Reproductiva.

Durante el análisis de los resultados de ésta encuesta fueron evidentes los riesgos que se presentan en ésta población referente a la salud sexual y reproductiva. Los resultados de la evaluación del riesgo general muestra que el 41.97% de las madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI del ICBF del municipio Los Patios tiene riesgo sexual y reproductivo de acuerdo con el nivel de conocimientos y prácticas de sexualidad, planificación familiar e infecciones de transmisión sexual; siendo este clasificado como un nivel medio de riesgo como puede observarse en el cuadro 1.

Cuadro 1 . Nivel de riesgo sexual y reproductivo de madres y usuarias de los hogares comunitarios FAMI-ICBF. Los Patios 2007.

ELEMENTOS DE CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO	CRITERIO DEL RIESGO	PROPORCIÓN DE PONDERACIÓN	RESULTADOS DE LA ENCUESTA	NIVEL DE RIESGO
EDAD	15 a 20 años	20%	19.02%	3.8%
EDAD DE INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES	< 20 años	20%	79.58%	15.92%
CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD ITS, PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Menor de 100%	30%		
CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD		10%	27.48%	2.75%
CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		10%	21.5%	2.15%
CONOCIMIENTO SOBRE ETS		10%	39.61%	3.96%
PRACTICA SOBRE SEXUALIDAD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ITS		30%		
PRACTICA SOBRE SEXUALIDAD		10%	44.58%	4.46%
PRACTICA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		10%	70.34%	7.03%
PRACTICA SOBRE ITS		10%	19%	1.9%
NIVEL DE RIESGO				41.97%

En la Evaluación de la ficha de riesgo sexual y reproductivo 2002 del Proyecto SASER GTZ realizada en los municipios de Soacha y Villa del Rosario y Cúcuta y en la zona de La Libertad correspondiente a este último municipio, no le dan una clasificación al riesgo sexual y reproductivo, sin embargo, el resultado general de riesgo fue de 55.86%, resultado que puede ser clasificado como un nivel de riesgo medio en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

**Una de las prácticas
para iniciar una
sexualidad sana y
segura es la planeación
de la primera relación
sexual**

Para realizar una serie de intervenciones es necesario entender cada uno de los resultados y establecer las estrategias correspondientes a los hallazgos de la encuesta y así poder cambiar las condiciones de salud sexual y reproductiva de las madres comunitarias y usuarias FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del municipio de Los Patios.

CONCLUSIONES

Las encuestadas residen en su orden en el sector de Patio Centro, Doce de Octubre, Once de Noviembre, Pisarreal y Cumbres. Una gran parte de las encuestadas se encuentran en el rango de edades entre los 15 a 38 años, presentan un nivel educativo de secundaria completa, no han sido empleadas en los últimos doce meses, su estado civil es de

unión libre y pertenecen a la población pobre no cubierta por el subsidio de la oferta.

Más de la mitad de las mujeres encuestadas inició su vida sexual a temprana edad, lo que ocasiona riesgos en su salud sexual y reproductiva tales como infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, embarazos no deseados y complicaciones en su periodo de gestación.

Aunque la mayoría de las participantes tienen conocimiento de la forma de adquirir una infección de transmisión sexual, existe un porcentaje de mujeres que desconocen la manera de contagio, mencionando por ejemplo que se pueden infectar por usar baños públicos, compartir ropa interior, en una piscina o por falta de higiene.

Una de las prácticas para iniciar una sexualidad sana y segura es la planeación de la primera relación sexual. En el presente estudio se encontró un porcentaje de riesgo (15.92%), observándose que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 20 años con un mínimo de 10 años, y un máximo de 31 años.

La gran mayoría de las mujeres participantes tienen conocimiento de la efectividad del condón para evitar un embarazo y como medida preventiva para evitar una infección de transmisión sexual.

En general, la población encuestada por sus condiciones demográficas de conocimientos, actitudes y prácticas frente a procesos como sexualidad, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y embarazo y parto se clasifica en un nivel medio de riesgo (41.97%) de contraer enfermedades graves como el VIH/SIDA; otras infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, mortalidad materna y el ejercicio de una sexualidad no sana y segura.

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA. Manual para la realización de actividades educativas en salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes. Bogotá: PROFAMILIA, 2003.

BUITRAGO, María y otros. CAP sobre planificación familiar en usuarias del H.E.M. del servicio de gineco-obstetricia con diagnóstico de aborto en el primer semestre del 2003. Cúcuta, 2003, 60-65 p. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad Francisco de Paula Santander. Facultad Ciencias de la Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 00412 del 2000: Detección temprana de cáncer de seno. Bogotá: El Ministerio, 2000.

_____. Resolución 00412 del 2000: Guía de Atención del VIH/SIDA. Bogotá: El Ministerio, 2000.

_____. Resolución 00412 del 2000: Detección temprana de cáncer de cuello uterino. Bogotá: El Ministerio, 2000.

CORDERO, Sonia y otros. CAP sobre ITS/VIH SIDA en la población de 15 a 60 años usuaria de servicio de consulta externa de la Unidad Básica de Atención La Libertad del municipio de San José de Cúcuta en septiembre de 2005. Cúcuta, 2005, 62-72 p. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad Francisco de Paula Santander. Facultad Ciencias de la Salud.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT. Evaluación ficha de riesgo sexual y

reproductivo. Bogotá: GTZ, 2003. 38-40 p. 125

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo (CIPD) 7.2. Estados Unidos: OMS

_____. Prioridades en salud sexual y reproductiva [en línea]. Ginebra, jun. 2006 [citado en nov. 2006]. Disponible en internet: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>

QUEVEDO GOMEZ, María Cristina y otros. Memoria de una permanente expedición. Bogotá: Luis Roca, 2005. 134 p. ROBERTS, Amanda y PADGETT – YANN. Amor y sexualidad. Barcelona: Circulo, 1999.

ROVEDA HOYOS, Diego. El valor de lo erótico. Bogotá: Universidad Nacional, 1995. 80 p.

STARMEDIA. Categoría psicológica y actitudes [en línea]. Estados Unidos, 2007 [citado en jun. 2007]. Disponible en internet: <URL: <http://www.rincondelvago.com/actitudes.html>>

TERKI, Fatiha y MALHOTRA, Usha. Pautas médicas y de prestación de servicios. Londres: Planned Parenthood Federation, 2004. 450 p.

ZAMORA. Sexualidad familiar: conceptos generales. Madrid: Zamora, 1996. 17 p.

Diagnósticos de enfermería prevalentes en los pacientes que presentan impregnación neuroléptica

Nursing diagnosis prevalence in patients presenting impregnation neuroleptic

Ruth Esperanza Caicedo Fonseca¹
Alix Zoraida Bohórquez de Figueroa²
Leidy Quintero, Gina Villamizar, Leidy Rico,
Tatiana Reyes, Sandy Acevedo, Jessica
Jiménez, Dafne Duarte y Jairo Contreras.*

RESUMEN

La impregnación neuroléptica es un trastorno causado por los efectos adversos del tratamiento terapéutico con neurolépticos, que provocan en ciertos pacientes una variedad de efectos secundarios, que al ser identificados obligan a reducir las dosis o emplear otros medicamentos para controlarlos, pero, si no son hallados a tiempo sus síntomas se acentúan hasta llegar a ser un síndrome neuroléptico maligno, el cual es altamente mortal. La presente investigación está enfocada a plantear los diagnósticos e intervenciones en el correcto manejo de este trastorno, observando que el personal de enfermería del hospital mental no dispone de un plan de cuidados que incluya la valoración diagnóstica de enfermería y por tal motivo no se lleva a

cabo un tratamiento terapéutico apropiado.

Con los resultados obtenidos, se encontró que es más frecuente en el género masculino, ya que es la patología en la que más se presenta como es el trastorno psicótico agudo. Los neurolépticos más utilizados en los pacientes con impregnación neuroléptica son el haloperidol y el sinogan; y los efectos adversos se presentan con mayor frecuencia después de 0-13 días de tener instaurado un tratamiento farmacológico con neurolépticos.

Las actividades realizadas por el personal de enfermería del Hospital Mental Rudesindo Soto con los pacientes que presentan impregnación neuroléptica, son en la mayoría de los casos la administración del medicamento antagonista y con menor frecuencia la suspensión del neuroléptico, administración de dieta líquida y blanda. Los signos y síntomas más frecuentes son la rigidez muscular, confusión y disfagia. Se encontraron dieciséis diagnósticos de enfermería prevalentes de los cuales se eligieron seis prioritarios para intervenir.

¹Enfermera docente ocasional Facultad Ciencias de la Salud/ Programa DE Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante grupo salud pública facultad ciencias de la salud UFPS. e-mail: ruthcaicedo04@hotmail.com

² Docente catedrática, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Especialista en Gestión y Desarrollo proyectos de investigación. Integrante grupo de investigación de salud pública facultad ciencias de la salud UFPS

* Estudiantes de enfermería V semestre, facultad ciencias de la salud, universidad Francisco de Paula Santander.

Palabras claves: Impregnación neuroléptica, diagnósticos de enfermería.

SUMMARY

The impregnation neuroléptica is a disorder caused by the adverse effects of the therapeutic treatment with neuroleptics, which provoke in certain patients a variety of side effects, which on having been identified force to reduce the doses or to use other medicines to control them, but if his(her, your) symptoms are not found in time they accent up to managing to be a syndrome malignant Narcoleptic, which is highly mortal.

The present this investigation focused to raising the diagnoses and interventions for the correct managing of this disorder, observing that the personnel of infirmary of the mental hospital does not order a plan of taken care that it includes the valuation diagnoses of infirmary and for such a motive there is not carried out a therapeutic appropriate treatment.

With the obtained results, one thought that it is more frequent in masculine kind (genre); the pathology in the one that more appears is in the psychotic sharp disorder; the neuroleptics most used in the patients with impregnation neuroléptica are the haloperidol and the sinogan; the adverse effects appear with major frequency after 0-13 days of having a pharmacological treatment established with neuroleptics. The activities realized by the personnel of infirmary of the Mental Hospital Rudesindo Soto with the patients who present impregnation neuroléptica, are in most cases the administration of the medicine antagonist and with minor frequency the suspension of the neuroleptic, administration of diet liquidates and swing. The signs and the most

frequent symptoms are the muscular inflexibility, Confusion and disfagia. They found sixteen diagnoses of infirmary prevalent of which they were elected six priority ones to intervene.

Key Words: Impregnation neuroléptica, diagnoses of infirmary.

INTRODUCCION

Es fundamental en los casos de impregnación neuroléptica para un paciente mental, un tratamiento farmacológico y por ende, conocer el proceso de enfermería, lo cual hace indispensable tenerlo al alcance y así, aplicarlo en pacientes que presentan esta patología, la presencia de este trastorno representa para todo trabajador de hospitales psiquiátricos una urgencia, que puede repercutir con frecuencia en los pacientes y a la vez, traer graves consecuencias neurofisiológicas.

Este estudio genera los siguientes beneficios: A la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto le genera un soporte que orienta la labor de enfermería, permitiendo la intervención oportuna ante la presencia de un caso de impregnación por neurolépticos, y así mejorar la calidad de la prestación del servicio.

A la Facultad Ciencias de la Salud le permite posicionarse como una entidad generadora de conocimiento, promoviendo el espíritu investigativo en sus estudiantes y permitiendo una formación integral en cada uno de ellos.

A los estudiantes de enfermería los ayuda a fortalecer sus conocimientos académicos e investigativos y al mismo tiempo aumenta las habilidades y destrezas en la práctica formativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población está conformada por 40 casos de impregnación neuroléptica que se presentaron en los pacientes hospitalizados en los servicios de: sala de observación constante, cuidados especiales, cuidados corrientes y cuidados mínimos de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto, durante los meses de octubre y noviembre de 2007.

Los investigadores aplicaron como instrumento el “formato de recolección de datos del paciente con Impregnación Neuroléptica” con el fin de identificar los signos y síntomas que se presentan durante la impregnación neuroléptica y el “Formato de Valoración por Dominios” tomado de la clasificación de Marjory Gordón, el cual fue modificado por la NANDA en 1998, y adaptado por la licenciada magíster Luz Eugenia Ibáñez Alfonso, con el fin de determinar los diagnósticos de enfermería prevalentes en pacientes con impregnación neuroléptica.¹

La información se tabuló en forma manual, y para su análisis se aplicó la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes representados en tablas con cruce de variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con respecto al género se encontró que es más frecuente en el sexo masculino lo que concuerda con el estudio realizado por Ayerdis José A.(2001) donde la impregnación

en el sexo masculino es casi del 100 % de la población de estudio. El sexo masculino presenta las más altas frecuencias debido a que a los varones se les instaure un tratamiento con neurolépticos más intensos, pues tienden a ser más agresivos que las mujeres.

El grupo etáreo que presentó impregnación neuroléptica con mayor frecuencia, corresponde en el sexo femenino a la edades entre 32- 38 años y de 39-45 años en el sexo masculino (ver grafico 1), en forma similar en el estudio realizado en el Hospital psiquiátrico de Nicaragua, donde se reportó que la edad en general más frecuente en presentar impregnación se encuentra entre 35-44 años. Situación diferente fue la encontrada en el estudio realizado en el “Hospital Docente Clínico Quirúrgico” de La Habana (Cuba) que refleja que la edad de los pacientes con impregnación predomina entre los 40-49 años.²

**Se encontró que la
patología más frecuente en
pacientes con impregnación
es el trastorno psicótico
agudo.**

¹ IBÁÑEZ ALFONSO, Luz Eugenia, SARMIENTO, Lucia Victoria. El Proceso de enfermería, Editorial UIS, Primera Edición de 2003.

² HUMARAN FERNANDEZ, Ricardo, REY GARCIA, Lilian. Síndrome neuroléptico maligno. Algunas propuestas para un nuevo concepto y clasificación, La Habana, Cuba, 2000. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_3_97/mgi01397.htm

Gráfico 1. Distribución de Impregnación según sexo y edad. ESE Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007.

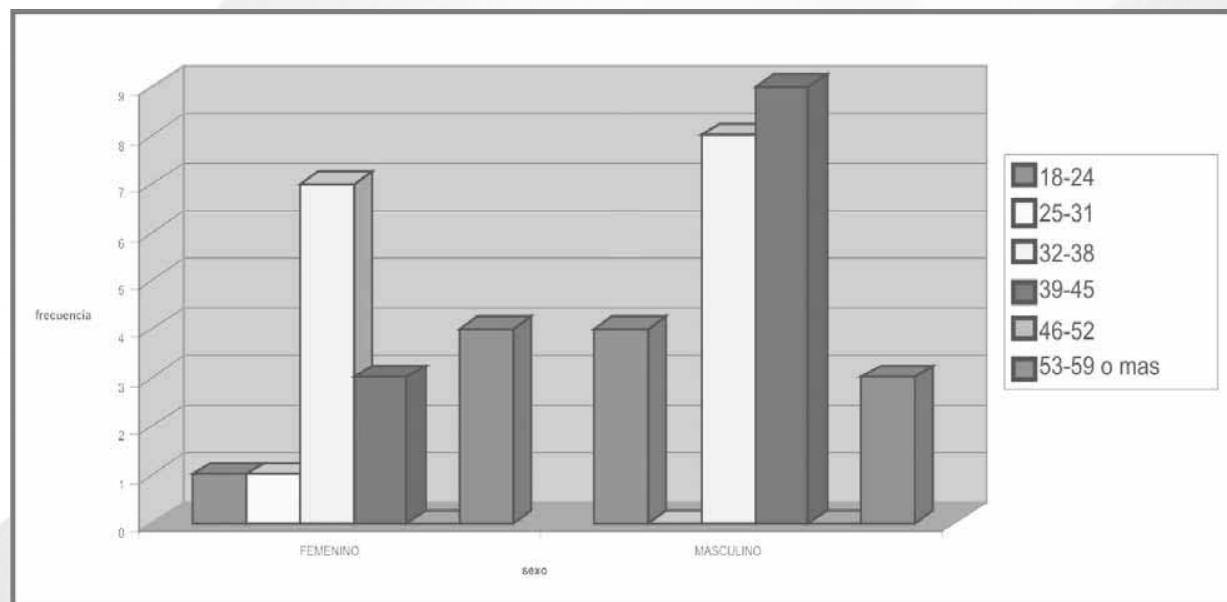
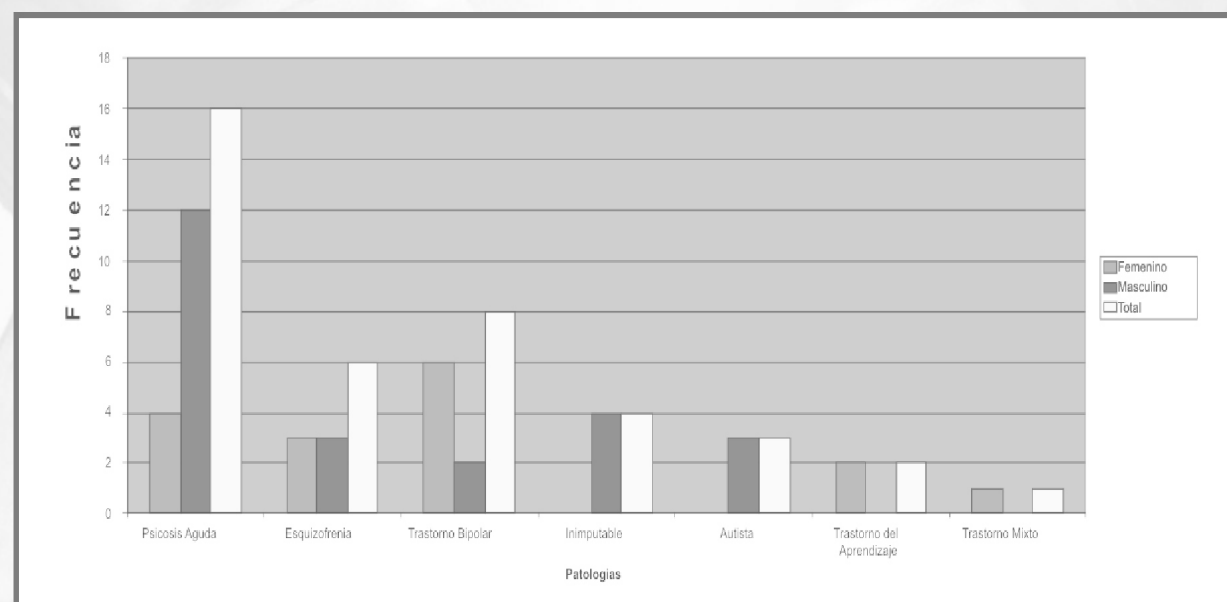


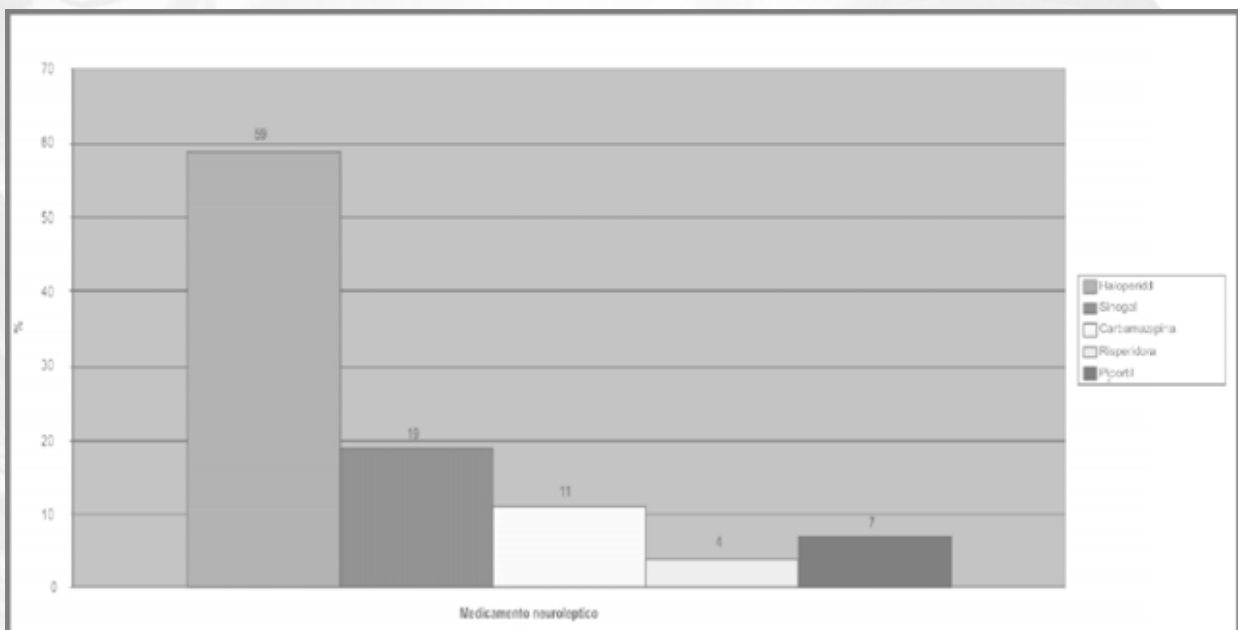
Gráfico2. Distribución de patologías según el sexo ESE Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007.



Al analizar las patologías se encontró que el trastorno psicótico agudo es el que se presenta con mayor frecuencia. Este se caracteriza por presentar alucinaciones, ideas delirantes y alteraciones de la percepción las cuales son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro, e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y

éxtasis o de angustia e irritabilidad. En forma similar a la investigación denominada “Síndrome neuroléptico maligno en el manejo anestésico” en donde se encontró que las patologías más frecuentes en pacientes con impregnación son la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. Por lo anterior se observa que la patología no es un factor determinante para la aparición de la impregnación neuroléptica.

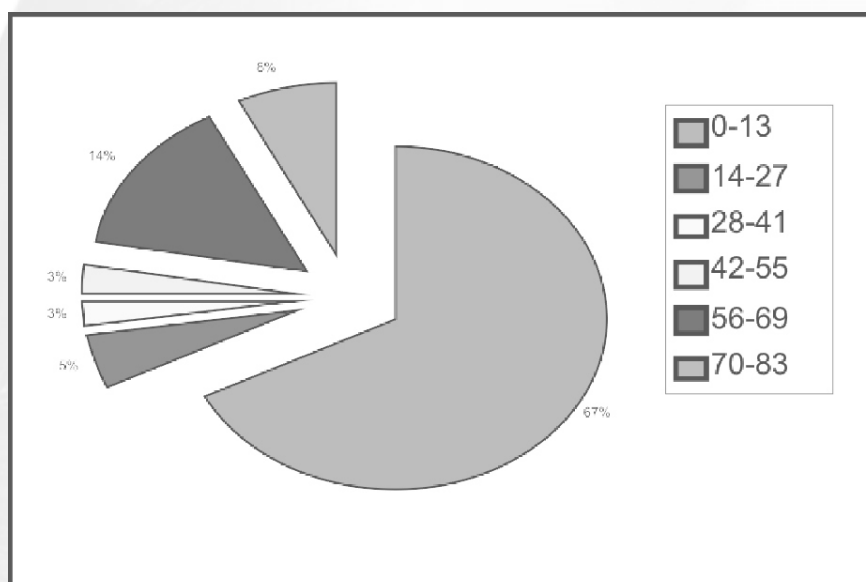
Gráfico 3. Distribución porcentual por utilización de neurolépticos ESE Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007.



Los resultados en la presente investigación demuestran que los neurolépticos más utilizados en el tratamiento de las patologías psiquiátricas de los pacientes con impregnación neuroléptica son el haloperidol y el sinogan. El Haloperidol tiene una elevada afinidad por los receptores de la dopamina, pero como su captación se bloquea la sustancia se destruye y elimina, aumentando el efecto extrapiramidal y disminuyendo el efecto sedante, hipotensor y anticolinérgico. El

Sinogan está indicado generalmente para el manejo de la esquizofrenia, manías y psicosis inespecíficas con un efecto sedante marcado y regular capacidad para producir reacciones extrapiramidales.

Gráfico 4. Tiempo de uso en días de los neurolepticos ESE Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007.



Fuente: Formato de recolección de datos del paciente con impregnación neuroléptica

De acuerdo a lo encontrado en el presente estudio, los efectos adversos se presentan con mayor frecuencia después de 0-13 días de tener instaurado un tratamiento farmacológico con neurolepticos.

Cabe resaltar, que para realizar este análisis se

excluyeron 4 casos de impregnación neuroléptica, ya que no se pudo determinar con precisión cuanto tiempo llevaban estos pacientes usando los neurolepticos. Debido a su condición de inimputables (pacientes psiquiátricos penalizados por la ley), estos pacientes tienen largos períodos de hospitalización y por ende largos períodos de administración de medicamentos neurolepticos.

Clínicamente, la impregnación neuroléptica se caracteriza porque la aparición de los síntomas extrapiramidales, pueden ocurrir en horas o meses después del tratamiento

Clínicamente, la impregnación neuroléptica se caracteriza porque la aparición de los síntomas extrapiramidales pueden ocurrir en horas o meses después del tratamiento, sobre todo en pacientes que hayan estado expuestos a drogas antipsicoticas de alta potencia.

Tabla N° 1. Actividades realizadas ante la presencia de impregnación neuroleptica por el personal de enfermería de la E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	SI	NO
Suspender neuroléptico	2	38
Adm. De antagonista	35	5
Inmovilizaciones	12	28
Control de S-V	13	27
Dieta blanda	2	38
Dieta liquida	2	38
Dieta corriente	29	11
Examen de laboratorio	sin infor.	Sin. Infor

Fuente: Formato de recolección de datos del paciente con impregnación neuroleptica

Al analizar las actividades de enfermería realizadas por el personal, frente a los pacientes que presentan impregnación neuroleptica, se pudo observar que la administración del medicamento antagonista se realiza en la mayoría de los casos con menor frecuencia la suspensión del neuroleptico, administración de dieta liquida y blanda.

El manejo es diferente según el estudio de caso realizado en la investigación “Síndrome Neuroleptico Maligno: algunas propuestas para un nuevo concepto y clasificación”³ describen el manejo frente a un episodio de impregnación neuroleptica donde como primera medida se suspende el neuroleptico, 12 horas después se le administra clorpromazina, luego se realizó un hemograma, análisis de orina y por ultimo hidratación con dextrosa.

³ HUMARAN FERNANDEZ, Ricardo, REY GARCIA, Lilian. Síndrome neuroleptico maligno. Algunas propuestas para un nuevo concepto y clasificación, La Habana, Cuba, 2000. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_3_97/mgi01397.htm

Tabla 2. Frecuencia de signos y síntomas mayores y menores según la clasificación de Levinson pacientes con impregnación neuroléptica E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007

SIGNOS Y SÍNTOMAS MAYORES	FRECUENCIA
Rigidez muscular	15
Hipertemia	3
CPK	0
Sin información	10
SIGNOS Y SÍNTOMAS MENORES	
Taquicardia	6
Taquipnea	4
Sudoración	5
Disfagia	7
Hipertensión arterial	0
Confusión	10
Estupor	1
Mutismo	6
Leucocitosis	0
Discinecia	1
Acatisia	3
Sialorrea	2
Sin información	8

Fuente: Formato de recolección de datos del paciente con impregnación neuroléptica

En la tabla N°2 se puede apreciar la frecuencia de signos y síntomas con mayor prevalencia es la rigidez muscular (15), confusión (10) y disfagia (7). Cabe resaltar que el cero que corresponde a la CPK* y la leucocitosis se debe a que en el hospital no se utilizan estos medios diagnósticos.

*La CPK es un examen de sangre que mide el nivel de creatinfosfocinasa (CPK), cuando el nivel de CPK total está sustancialmente elevado, por lo general indica lesión o estrés en una o más de estas áreas.

Tabla 3. Diagnósticos prevalentes según los signos y síntomas que presentan los pacientes con impregnación neurológica E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta 2007

SIGNOS Y SÍNTOMAS SEGUN LEVINSON	DOMINIOS AFECTADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PREVALENTES
MAYORES: RIGIDEZ MUSCULAR	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	Deterioro de la movilidad física
	NUTRICIÓN	Deterioro de la deglución Desequilibrio nutricional por defecto
	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Riesgo de aspiración Riesgo de caídas
	AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	Afrontamiento inefectivo
HIPERTEMIA	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Hipertermia
MENORES: TAQUICARDIA	ACTIVIDAD Y REPOSO	Disminución del gasto cardiaco Riesgo de intolerancia a la actividad
TAQUIPNEA	ACTIVIDAD Y REPOSTO	Riesgo de intolerancia a la actividad
DISFAGIA	NUTRICIÓN	Deterioro de la deglución Riesgo de déficit de volumen de líquidos
	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Riesgo de aspiración Refusión tisular inefectiva
HIPERTENSIÓN	ACTIVIDAD Y REPOSO	Disminución del gasto cardiaco
ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA: CONFUSIÓN	PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN	Confusión aguda Trastornos de los procesos del pensamiento
	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Riesgo de aspiración Deterioro de la movilidad física
ESTUPOR	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	Déficit de actividades recreativas
MUTISMO	PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN	Deterioro de la comunicación verbal
SIALORREA	NUTRICIÓN	Deterioro de la deglución
DISCINECIA	NUTRICIÓN	Desequilibrio nutricional por defecto
ACATISIA	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Riesgo de caídas
LEUCOCITOSIS	AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	Ansiedad

A continuación se relacionan los diagnósticos seleccionados:

1. Deterioro de la deglución

Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura de la función oral, faríngea o esofágica.

Características definitorias:

- Caída de la comida de la boca (rigidez muscular)
- Incapacidad para la masticación (rigidez muscular)
- Observación de evidencia de dificultad en la deglución (disfagia)
- Sialorrea o babeo (sialorrea)

Análisis: este diagnóstico fue prevalente, debido a que los signos y síntomas de la impregnación por neurolépticos se encontró ampliamente afectado el dominio de nutrición.

Los signos y síntomas que se presentaron para sugerir este diagnóstico fueron: rigidez muscular, disfagia y sialorrea. La rigidez muscular afecta la deglución, porque causa espasmo muscular en cuello, maxilares, lengua, y músculos faciales; la disfagia por su parte puede afectar la deglución al presentarse un trastorno mecánico o neuromuscular como la estenosis esofágica.

Intervenciones

Relajación muscular progresiva
Terapia de deglución
Manejo de la nutrición

Actividades

- * Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula
- * Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarle que el grupo de

músculos esté relajado.

- * Incentivar al paciente a que practique las sesiones regulares con la enfermera
- * Proporcionar o usar dispositivos de ayuda si procede.
- * Ayudar al paciente a colocar la cabeza en posición flexionada hacia adelante para facilitar el proceso de deglución.
- * Proporcionar líquido en base de la capacidad de la deglución.
- * Proporcionar comidas ligeras en puré o blandas si procede.
- * Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

2. Deterioro de la movilidad física

Definición: Limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo de una o mas extremidades.

Características definitorias:

- Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la Vida diaria (estupor)
- Limitación de la capacidad para la habilidad motora gruesa y fina (rigidez muscular)
- Dificultad para girarse en la cama (rigidez muscular)
- Cambios en la marcha, por ejemplo disminución de la velocidad de la marcha
- Dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, caminar arrastrando los pies. (Estupor)

Análisis: se planteó este diagnóstico, debido a que en la impregnación neuroléptica se presentan síntomas como la rigidez muscular y el estupor que afectan el dominio de la actividad y reposo, teniendo en cuenta que la rigidez muscular en la impregnación produce una contracción muscular en forma lenta y mantenida de músculos del tronco y las

extremidades superiores e inferiores y el estupor caracterizado por la reducción o ausencia de las funciones de relación como la movilidad.

Intervenciones

Manejo de la medicación
Ayuda al autocuidado
Cambios de posición
Terapia de masajes

Actividades

- *Determinar el medicamento necesario para controlar los signos y síntomas producto de la impregnación (estupor y rigidez muscular)
- *Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- * Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- *Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- *Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- *Colocar en posición de alineación corporal correcta
- *Elevar la cabecera de la cama
- *Realizar los giros según lo indique el estado de la piel o cada 2 horas
- *Utilizar masajes táctiles para minimizar el espasmo muscular.
- *Utilizar masajes relajantes para descargar tensiones acumuladas y disminuir el tono muscular.

3. Riesgo de caídas

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Características definitorias:

- Deterioro de la movilidad física (rigidez muscular)
- Disminución de la fuerza en extremidades (rigidez muscular)

- Dificultad en la marcha (rigidez muscular y acatisia)
- alteración del estado mental (acatisia y rigidez muscular)

Análisis: Este diagnóstico se planteó debido a la alteración del dominio de seguridad y protección, encontrándose los siguientes signos y síntomas: acatisia y rigidez muscular.

La rigidez muscular causa alteraciones en la marcha y movimientos descoordinados o espasmódicos y la acatisia que se presenta como una sensación subjetiva de inquietud a nivel muscular que puede causar en el paciente alteraciones en el equilibrio y riesgo de lesión física.

Intervenciones

Manejo ambiental
Prevención de caídas
Vigilancia: Seguridad

Actividades

- * Crear un ambiente seguro para el paciente.
- * Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- * Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- * Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en el medio en el que se encuentra.
- *Ayudar a la persona inestable en la deambulacion.
- * Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.
- * Observar si hay alteración de la función física o cognitiva del paciente que lleven a una conducta insegura en la deambulacion permanente.
- * Vigilar el ambiente identificando el peligro potencial para brindar seguridad al paciente.

4. Riesgo de aspiración

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sólidos o líquidos.

Características definitorias:

- Incompetencia del esfínter esofágico inferior (disfagia)
- Deterioro de la deglución (disfagia)
- Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo (rigidez muscular)

Análisis: este diagnóstico surge al encontrarse afectado el dominio de seguridad y protección al presentarse signos de la impregnación como: rigidez muscular, disfagia y confusión.

La rigidez muscular por aumento del tono muscular de la orofaríngea puede causar incompetencia del esfínter esofágico, la disfagia al aumentar el tono muscular de la orofaríngea puede impedir el paso de alimentos por el esófago desviándolos hacia la vía aérea. La confusión por su parte puede causar alteraciones en la conciencia y la actividad psicomotora.

Intervenciones

Precauciones para evitar la aspiración
Administración de medicación
Alimentación

Actividades

- * Vigilar un nivel de conciencia, capacidad deglutiva, reflejo de tos.
- * Mantener el equipo de aspiración disponible.
- * Alimentación en pequeñas cantidades
- * Administrar los medicamentos en forma de líquido, en lugar de píldoras machacadas para evitar la obstrucción de la sonda.

* Introducir los medicamentos en la SNG con una jeringa

* Elevar la cabecera de la cama durante la administración de la medicación, si es posible.

* Identificar la presencia de reflejo de deglución si fuera necesario.

* Mantener en posición recta con la cabeza y el cuello flexionado ligeramente hacia fuera durante la alimentación.

* Realizar la alimentación sin prisas/lentamente.

5. Riesgo de intolerancia a la actividad

Definición: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias:

- Presencia de problemas respiratorios o circulatorios (taquicardia y taquipnea)

Análisis: el diagnóstico de riesgo de intolerancia a la actividad surge al verse afectado el dominio de actividad y reposo, debido a la presencia de signos de impregnación como la taquicardia y taquipnea. La primera se manifiesta como un incremento de los latidos cardíacos (30 latidos/minuto) sobre la basal, por ansiedad o por respuesta a la hipertermia. La taquipnea se presenta como una elevación de al menos 25 respiraciones/minuto sobre la basal.

Intervenciones

Monitorización de los signos vitales
Vigilancia.

Actividades

- * Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- * Monitorizar la presión sanguínea después

de que el paciente tome los medicamentos.

- * Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíaca
- * Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio
- * Determinar los riesgos de edad del paciente
- * Comprobar el estado neurológico del paciente

CONCLUSIONES

En los casos estudiados se encontró presencia de antecedentes de trastornos psiquiátricos, predominando el trastorno psicótico agudo.

Se determinó que los fármacos neurolépticos como el haloperidol y el sinogan prevalentes en el estudio son los causantes de la mayoría de los signos y síntomas presentes en la impregnación neuroléptica.

Clínicamente la impregnación neuroléptica se caracterizó porque los síntomas aparecieron de 0 a 13 días en el 67% de los casos que estuvieron expuestos a drogas antipsicóticas o fármacos que interfieren de algún modo en la transmisión dopaminérgica.

Con relación a los signos y síntomas, predominó dentro de los criterios mayores la rigidez muscular, además la disfagia, taquicardia y alteraciones de la conciencia como parte de los criterios menores.

Dentro de las actividades que realiza el personal de enfermería de la E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto en el cuidado del paciente impregnado prevalece la administración de medicamento antagonista y control de signos vitales.

Con respecto a los diagnósticos de enfermería prevalentes en pacientes que presentan impregnación neuroléptica se concluyó que

los seis diagnósticos principales de enfermería (Deterioro de la deglución, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de aspiración, Riesgo de caídas, Riesgo de intolerancia a la actividad, Disminución del gasto cardíaco), son una alternativa para intervenir los dominios afectados por los signos y síntomas de la impregnación.

De acuerdo a los diagnósticos principales, se plantearon las intervenciones y actividades correspondientes, que le permitan al personal de enfermería actuar de manera eficaz y oportuna en el cuidado del paciente impregnado.

BIBLIOGRAFIA

CRAFT-ROSENBERG, Martha, SPARKS Sheila. Nanda. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, Editorial Elsevier, España, 2005-2006

McCLOSKEY, Joanne, BULECHEK, Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), Cuarta Edición, Editorial Elsevier, España, 2005

IBÁÑEZ ALFONSO, Luz Eugenia, SARMIENTO, Lucia Victoria. El Proceso de enfermería, Editorial UIS, Primera Edición de 2003.

PAZ, Carlos R., AMARILLA Analía del Carmen. Las psicosis cicloides: una propuesta terapéutica, Argentina, 2002. http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_04.htm

GARCIA N. Moro, OCHOA E. Síndrome orgánico cerebral en consumidor de múltiples sustancias. Madrid, España, 2001. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13015412>

STINGO, Néstor Ricardo, ZAZZI, María Cristina. Emergencias psiquiátricas. Honduras, 2005. http://www.drwebsa.com.ar/drw/prof_mes/articulos/art_010.pdf

HUMARAN FERNANDEZ, Ricardo, REY GARCIA, Lilian. Síndrome neuroléptico maligno. Algunas propuestas para un nuevo concepto y clasificación, La Habana, Cuba, 2000. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_3_97/mgi01397.htm

MONCHABLON ESPINOZA, Alberto, Catatonía periódica (Catatonías endógenas agudas), Argentina, 1991. http://www.alcmeon.com.ar/1/4/a04_11.htm.

AYERDIS José A.. (2001)

Programa de atención integral a la adolescente gestante

Program for Integral Attention to the pregnant adolescent

Zambrano P. Gloria Esperanza*
Gladys Johanna Gayon Riaño* *
Diana Carolina Mojica Fuentes**
Yeny Farley Cañizares Ascanio**

RESUMEN

El presente artículo es el resultado del programa de atención integral dirigido a las adolescentes gestantes y ejecutado en la Unidad Básica Comunitaria de la ESE IMSALUD. Este programa, brinda atención a las usuarias de acuerdo a lo definido en la norma técnica 0412 del 2000 para el control prenatal y detección de las alteraciones del embarazo; además, de incluir un componente biosicosocial y educativo donde se involucra a la pareja y familia a fin de prevenir y controlar factores de riesgo para obtener hijos y madres sanas. Participaron 167 gestantes adolescentes entre los 16 a 19 años con nivel educativo media secundaria, de nivel socioeconómico 1 y 2, pertenecientes a los

regímenes subsidiado y vinculado. Durante el desarrollo del programa, a las usuarias se les realizó el control prenatal el cual se conforma de anamnesis, examen físico, revisión de paraclínicos, remisión a medicina general, odontología y psicología para el manejo integral de la gestante. El componente educativo se realizaba en forma individual y grupal mediante el curso: “Preparación para la Maternidad y la Paternidad”, los contenidos se centraban en la preparación para el parto y la crianza, detección y control de factores de riesgo, fortalecimiento del autoestima, proyecto de vida y rol materno y paterno, empleándose metodologías dinámicas adaptadas a las características de las usuarias. Igualmente se realizaba visita domiciliar durante la gestación y el puerperio con el propósito de detectar tempranamente y controlar factores de riesgo ambientales, de estilos de vida y del entorno familiar.

Palabras claves: embarazo, adolescente, biosicosocial.

* Magíster en Enfermería Materno Perinatal. Directora Programa Enfermería Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante Grupo Investigación Salud Pública. gloriae91@hotmail.com

**Enfermeros - UFPS EGRESADOS 2008 - e-mail: joha_g04@hotmail.com.

SUMMARY

The present article is the result of the program of integral attention directed to the pregnant adolescents and executed in the Unidad Básica Comuneros of the ESE IMSALUD. This program, offers attention to the users according to the normal standard 0412 of 2000 for the prenatal control and detection of pregnancy alterations, and besides it also include a biosicosocial and educative component in which the couple and the family get involved in order to prevent and control the risk factors to obtain healthy children and mothers. In this program participated 167 pregnant adolescents between 16 and 19 years with secondary level, socioeconomic level 1 and 2, and subscribed to the subsidized regime. During the development of the program, the users received prenatal control in which anamnesis, physical examination, revision of paraclínicos, general medicine, odontology and psychology were included for the integral management of the pregnant. The educative component was realized by groups and individually during the duration of the course: "Preparation for the Maternity and the Paternity". The contents were concentrated in the preparation for the childbirth and the raising up, the detection and control of risk factors, the enforcement of the self-esteem, project of life and maternal and paternal roll, in which were used some dynamic methodologies adapted to the user's characteristics. Likewise some domiciliary visits were realized during the gestation and childbed in order to detect and control beforehand some environmental factors of risk, styles of life, and of familiar surroundings.

Key Words: pregnancy, adolescent, biosicosocial

INTRODUCCIÓN

La maternidad es quizá la experiencia más importante de la vida en la mayoría de las mujeres; de hecho, convertirse en madre, es una de las vivencias más significativas en el desarrollo sociopersonal de una mujer, ya que se considera una transición normativa propia de la adultez puesto que ser padre exige la disposición, las habilidades y las destrezas para gestar, alumbrar y criar a un ser de manera sostenida con inteligencia, sensibilidad y con sentimientos positivos maduros que se traduzcan en cuidados y afectos para ese nuevo ser. Como ya se ha dicho, se trata de un acontecimiento trascendente, en el cual se incluyen aspectos de tipo biológico, psicológico y social los cuales están íntimamente relacionados, y que ocurridos en la etapa adolescente traen consigo una serie de repercusiones lo que convierte a las adolescentes en un grupo vulnerable a presentar complicaciones de tipo social, obstétrico y perinatal.

**El embarazo en la
adolescencia es uno
de los problemas
más sentidos en el
mundo**

En la actualidad, el embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más sentidos en el mundo, apreciándose un aumento sostenido en su incidencia, lo que refleja que aún cuando existen los conocimientos suficientes acerca de la situación, las medidas ejecutadas para frenar esta realidad no han generado el impacto esperado.

La tasa global de fecundidad, en Norte de Santander en 2006 fue estimada en 2.86 y la tasa general para mujeres entre los 15 y 19 años fue de 91

Se cree que en Colombia este fenómeno se ha incrementado debido al aumento de la población adolescente. “Del total de la población colombiana (42.090.502 para el año 2.005), el 9.5% correspondió a la población entre 15 y 19 años.

En Norte de Santander la población adolescente estuvo representada ese mismo año por un 9.9% del total. En cuanto a fecundidad, a nivel nacional, la tasa global por mujer se estimó en 2.5 para el año 2.006 y para las mujeres de 15 a 19 años la tasa específica fue estimada en 73.4 (por mil).

Para Norte de Santander la tasa global de fecundidad, en ese mismo año, fue estimada en 2.86 y la tasa general para mujeres entre los 15

y 19 años fue de 91; para el municipio de Cúcuta las tasas se ubicaron por debajo de los niveles departamentales con 2.6 en el año 2.006”.¹ Cabe resaltar también que “en el departamento de Norte de Santander para el año 2.005, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas fue de 20.5 del total”.²

Estadísticas colombianas proporcionadas por el Ministerio de Protección Social, muestran que “el embarazo y los eventos relacionados con él ocupan el primer lugar en las causas de consulta externa y de egresos hospitalarios en la población femenina entre los 15-19 años. Así mismo, es la segunda causa de egreso hospitalario en niñas entre los 10-14 años”, lo cual expresa claramente la gravedad de la problemática referida.³ “La razón de mortalidad materna reportada por el DANE para el año 2000 fue de 104.9 por 100.000 nacidos vivos (790 muertes en total), cifra muy alta para el desarrollo del país y muy por encima de la razón de mortalidad de otros países de la región como Brasil con 44,9 x 100.000 nacidos vivos. En Colombia la principal causa de muerte materna es el trastorno hipertensivo asociado a la gestación y el grupo poblacional que aporta el mayor porcentaje de estas muertes es el de las adolescentes”.⁴

En el ámbito internacional y nacional se han realizado intervenciones sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dirigidas a promover el uso de métodos de planificación

¹ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones de población. Estimaciones con base en el censo de 1993. Bogotá: Escala. 2004.

² REPÚBLICA DE COLOMBIA. Boletín estadístico sectorial, Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2007.

³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Instituto Nacional de Salud, protocolo de Vigilancia de la Mortalidad Materna, Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2003.

⁴ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA; Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna y perinatal en Colombia en los albores del siglo XXI. Bogotá D.C; 2004

familiar, a mejorar el acceso a dichos métodos, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva. Como se observa, son muchos los esfuerzos realizados en el mundo y en nuestro país, pero estos no han generado el impacto esperado sobre la maternidad temprana por lo que se sugiere que dichas intervenciones se basen en información sobre las demandas y necesidades de los y las jóvenes en contextos específicos, que permitan diseños más adecuados de los procesos a implementar, según las características propias de dicha población.

la gran mayoría de las gestantes conviven en unión libre con su pareja y se dedican a las labores del hogar.

Adicionalmente, siendo que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos con que se diseñan intervenciones desde el nivel nacional pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones de Colombia. Por ello, gana relevancia la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobretodo a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional.

Ante esta situación, se ve la necesidad de implementar un programa que aborde a la

adolescente de manera integral por las características del grupo poblacional, ya que es de vital importancia su captación temprana para la vinculación al mismo a fin de brindar una atención integral que valore el riesgo obstétrico y perinatal del binomio madre-hijo y un apoyo psicológico que le permita a la adolescente expresar todos sus sentimientos de duda e incertidumbre que su condición de embarazo le genera. Todo esto a fin de reducir las altas tasas de morbilidad materno-perinatal y reducir las tasas del embarazo en las adolescentes.

El programa de atención integral a la adolescente gestante, en la Unidad Básica Comuneros se viene ofertando desde el 2004 por el programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, con un importante impacto en el binomio madre-hijo. De ahí la importancia de presentar los resultados obtenidos en el periodo comprendido entre agosto del 2007 y julio del 2008, ya que el programa se basa en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aplicando el enfoque de riesgo establecido en la norma técnica para la detección de alteraciones del embarazo (resolución 0412 del 2000 del Ministerio de Salud), y la historia de riesgo biopsicosocial del doctor Julián Herrera, aplicando el modelo teórico de “adopción del rol materno” de Ramona Mercer, el “modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes gestantes” de Marlene Montes, el enfoque de apoyo social, y el reconocimiento de la dimensión espiritual y cultural en las gestantes adolescentes.

El programa incluye el control prenatal mensual por médico y enfermera, la valoración por odontología y psicología. Igualmente, se implementó un programa educativo individual y grupal mediante el curso de “preparación para la maternidad y paternidad” con el propósito de promover la

aceptación del nuevo rol, proyecto de vida, autoestima, detección de factores de riesgo y signos de alarma, estilos de vida saludables, cuidados durante el embarazo, posparto y lo relacionado con el recién nacido, al igual que la preparación para el parto. Se desarrollaron acciones en el lugar de residencia de las adolescentes, para esto se llevaron a cabo visitas durante la gestación y otra en el posparto, con el propósito de detectar factores de riesgo que afecten la salud del binomio madre – hijo, brindar educación para modificar estilos de vida, conocer el resultado final de la gestación y evaluar conocimientos ofrecidos en el componente educativo.

OBJETIVOS

Tabla 1. Trimestre de inicio del control prenatal gestantes adolescentes Unidad Básica Comuneros. Cúcuta 2007

TRIMESTRE	CANTIDAD	PORCENTAJE
I	71	42.5%
II	80	47.9%
III	16	9.58%

El campo de la obstetricia cobra más importancia debido a la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo y esto hace que la vigilancia prenatal sea de mayor importancia, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

1. Características sociodemográficas

En el desarrollo del programa participaron 167 adolescentes gestantes durante el periodo de Agosto de 2007 a Julio de 2008, las cuales se encuentran entre los 16 a 19 años, en su mayoría primigestantes con nivel educativo media secundaria, de nivel socioeconómico 1 y 2, regímenes subsidiado y vinculado y pertenecientes al casco urbano. En su gran mayoría conviven en unión libre con su pareja y se dedican a las labores del hogar.

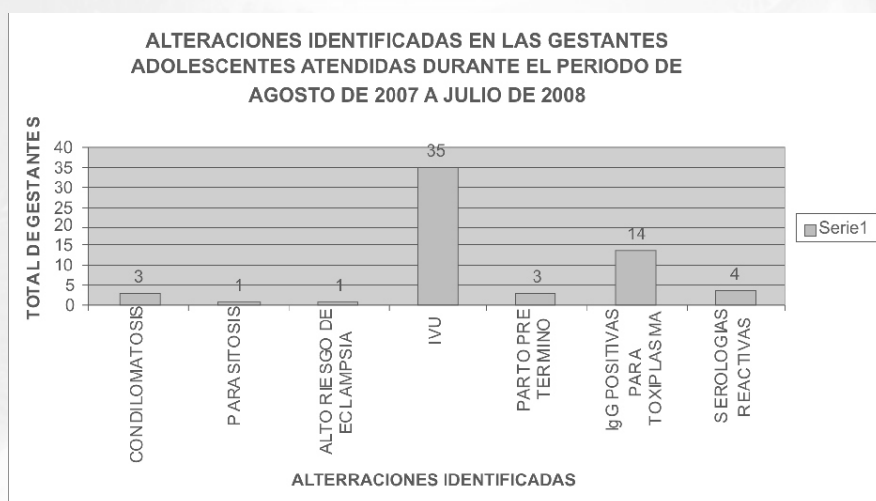
Comparando los resultados obtenidos durante el desarrollo del programa de la gestante adolescente en el año 2007-2008 realizados en la Unidad Básica Comuneros con los resultados del período inmediatamente anterior (2006-2007) se encontró: en el primer trimestre 72 gestantes captadas (34.95%), durante el segundo trimestre 115 gestantes y en el tercer trimestre 19 gestantes (9.22%) presentando mayor captación de adolescentes en el segundo trimestre como lo obtenido durante el desarrollo del programa en el presente año, lo que indica que las

adolescentes asisten a sus controles prenatales de manera tardía debido a que no le dan la importancia necesaria a su embarazo por la inmadurez personal propia de su edad puesto

que tienen sus propias necesidades de desarrollo y crecimiento y poca habilidad para afrontar y solucionar problemas.

2. Alteraciones detectadas durante la ejecución del programa.

Gráfica 1. Alteraciones detectadas gestantes adolescentes Unidad Básica Comuneros. Cúcuta 2007



Fuente: Datos obtenidos durante el control prenatal y revisión de paraclínicos

De acuerdo con el perfil epidemiológico, las principales alteraciones que se identificaron durante la ejecución del programa son: tres casos de condilomatosis, 1 caso de parasitosis, 1 alto riesgo de eclampsia, 35 casos de infección vías urinarias, 3 partos pretérmino, 14 IgG positivas para toxoplasma y 4 serologías reactivas. Es de resaltar que “las consecuencias más serias de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se producen en mujeres y recién nacidos, y representa en muchos países subdesarrollados la primera causa de morbilidad materno-infantil, pues se ha visto una asociación entre ellas y el cáncer de cérvix, la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, y el embarazo ectópico en las mujeres. La transmisión

perinatal de las ETS ha sido causa también de abortos espontáneos, prematuridad y bajo peso al nacer, teniendo además consecuencias mortales o efectos graves para el feto”. En una investigación en la que se estudiaron 351 embarazadas captadas entre el 1ro. de enero y el 31 de diciembre de 1998 en el municipio Guanajay, en la Habana, Cuba, se encontró que la prevalencia de esta enfermedad fue de 1.7 por cada 100 gestantes, lo que correspondió al 3.4% del total de la población estudiada lo que coincide con los resultados del Programa de Atención en el que los casos representaron el 2%.⁶

En lo referente a los casos de IVU, es de resaltar que “durante la gestación, el tracto

⁶ BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Rev Cubana Med Gen Integr* ISSN 0864-2125.[serial online]. 2001, vol. 17, no. 6 pp.532-539. [Disponible<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600004&lng=es&nrm=iso>]

⁷ Ibit, Pág., 13

urinario sufre importantes cambios fisiológicos los cuales tienen un profundo impacto en la adquisición y la historia natural de la infección asintomática. En mujeres no embarazadas, la infección asintomática puede no tener un impacto significativo y no ser persistente. En gestantes, sin embargo, es más probable la persistencia y su asociación con subsiguiente desarrollo de infección sintomática o IVU⁷. En un estudio desarrollado con 101 mujeres con edad gestacional entre las 8 a 21 semanas en el Centro Médico Ambulatorio de San Jacinto en Maracaibo, Venezuela en el año 2001, se encontró que la prevalencia de IVU fue de 13.86% lo cual difiere con los resultados obtenidos en el Programa de Atención a la Gestante ya que el porcentaje de casos detectados es mayor (23.48%). Dichos casos recibieron tratamiento oportuno con médico para su control y evitar que se presentaran complicaciones.⁸

**El interés que en
medicina materno-fetal
suscita la toxoplasmosis
se relaciona con las
lesiones que el parásito
puede producir en el feto
y neonato**

En cuanto a los partos pretermino, “todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen a la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo. Gran parte de la morbilidad perinatal grave también se asocia con esos nacimientos.

En los nacidos pretérmino son mucho más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición⁹. Los 3 casos de parto pre-termino (34.5, 35 y 36 semanas) observados no coinciden con el estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP) de Medellín, cuyo objetivo fue describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes gestantes atendidas entre junio del 2000 y octubre de 2001 (1128 pacientes en total y el 28.6% de ellas adolescentes) y el cual concluyó que el parto pretérmino se presentó en 176 adolescentes (53,6%), cifra sumamente alta en comparación con los resultados del Programa de Atención a la Gestante Adolescente (sólo 3%)¹⁰.

⁷ GINESTRE, M., MARTINEZ, A., FERNANDEZ, M. *et al.* BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO. *Km*, dic. 2001, vol.29, no.2, p.171-183. ISSN 0075-5222 NOMBRE DE LA REVISTA

⁸ GINESTRE, M y colaboradores, BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO, [Serial On Line 2001] [Disponible en http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?pid=S0075-52222001012000005&script=sci_arttext&tlng=es#2]

⁹ ALTHABE, Fernando, CARROLI, Guillermo, LEDE, Roberto *et al.* El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Revista Panamericana de Salud Pública* ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49891999000500001[serial on line]. 1999, vol. 5, no. 6 pp. 373-385. [Disponible en <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000500001&lng=en&nrm=iso>.]

¹⁰ BOJANINI, Juan Fernando y colabs, Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Bogotá Apr./June 2004 Print ISSN 0034-7434. [Serial On Line 2004] [Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342004000200003&script=sci_arttext]

En lo referente a la toxoplasmosis “El interés que en medicina materno-fetal suscita, la toxoplasmosis se relaciona con las lesiones que el parásito puede producir en el feto y neonato, las dificultades y posibilidades del diagnóstico de infección materno-fetal y de afectación fetal que generan no pocos problemas de ansiedad y angustia en la gestante y en su familia”.¹¹

En cuanto a las serologías reactivas detectadas se tiene “El tamizaje para sífilis gestacional es una de las principales medidas que permite la

disminución de morbimortalidad peri y neonatal en nuestro medio. La detección precoz de una sífilis gestacional permite realizar un tratamiento curativo al feto in útero y por tanto evita las devastadoras secuelas que produce como abortos, malformaciones congénitas, parto pretérmino y mortinatos. Se estima que entre 70 y 100% de los fetos expuestos a la infección y que no son tratados adecuadamente, van a infectarse y que 40% de los fetos que contraen la infección y no reciben tratamiento morirán in útero o en el periodo neonatal”¹². (Ver gráfica 1).

3. Resultados de visitas domiciliarias preparto:

Tabla 2. Distribución del saneamiento ambiental y condiciones de la vivienda. Gestantes adolescentes Unidad Básica Comuneros. Cúcuta 2007

VARIABLE	SUBVARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
TIPO DE VIVIENDA	CASA PROPIA	79	52.66%	100%
	CASA ARRENDADA	36	24%	
	HABITACIÓN ARRENDADA	35	23.33%	
ALMACENAMIENTO DEL AGUA	TANQUE TAPADO	135	90%	100%
	TANQUE DESTAPADO	15	10%	
ESTADO DEL AGUA PARA CONSUMO	AGUA HERVIDA	116	77.33%	100%
	AGUA SIN HERVIR	34	22.66%	
RECOLECCIÓN DE BASURAS	BOLSA	88	58.66%	100%
	RECIPIENTE TAPADO	50	33.33%	
	RECIPIENTE DESTAPADO	12	8%	
LUGAR DE DEPÓSITO DE BASURAS	PATIO	128	85.33%	100%
	COCINA	22	14.66%	

¹¹ DE MIGUEL, JR., CAVERO A., MONTERO, JJ., Toxoplasmosis: principales problemas en medicina materno-fetal. *Revista Actualidad Obstétrica Ginecológica* [serial online]. Vol. XIV, N° 1 Enero - Febrero 2002, pp. 45; [Disponible en : <http://editorialmedica.com/Actual-En-Feb02-Trabaj6.pdf>.]

¹² ORTIZ SERRANO, Ricardo, MD., BELTRAN AVENDAÑO, Mónica, MD. Modelo de Atención Prenatal de Bajo Riesgo. *Revista MedUnab* [serial on line]. Vol. 8 No. 2 - Agosto 2005, [disponible en pp. 106]

De las 167 gestantes adolescentes inscritas en el programa se logró la realización de 150 visitas domiciliarias preparto (89.82 %) y 99 visitas post parto (59.28 %), para un total de 249 visitas domiciliarias efectivas. De las características ambientales y condiciones de la vivienda se observó que la mayoría de las gestantes adolescentes habita una casa propia, aunque esta es compartida con otros familiares lo que no permite la independencia total del nuevo hogar formado por la gestante

adolescente y su pareja y los constantes conflictos que se derivan del hacinamiento dificultan la aceptación del nuevo miembro familiar. Almacenar el agua en tanque destapado constituye un factor de riesgo pues permite la formación de criaderos de zancudos, y esto promueve las enfermedades como el dengue. Al no hervir el agua para el consumo constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedad diarreica aguda (EDA).

Tabla 3. Distribución de los factores de riesgo que afectan la salud de la adolescente gestante. Unidad Básica Comuneros. Cúcuta 2007

VARIABLE	SUBVARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
TABAQUISMO	FUMADORA ACTIVA	1	0.66%	100%
	FUMADORA PASIVA	17	11.33%	
	NO FUMADORA	132	88%	
CONSUMO DE DROGAS	SI CONSUME	0	0 %	100%
	NO CONSUME	150	100 %	
	OCASIONAL	0	0 %	
CONSUMO DE ALCOHOL	NO CONUME	144	96 %	100%
	SI CONSUME	1	0.66 %	
	OCASIONAL	5	3.33 %	
ZONOSIS	SI	53	35.33 %	100%
	NO	97	64.6 %	

Dentro de los factores de riesgo detectados en las gestantes adolescentes durante las visitas domiciliarias se encontró fumadoras pasivas; esto representa un importante problema de salud pública, dado que fumar durante el embarazo no sólo es perjudicial para la salud de la mujer, sino que además puede causar graves problemas de salud al bebé recién nacido.

El efecto teratogénico del consumo de alcohol durante el embarazo ha sido ampliamente conocido confirmándose que puede generar la conjunción de los siguientes signos: retraso en el crecimiento, afección del sistema nervioso central (anomalías neurológicas, retraso psicomotor y retraso mental, malformaciones cerebrales, entre otras) y una dismorfia facial característica

Se sabe, tiempos atrás que el fumar retarda el crecimiento del feto y los estudios sugieren que además aumenta el riesgo de parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación). Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer tienen mayores riesgos de sufrir problemas graves de salud durante los

primeros meses de vida, incapacidades permanentes (como parálisis cerebral, retraso mental y problemas de aprendizaje) e incluso la muerte.

Un estudio que describe la prevalencia del tabaquismo durante el embarazo en una muestra aleatoria de 400 madres de bajo nivel socioeconómico, atendidas en el Hospital El Pino, Santiago Sur, Chile, concluyó que la prevalencia de tabaquismo durante el embarazo fue 28% y que un alto porcentaje (59%) de madres embarazadas que nunca habían fumado, estuvieron expuestas al humo del tabaco en sus hogares.¹³

Dichas cifras no coinciden con los resultados obtenidos durante la ejecución del Programa pues a comparación, las últimas son bastante bajas. También es de resaltar que ninguna de las gestantes adolescentes visitadas manifestó el consumo de drogas. Si se observó que el 96 % de las visitadas no manifiesta el consumo de alcohol lo que representa un importante factor protector dados los efectos conocidos del consumo de alcohol durante el embarazo. “El efecto teratogénico del consumo de alcohol durante el embarazo ha sido ampliamente conocido confirmándose que puede generar la conjunción de los siguientes signos: retraso en el crecimiento, afección del sistema nervioso central (anomalías neurológicas, retraso psicomotor y retraso mental, malformaciones cerebrales, entre otras) y una dismorfia facial característica”¹⁴. Conjuntamente se registra que el 35.33 % de las gestantes adolescentes tienen animales bajo su cuidado, lo que constituye factores de riesgo para contraer enfermedades como rabia, EDA y toxoplasmosis.

¹³ MALLOL, Javier y colaboradores, Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico Revista chilena de enfermedades respiratorias, Santiago mar. 2007, [Serial On Line 2007]; [Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100003&script=sci_arttext]

¹⁴ BOLUMAR, F., FERRER, L., PEREZ HOYOS, S., Efecto del consumo moderado de alcohol durante el embarazo sobre el peso del recién nacido. Revista medicina clínica vol. 102 núm. 20. 1.994. Serial On Line 1994] . pp. 765. [Disponible en: <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/VOL102/M1022002.PDF15>]

“El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa”¹⁵.

Durante la visita domiciliaria pre parto se llevó a cabo el diligenciamiento del APGAR familiar y en los resultados se puede observar que el 70.66 % de las gestantes adolescentes tienen una buena funcionalidad familiar lo que influye de forma positiva en el vínculo a formar en el futuro con sus parejas e hijos.

La madre adolescente no sólo necesita de la asistencia de un equipo multidisciplinario que monitoree el embarazo y los primeros años de vida del recién nacido, sino que también necesita el apoyo familiar y de pareja para lograr un estado emocional y afectivo que propicie un embarazo tranquilo y seguro tanto para ella como para su hijo. Se encontró que en el 95, 33 % de los casos hubo aceptación del embarazo por parte de la usuaria y su pareja. Es de aclarar que las adolescentes gestantes cuyo embarazo fue aceptado por su pareja contaban con su apoyo tanto emocional como económico, lo que constituye un factor protector dado que el abandono que pueda vivenciar la gestante adolescente puede favorecer la aparición de depresión lo que incrementa los riesgos durante la gestación.

4. Resultados de visitas domiciliarias postparto.

Tabla 4. Edad gestacional y tipo de parto Gestantes adolescentes Unidad Básica Comuneros. Cúcuta 2007

VARIABLE	SUBVARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO	34 -35 Sem	3	3.03%	100%
	36-37 Sem	5	5.05%	
	38 -39 Sem	56	56.56 %	
	40-41 Sem	35	35.35%	
TIPO DE PARTO	Cesárea	29	29.29%	100%
	Normal	70	70.70%	
SEXO DEL RECIEN NACIDO	Masculino	68	68.68%	100%
	Femenino	31	31.31%	
PESO DEL RECIEN NACIDO	Bajo peso	5	5.05%	100%
	Normal	94	94.94%	
	Macrosómico	0	0	

¹⁵ RANGEL, José Luis., VALERIO, L., Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada, *Revista Facultad de Medicina UNAM*, Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004, pp. 24.

“Según un estudio realizado con gestantes adolescentes en el Hospital Salvador en Santiago, Chile en el año 2002, se encontró que de la totalidad de las usuarias de la muestra el 8.86% presentó parto pretérmino, el 81.64% tuvo parto normal y el 10.12% cesárea, y el 6.32% de los recién nacidos fueron de bajo peso”⁶.

Dichos resultados son similares con las observaciones realizadas durante las visitas pos parto donde se logró identificar que la edad gestacional al momento del parto en la mayoría de las pacientes fue de 38 a 39 semanas con un 56.56 % y un 8.08% presentó parto pretérmino.

Un bebé prematuro y de bajo peso tiene más posibilidades de padecer problemas respiratorios. “Los recién nacidos con bajo peso tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años

El nacimiento prematuro es la principal consecuencia derivada del trabajo de parto prematuro. Si bien la mayoría de los bebés nacieron después de las 37 semanas de gestación, aquellos que nacen prematuros corren mayor riesgo de sufrir muchas complicaciones. “Los bebés prematuros nacen antes de que sus cuerpos y sistemas de órganos

hayan madurado completamente. Suelen ser pequeños, con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos o 5,5 l) y pueden necesitar ayuda para respirar, alimentarse, combatir infecciones y conservar el calor.

Los bebés muy prematuros, nacidos antes de las 28 semanas, son especialmente vulnerables. Es posible que muchos de sus órganos no estén preparados para la vida fuera del útero materno y quizá estén demasiado inmaduros como para funcionar de forma adecuada. También pueden sufrir problemas de salud a largo plazo. En general, cuanto más prematuro es el bebé, más graves y duraderos son estos problemas”⁷. Cabe resaltar que al momento del parto, ninguna de las pacientes presentó complicaciones, lo que indica la eficacia del programa de atención integral a la adolescente, pues la detección y el control prenatal adecuados junto a la asistencia oportuna y normal del parto y neonato disminuyen evidentemente dichas complicaciones y así evitan posibles lesiones irreversibles que afectan drásticamente el desarrollo del recién nacido.

Durante las visitas se observó que el 68.68% de los recién nacidos fue de sexo masculino, el 94.94% nació con peso normal y el 5.05% de los nacimientos fue de bajo peso. Un bebé prematuro y de bajo peso tiene más posibilidades de padecer problemas respiratorios. “Los recién nacidos con bajo peso tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico

⁶ DIAZ, Angélica, SANHUEZA R, Pablo y YAKSIC B, Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol., [Serial On Line 2002], vol.67, no.6, p.481-487. [Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext&tlng=en]

⁷ MONTERROSA, A., Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. EN [Serial On Line Vol. 42 N° 3, Sep 1999, pp. 1.] [Disponible en : <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=293182&indexSearch=ID18>]

y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas.

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del

estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido¹⁸. Se encontró que 92 de los recién nacidos no presentaron ninguna complicación al momento del nacimiento y ninguna de las puerperas y neonatos presentó signos de infección en el área de incisión y cordón umbilical respectivamente.

Tabla 5 Características de la alimentación al neonato. Gestantes adolescentes Unidad Básica Comuneros. Cúcuta 2007

VARIABLE	SUBVARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	SI	69	69.69%	100%
	NO	30	30.30%	
TIEMPO QUE DEDICA A LA LACTANCIA MATERNA	15 Min	10	10.10%	100%
	30 Min	35	35.35%	
	45 Min	50	50.50%	
	60 Min	4	4.04%	
USA O NO TÉCNICA DE ORDEÑO	SI	76	76.76%	100%
	NO	23	23.23%	
USA LA TÉCNICA ADECUADA O NO PARA EXTRAER LECHE MATERNA	ADECUADA	73	-	-
	INADECUADA	3	-	

En referencia a la forma de alimentación de los neonatos se encontró que el 69.69 % de las puerperas lleva a cabo la lactancia materna exclusiva, resultado bastante alto si comparamos con resultados obtenidos de un “estudio realizado en la Ciudad de México en el periodo del 2004 al 2006 con 70 madres

adolescentes en donde se obtuvo que sólo el 38.6% de la muestra suministró lactancia materna exclusiva¹⁹. El 30% de las madres reportó durante la visita pos parto que complementa la lactancia materna, en su mayoría con coladas, lo que es una preocupación ya que la leche materna

¹⁸ UNICEF, Progreso para la infancia, Indicadores sobre nutrición, [Serial On Line mayo 2006]. [Disponible en :<http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index.html>]

¹⁹ QUEZADA, Claudia y colaboradores, Prevalencia de lactancia materna y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. Revista Medigraphic Artemisa, México, D. F. [Serial On Line, Vol. 65, enero-febrero 2008, 22 Pág.] [Disponible en :<http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi081e.pdf>]

constituye el mejor alimento por los nutrientes y protección que aporta al recién nacido en su crecimiento y desarrollo pero en muchas ocasiones aunque la madre conoce de los beneficios de la lactancia materna exclusiva por la información que recibe del personal de salud, el medio cultural y social de la misma obstaculiza que se lleve a cabo. El tiempo que dedican las puerperas a la lactancia materna es de 45 minutos en el 50.50% lo que muestra la efectividad de la educación brindada a las madres durante los cursos de preparación, saben que los beneficios totales de la leche materna se obtienen luego de lactar durante este tiempo. Este conocimiento fue obtenido durante los cursos de preparación para la maternidad y paternidad.

Se encontró que la reacción de los padres de la paciente frente al embarazo de su hija fue de aceptación por parte de la madre en un 57,9% y de un 36,9% por parte del padre

En el 100% de los casos hubo aceptación del embarazo lo que constituye un factor protector siendo que disminuyen sustancialmente las intenciones de realizar cualquier maniobra abortiva por parte de la gestante así como una mayor tendencia al cuidado tanto de su salud como la de su hijo. Así mismo, el recién nacido se desenvolverá en un ambiente de mayor armonía y unión familiar.

En un estudio realizado en la UNAB, en el 2005, en pacientes que consultaron al Hospital Local del Norte, en relación al aspecto

psicosocial de la adolescente gestante se encontró que el 75,4% dice tener buenas relaciones interpersonales con su pareja lo que se relaciona con los hallazgos en las pacientes en donde el 65% calificó la relación con su pareja como excelente y el 25% como buena. Igualmente se encontró que la reacción de los padres de la paciente frente al embarazo de su hija fue de aceptación por parte de la madre en un 57,9% y de un 36,9% por parte del padre lo que no concuerda con los resultados obtenidos en las visitas domiciliarias donde se presentó una aceptación del nuevo miembro en la familia en todos los casos.

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en la salud propia, la de su hijo, pareja, familia, ambiente y comunidad. Las adolescentes gestantes son consideradas como un grupo de riesgo y muestra, una elevada morbilidad y mortalidad materna, pero fundamentalmente infantil, por tanto su abordaje y comprensión, en todas las dimensiones (físicas, biológicas, psicológicas, sociales, culturales y educativas) requiere de un tratamiento global con el fin de dar soluciones integrales. Estas soluciones deben provenir desde los distintos sectores que conforman la sociedad en su conjunto, considerando a las familias y más importante, a la propia población adolescente.

Por tanto se hace necesario la continuidad y el apoyo a programas como el presentado en este artículo los cuales buscan no sólo el abordaje integral a la problemática de la gestación adolescente sino además dar contribuciones de tipo científico para posteriores estudios que mejoren dicha problemática.

BIBLIOGRAFIA

DANE. Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones de población. Estimaciones con base en el censo de 1993. Bogotá: Escala. 2004.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Boletín estadístico sectorial, Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2007.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Instituto Nacional de Salud, protocolo de Vigilancia de la Mortalidad Materna, Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2003.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA; Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna y perinatal en Colombia en los albores del siglo XXI. Bogotá D.C.: DANE; 2004.

GÓMEZ, Joaquin Guillermo y colaboradores. Evaluación de los programas de control prenatal para adolescentes en el Valle de Aburrá, 2003, IATREIA/VOL 17/No.3/septiembre/2004, 217 pág. <http://medicina.udea.edu.co/ojs/index.php/iatreia/article/viewFile/216/160>

BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2001, vol. 17, no. 6 pp.532-539.<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

GINESTRE, M., MARTINEZ, A., FERNANDEZ, M. *et al.* BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS: FRECUENCIA Y

FACTORES DE RIESGO. *Km*, dic. 2001, vol.29, no.2, p.171-183. ISSN 0075-5222.

GINESTRE, M y colaboradores, BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO, *Maracaibo dic.* 2001, http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?pid=S0075-52222001012000005&script=sci_arttext&tlng=es#2

ALTHABE, Fernando, CARROLI, Guillermo, LEDE, Roberto *et al.* El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 1999, vol. 5, no. 6 pp. 373-385.<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000500001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49891999000500001

BOJANINI, Juan Fernando y colaborador, Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Bogotá Apr./June 2004 Print ISSN 0034-7434 http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342004000200003&script=sci_arttext

DE MIGUEL, JR., CAVERO A., MONTERO, JJ., Toxoplasmosis: principales problemas en medicina materno-fetal. *Revista Actualidad Obstétrica Ginecológica* [online]. Vol. XIV, N° 1 Enero - Febrero 2002, pp. 45 <http://editorialmedica.com/Actual-En-Feb02-Trabajo.pdf>.

ORTIZ SERRANO, Ricardo, MD., BELTRAN AVENDAÑO, Mónica, MD. Modelo de Atención Prenatal de Bajo Riesgo. *Revista MedUnab* [online]. Vol. 8 No. 2 - Agosto 2005, pp. 106. http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTA/AMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA82/R82_RP_C1.PDF

MALLOL, Javier y colaboradores, Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, Santiago mar. 2007, http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100003&script=sci_arttext

BOLUMAR, F., FERRER, L., PEREZ HOYOS, S., Efecto del consumo moderado de alcohol durante el embarazo sobre el peso del recién nacido. *Revista medicina clínica* vol. 102 núm. 20. 1.994. pp. 765. <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/VOL102/M1022002.PDF>

RANGEL, José Luís., VALERIO, L., Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada, *Revista Facultad de Medicina UNAM*, Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004, pp. 24.

DIAZ, Angélica, SANHUEZA R, Pablo y YAKSIC B, Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2002, vol.67, no.6, p.481-487. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext&tln g=en

MONTERROSA, A., Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 42N° 3, Sep 1999, pp. 1. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/ia>

UNICEF, Progreso para la infancia, Indicadores sobre nutrición, Mayo, 2006. <http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index.html>

QUEZADA, Claudia y colaboradores, Prevalencia de lactancia materna y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Revista Medigraphic Artemisa, México, D. F.* Vol. 65, enero-febrero 2008, 22 Pág. <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi081e.pdf>.

QUEZADA, Claudia y colaboradores, Prevalencia de lactancia materna y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Revista Medigraphic Artemisa, México, D. F.* Vol. 65, enero-febrero 2008, 22 Pág. <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi081e.pdf>.

VI encuentro binacional del cuidado de enfermería

El pasado 4 y 5 de septiembre tuvo lugar en el salón Guillermo Ronderos del Hotel Bolívar el VI Encuentro Binacional del Cuidado, evento que contó con el aval de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Seccional Norte de Santander, y organizado por el Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, con el propósito de fortalecer el intercambio de experiencias de cuidado y la socialización de trabajos de investigación relacionado con el tema en los diferentes escenarios del ejercicio profesional.

Durante el desarrollo del evento, se presentaron un total de once conferencias por enfermeras participantes y procedentes de Venezuela y Colombia.

Dentro del Encuentro Binacional, se abordaron temas como:

* Manejo inicial del usuario con traumatismo craneoencefálico en la unidad de emergencia. Tema de gran importancia dado el número de usuarios que fallecen o quedan con secuelas irreversibles por causa de este evento.

* Fundamentación de la red Latinoamericana de cuidadores familiares: bases del estudio multicentrico evaluación del programa Cuidando a los Cuidadores.

La exposición ocupó el campo relacionado con la efectividad del programa para el desarrollo de habilidades de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en diferentes regiones de Colombia y en tres países de América Latina.

* Atributos de calidad de la atención de enfermería en el programa ampliado de inmunizaciones.

* Cuidar en la adversidad desde una perspectiva cultural: una posibilidad de construcción teórica y práctica en salud. Propuesta que resulta de procesos de construcción investigativos, teóricos y prácticos que buscan promover el cuidado de la salud de forma congruente con la cosmovisión de las personas, familias o grupos.

* Una experiencia de integración interdisciplinar en la aplicación de un modelo de enfermería.

Cabe resaltar la participación de las doctoras Alba Luz Lucero López de la Universidad Nacional de Colombia, Marina Sánchez Sanabria de la Universidad Popular del Cesar por Colombia, y, Elsa Josefina Vargas de la Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado, UCLA, de la República Bolivariana de Venezuela.

Como balance general del VI Encuentro Binacional del Cuidado de Enfermería, además de la calidad de las ponencias, trayectoria académica de las conferencistas y de la nutrida participación de asistentes, se destacó el establecimiento de vínculos con grupos de investigación de Venezuela, resultados en los cuales se prevé el desarrollo de futuros encuentros.



Fotos tomadas durante la realización del VI Encuentro Binacional del Cuidado de Enfermería

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.

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: _____

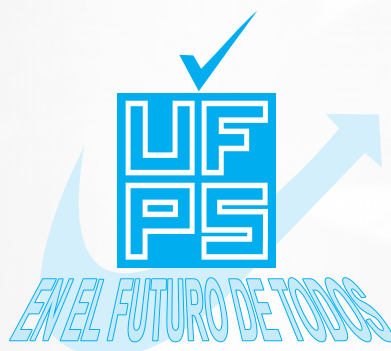
Ciudad: _____ País: _____

A.A: _____ Dirección Electrónica: _____

Dirección para envío: _____

Profesión: _____

Celular No. _____





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

