



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



**Volumen 3 - Número 3
Enero-Diciembre de 2006
ISSN 1794-9831**



REVISTA CIENCIA y CUIDADO



REVISTA CIENCIA Y CUIDADO

rcvcyc@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

Dianne Sofía González Escobar
María Mercedes Ramírez Ordóñez
Maribel Trujillo
Carlos Humberto Mora
Mauricio Sarrazola
Nohema Godoy Godoy
José Alexander Rubiano Pedroza

PRODUCCIÓN, DISEÑO EDITORIAL

Y GRAFICO

CODIGO PUBLICIDAD

FOTO PORTADA

Oleo elaborado por el doctor
MANUEL ANTONIO RUAN (Q.E.P.D)
donado a la Facultad Ciencias de la Salud año 1994

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 rcvcyc@motilon.ufps.edu.co

SUMARIO

Misión y Visión de la Facultad Ciencias de la Salud	4
EDITORIAL	5
SECCIÓN INVESTIGACIÓN	7
Valoración de la Sobrecarga en el cuidador del paciente con algún grado de dependencia, hospitalizado en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz entre octubre y noviembre del año 2005	7
Representaciones de los Jóvenes pioneros del proyecto Colombia respecto a la sexualidad y VIH SIDA, en el primer semestre del 2006	21
Detección de las complicaciones en los pacientes diabéticos que asisten a la Unidad Básica La Libertad, durante los meses de abril y mayo del año 2006	30
SECCIÓN PRÁCTICA CLÍNICA	37
El sentido humano entre enfermera y paciente	37
Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna perinatal durante la etapa gestacional	43
Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería	53
Teorías de enfermería para el abordaje del cuidado de personas en situación de enfermedad crónica	69
El profesional de enfermería frente a la problemática social de la población desplazada	83
El dolor y la hospitalización en el paciente pediátrico	96
La simulación clínica una experiencia para contar	112
SECCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	119
Una propuesta para lograr la acreditación en enfermería	119
Contexto socio político y legal que fundamentan la implementación de programas o Proyectos para el cuidado de la salud	127
Calidad o excelencia "Una preocupación de la Gerencia"	140
SECCIÓN TRABAJOS LIBRES	147
Más kilos de peso menos años por vivir	147
La sexualidad en la discapacidad funcional	156
SECCIÓN NUESTRA FACULTAD	163
IV Encuentro Binacional Cuidado de Enfermería	163
SECCIÓN MEMORIAS Y EVENTOS CIENTÍFICOS	164
Diplomado cuidado de enfermería en el abordaje del adulto en situación clínica de Urgencia	164
Normas de Publicación Revista Ciencia y Cuidado	165

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

MISION

Formar profesionales en salud de calidad técnica, científica y humanística, con actitud positiva hacia la educación continuada que garantice una optima atención en la promoción prevención, curación y rehabilitación. Se promoverá el pensamiento crítico y la creatividad que favorecerán la resolución de problemas de salud, mediante el planteamiento y desarrollo de proyectos de acuerdo al conocimiento del perfil sociodemográfico y epidemiológico del entorno regional y nacional, a través del aprovechamiento de recursos humanos tecnológicos y financieros

VISION

La Facultad Ciencias de la Salud, como parte de la Universidad propenderá por el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, la familia y la colectividad, a través de la optimización de los recursos, el mejoramiento como institución líder e idónea en el ámbito Regional y Nacional.

EDITORIAL

El proceso de profesionalización de la Enfermería en Colombia es un proceso relativamente joven, el siglo XX brindo los grandes avances de la profesión, en la memoria y escritos de los estudiosos de enfermería es frecuente vislumbrar los pilares marcados por la conceptualización Europea y la agremiación Norteamericana, descubiertos en esta época.

Teniendo en cuenta su dimensión de proceso es necesario analizarlo a través de la historia e identificar algunas características, como el nivel de educación formal, prestación de un servicio, la organización colegiada, el cuerpo de conocimientos y la tradición escrita, aportes de análisis brindados por la sociología.¹

Estudiar la **educación formal** marca los orígenes de la enfermería en Colombia, la historia recuerda los primeros cursos de vida esporádica creada por médicos con la necesidad de capacitar personal de apoyo a su labor diaria, mas adelante en los declives de la década de los 30 el giro hacia un programa diseñado y evolutivo dentro de los claustros universitarios, apoyado en docentes extranjeras o en profesionales formadas en Norteamérica, quienes planearon los destinos académicos de aquellos primeros cursos de auxiliares de enfermería.

El nivel Académico en los últimos 20 años ha ido creciendo y fortaleciendo la investigación en enfermería con la creación de maestrías, y hoy con pasos firmes existen varias opciones a nivel internacional y nacional con relación a nivel de Doctorados como respuesta a las necesidades de la sociedad.

La **práctica de enfermería** es otra característica de la profesionalización y está conformada por tres funciones básicas, que se realizan en dimensiones y ámbitos sociales diferentes, ellas son: cuidar la salud, administrar el cuidado de enfermería y los servicios de salud y educar para la salud, también se han considerado como funciones de la práctica de enfermería la investigación y la docencia.

La práctica de enfermería inició su camino en la especificación de las labores estipulando el exclusivo servicio directo a los enfermos y excluyendo los oficios en donde se corriera el riesgo de transportar infecciones a los mismos. Es claro que en la práctica la enfermería se ha ido posicionando y ha alcanzado espacio y jerarquía de vanguardia en los diferentes niveles prácticos y administrativos, incursionando en el quehacer diario de la sociedad a la par de otras profesiones con gran éxito y solvencia.

La **capacidad de Agremiación**, se constituye en una característica relevante por el impacto que genera, se ha dado a nivel internacional con asociaciones como ALADEFE en Colombia se observa desde 1935 con la Asociación de Enfermeras (ANEC), organización que ha ido forjando el camino

¹ GOMEZ, SERRANO.Consuelo, La profesionalización de la enfermería en Colombia, Mecanografiado en El arte y la ciencia del cuidado, Grupo Cuidado, Facultad de Enfermería ,Universidad Nacional de Colombia, 2002, pag 61-90.

que paso a paso ha brindado un gran soporte para la profesión. Este esfuerzo de agremiación debe tender hacia el futuro en crear tres nuevos campos, el primero la real agremiación en el ámbito regional con lineamientos nacionales claros, el segundo la unión como herramienta para todos los profesionales en búsqueda de estabilidad laboral y el tercero la unión para la formación de postgrado y la educación continua en nuestra profesión.²

Respecto a la característica **cuerpo de conocimiento** Villalobos plantea que en una disciplina como enfermería, el proceso de conocer requiere: "habilidad para identificar problemas básicos para la investigación en el campo respectivo, seleccionar los aspectos relacionados con las respuestas a los problemas y sobre todo para seleccionar metodologías de trabajo que aclaren el contenido de las respuestas y permitan aprender el manejo de aquello que es imposible responder".³

Ha tenido que pasar un siglo para ver publicado en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau que lleva por título "Interpersonal Relations in Nursing"(Marriner-Tomey, 1994). En este mismo año aparece la revista Nursing Research que se convierte en un órgano de difusión, de primer orden, de investigación. De gran relevancia para la profesión ha sido la aportación de Virginia Henderson con su definición, de la función propia de la enfermero(a), sobradamente conocida y adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería (Consejo Internacional de Enfermería, 1961). En estos años, la búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, ha llevado a diversas autoras a iniciar el estudio de lo que se ha dado en llamar Proceso de Atención de Enfermería, pero no es hasta 1953 cuando Vera Fray, enfermera norteamericana, quien utilizó el término Diagnóstico de Enfermería.⁴

El cuerpo de conocimientos tiene su preocupación al conceptualizar su naturaleza, su práctica y su modelo pedagógico para no tener dependencia directa con el paradigma de "curar", que ha aportado buena parte de lo que es hoy la practica diaria de enfermería, ligado estrechamente el quehacer de enfermería a las órdenes medicas, y dejando solo en las letras y las aulas todos los conceptos de cuidado, sin materializar este contenido, y muy alejados del análisis y proyección de la enfermería moderna.

Él último elemento es la **tradicción escrita** y este el punto menos desarrollado, y no por falta de interés, sino por algunos factores como la orientación de la formación profesional por muchos años soportada en las ciencias básicas medicas y cuyos textos han sido creados por médicos por ser un saber no propio, en el ámbito social donde la psicología ha dado su aporte, la investigación establecida por epidemiólogos o estadísticos, Por ello hasta épocas cercanas con el reconocimiento del conjunto de saberes, métodos, procesos y experiencias propias de enfermería se ha empezado a transmitir, con los inconvenientes propios de la inexperiencia literaria, los temores del mundo editorial y la limitada formación en el campo de la escritura de gran parte del colectivo.

² BAUTISTA RODRIGUEZ Luz Marina. Et-al. Situación de salud y desafíos para enfermería. Trabajo formativo Modulo Macro tendencias. Maestría Universidad nacional de Colombia. Cúcuta. 2003. Pág 22

³ DURAN DE VILLALOBOS, Maria Mercedes, Enfermería, desarrollo teorico e investigativo, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, proyecto Innovar, Bogota 2001, pag 26.

⁴ Francisca Hernández Martín y otros la enfermería en la historia. un análisis desde la perspectiva profesional Universidad Complutense de Madrid

**VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE
CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO
DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEUZ
ENTRE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL AÑO 2005.***

Johanna Gallo, Sonia Niyirhet Aguirre , Beatriz Adriana Fuentes**.

Y colaboradores*****

Director: Elizabeth Camaño Vera****

RESUMEN

Con el propósito de Valorar la Sobrecarga en el cuidador del paciente con algún grado de dependencia hospitalizado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), durante el periodo comprendido entre octubre a noviembre del año 2005 se desarrolló el presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 22 cuidadores de los pacientes con algún grado de dependencia atendidos en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz, de los cuales la muestra estuvo constituida por 13 cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión. En el cual se aplico el instrumento el índice de Barthel para la caracterización de los pacientes de acuerdo a la edad, sexo, diagnóstico médico, régimen de salud y valoración del grado de dependencia; así mismo se aplicó el instrumento escala de Zarit para la caracterización de los cuidadores de acuerdo a la edad, sexo, escolaridad, parentesco, estado laboral actual, horas del cuidado al día. Se observó que el perfil característico del paciente es una mujer de 46 años o más; vinculado y con diagnóstico médico de Lesión Ocupando Espacio (LOE) o Trauma Craneoencefalico (TCE). El nivel de dependencia más frecuente fue la dependencia total seguido por la dependencia grave. El cuidador es por lo regular, una mujer de 36 a 45 años, con algún grado de estudio, sin empleo actual que cuida más de seis horas diarias al paciente que por lo general es un familiar directo.

* Trabajo de investigación ganador en VII semestre. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06.

** Estudiantes de VII semestre del Programa de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander. Email johannagfl@hotmail.com, bafiros@hotmail.com.

*** Erica Paola Esteves Ginna Paola Ortegón, Paola Andrea Díaz.

**** Docente Catedrática, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Especialista en Enfermería Quirúrgica con Enfoque en Cuidado Intensivo, Universidad de Cartagena. Especialista en Atención de Emergencias y Desastres, Universidad Industrial de Santander. E-mail: elicaver@yahoo.es

PALABRAS CLAVES: Sobrecarga, cuidador.

SUMMARY

With the purpose of Valuing the Overload in the patient's caretaker with some dependence grade hospitalized in the service of neurosurgery of the University Hospital Erasmo Meoz, during the period understood among October to November of the year 2005 the present study of quantitative, descriptive type it was developed and of traverse court. The study population was constituted by the patients' 22 caretakers with some dependence grade assisted in the service of neurosurgery of the University Hospital Erasmo Meoz, of which the sample was constituted by 13 caretakers that fulfilled the inclusion approaches. In which you applies the instrument the index of Barthel for the characterization of the patients according to the Age, Sex, I Diagnose I prescribe, Régime of health and for the valuation of the dependence grade; likewise you applies the instrument scale of Zarit for the characterization of the caretakers of agreement age, sex, Study, relationship, current labor state, hours of the care a day and for the valuation of the caretaker's overload as for physical Level, psychic Level, Level social activities, economic level. One observes that the patient's characteristic profile is a 46 year-old woman or more; linked and with medical diagnosis of it LAUDS or TCE. The level of more frequent dependence was the total dependence continued by the serious dependence. The caretaker is as a rule, a woman of 36 to 45 years, with some study grade, without current employment that he takes care more than six daily hours to the patient that in general is a direct relative.

KEY WORDS: It overloads, caretaker.

INTRODUCCION

Los estados de dependencia son una de las consecuencias más graves de diferentes entidades como trauma craneoencefálico, trauma raquimedular, rotura de aneurisma, hemorragias intra craneanas y tumores, entre otros las cuales deben ser tratadas como una emergencia debido a que pone en peligro la vida del paciente, pero en la mayoría de los casos dejan secuelas que limitan la realización de las actividades cotidianas. La dependencia somete a la persona y a su núcleo familiar a severas modificaciones, no solo en el ámbito socioeconómico, sino también en el desempeño de los roles de cada uno de ellos ya que la persona enferma requiere de mayor disponibilidad de cuidados,

especialmente durante la fase aguda de hospitalización donde se requiere de la presencia del cuidador en el hospital intentando suplir las necesidades básicas del paciente, para lo cual debe interrumpir sus actividades familiares, laborales y sociales.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población de estudio estuvo constituida por 22 cuidadores de los pacientes con algún grado de dependencia atendidos en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz, de los cuales la muestra estuvo constituida por 13 cuidadores.

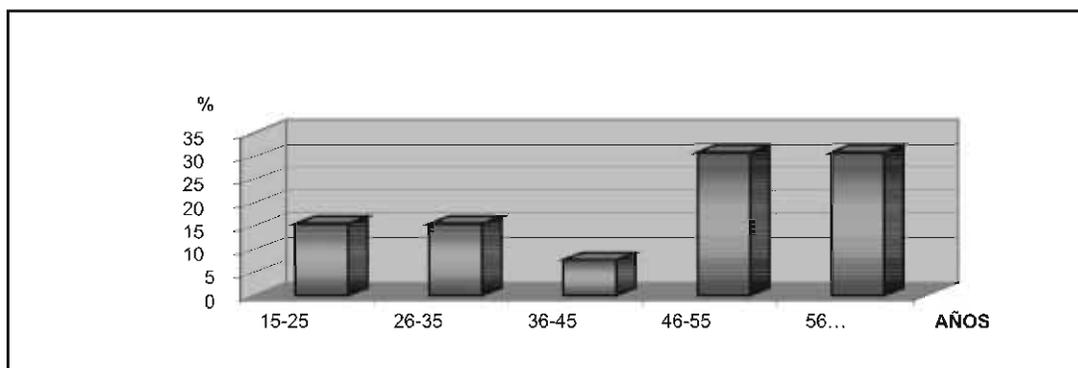
Las investigadoras aplicaron como instrumento el Índice de Barthel (IB), este es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD). El otro instrumento aplicado fue la escala de carga de Zarit; es autoaplicable de 21 ítems, los cuales son expresiones que reflejan sentimientos que son habituales en quienes cuidan de otras personas, es decir, que exploran los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

La información se tabulo en forma manual y para su análisis se aplico la estadística descriptiva como porcentajes representados en tablas, así mismo se realizo cruce de variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

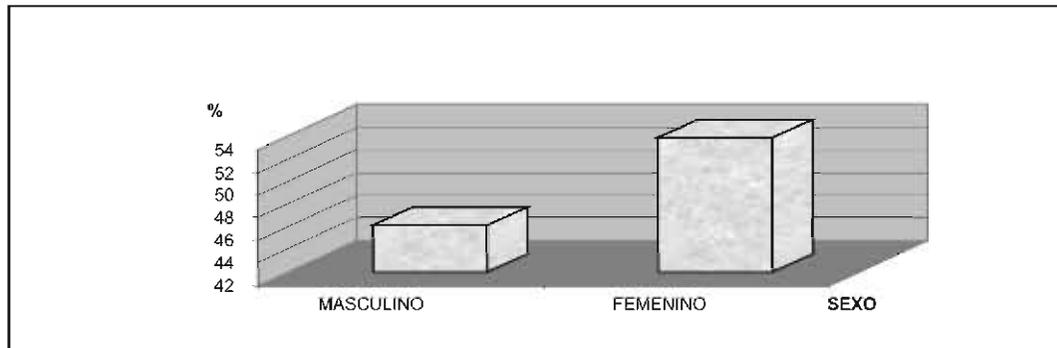
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

Gráfica N° 1 - DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES



Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

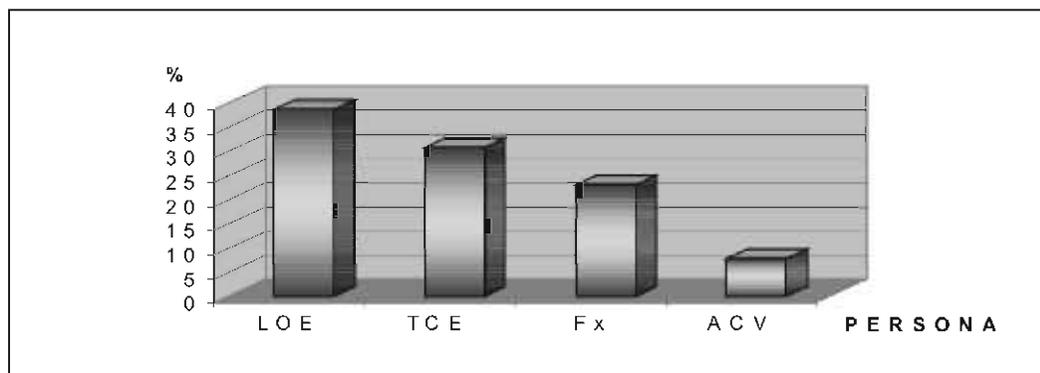
Gráfica N° 2 - DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO



Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

En relación a los resultados obtenidos acerca del sexo y la edad de los pacientes de la presente investigación, se estableció que el 53.85% pertenecen al sexo femenino con una media de edad de 46 años o más, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en el estudio realizado en el Hospital J.M Ramos Mejía en el año 2004⁵ donde se encontró que el 51% de los pacientes eran mujeres con una media de edad de 59.3 años, demostrando que la persona se encuentra en la etapa de adulto medio o maduro durante la cual, tiene la capacidad de brindar cuidado y facilitar el desarrollo de nuevas generaciones, situación que se torna compleja debido a las limitaciones, incapacidades y demanda de apoyo, sumado a que en la mayoría de los casos la persona ya ha formado un hogar y por tanto trae consigo cambios importantes a nivel familiar.

Gráfica N° 3 - DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DIAGNOSTICO MEDICO

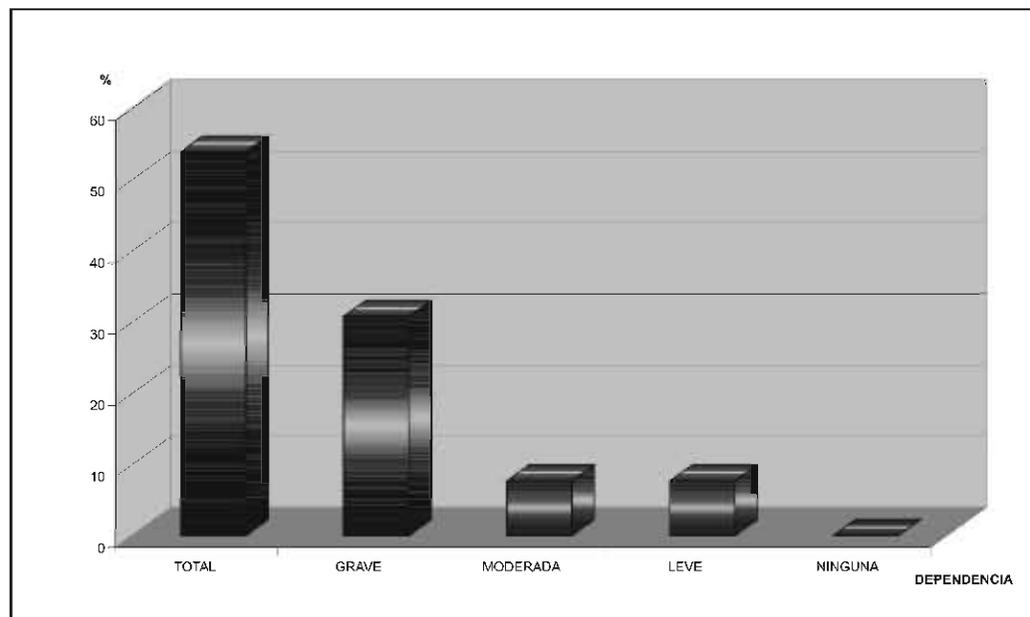


Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

⁵ Revista Española de Neuropsiquiatría Hospital J.M. Ramos Mejía. 2004 vol. XX 127-135 p.

En la presente investigación se determinó que los diagnósticos médicos más frecuentes son Lesión Ocupando Espacio (LOE) y Trauma Craneoencefalico (TCE) de cualquier severidad con un 69.23 % lo cual se relaciona con las estadísticas de morbilidad en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz⁶.

Gráfica N° 4 - DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA



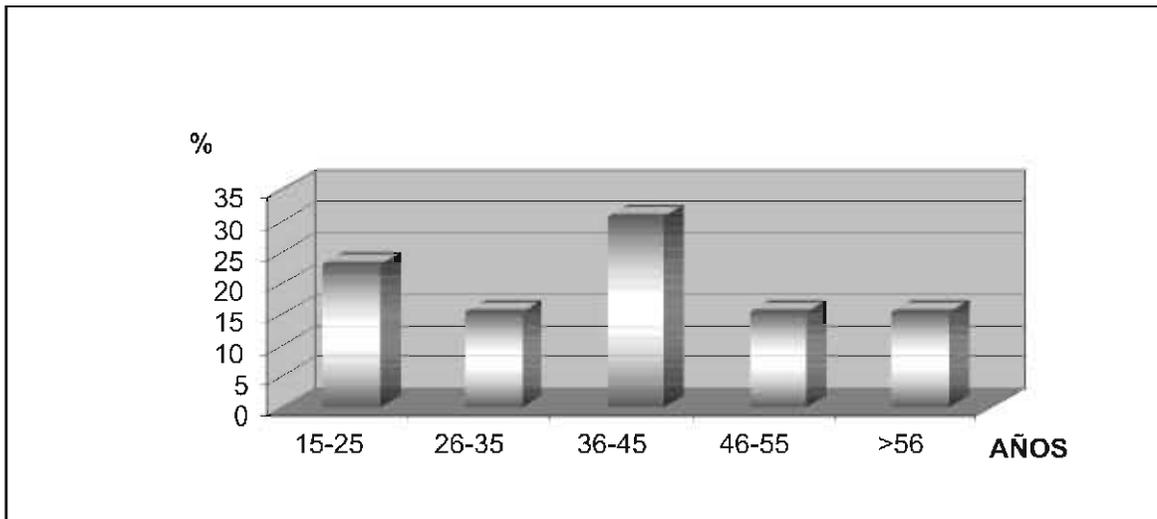
Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

En relación al nivel de dependencia se estableció que el 84.62% de los pacientes presentan una dependencia total o grave, resultado similar al reportado por Yanguas y colaboradores⁷ (2002) quienes determinaron que éste es un aspecto que influye en el grado de presión percibido por el cuidador, de tal manera que el nivel de sobrecarga percibida será mayor en aquellos casos en los que el paciente tenga una alta dependencia en la realización de las actividades de la vida cotidiana.

⁶ HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ. Estadística de hospitalización Cúcuta: sn. 2005. 3-5p.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR

Gráfica N° 5 - DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CUIDADORES SEGÚN EDAD

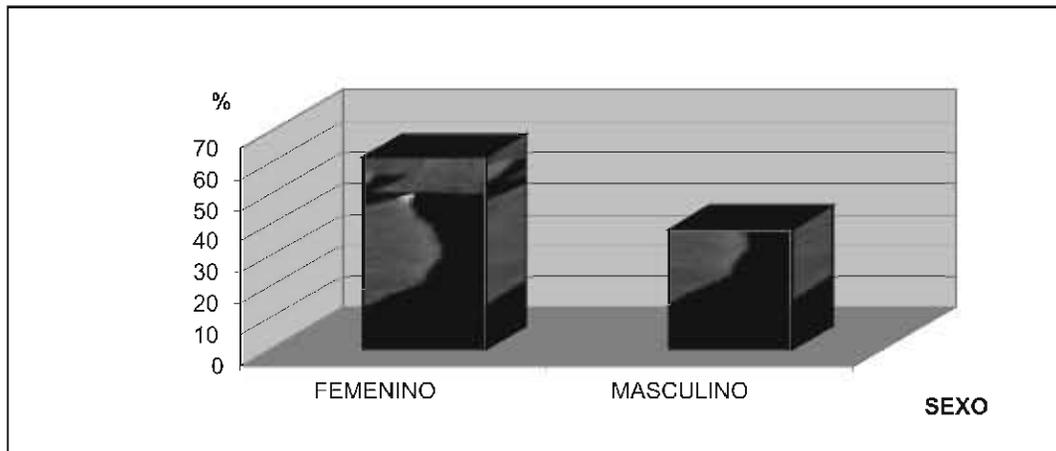


Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

Al caracterizar a los cuidadores en relación a la edad se encontró que la más representativa es de 36 a 45 años con un 30.76% período en el cual el individuo es altamente productivo contando con responsabilidades laborales y la realización del proyecto de vida que deben postergarse debido a la demanda de cuidado por parte del familiar, para la cual no están preparados. Igualmente se encuentra cifras significativas en edades mayores a 56 años con un 15.38% etapa donde comienzan los cambios geriátricos que unidos al esfuerzo físico que genera la proporción del cuidado, afectan de manera significativa su estado de salud.

⁷ YANGUAS DE LA FUENTE, Diana. Aspectos psicosociales del cuidador. Febrero 2002 [citado septiembre 2005] disponible en Internet: http://www.fuden.es/originales_detallefin?ID_ORIGINAL=85&filainicio=1/

Gráfica N° 6 - DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADORES SEGÚN SEXO



Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

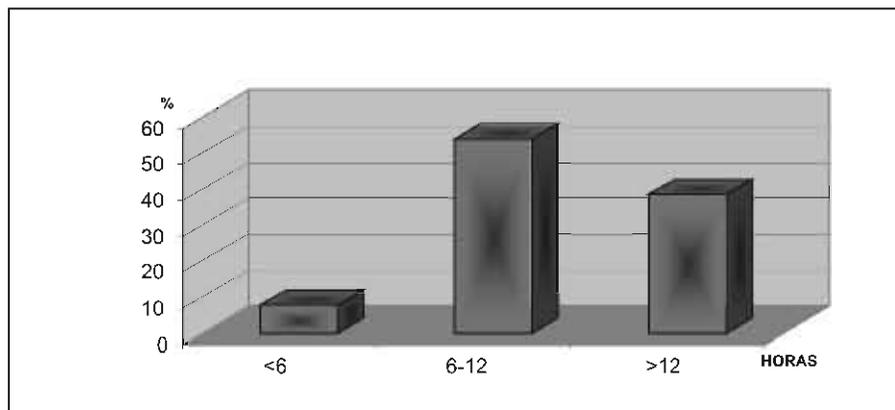
Según la literatura, el género femenino por ser más paciente y voluntarioso ha asumido el rol de cuidar la salud de su familia, es decir, se favorece la concepción de que la mujer cuenta con las características innatas para la proporción del cuidado; premisa que se justifica en estudios como el presente donde el 61.64% de los cuidadores son mujeres.

Al estudiar el nivel de escolaridad de los cuidadores se encontró que el 84.62% tienen algún grado de escolaridad, lo cual se considera un aspecto de gran importancia debido a que facilita la comprensión de la enfermedad, las medidas terapéuticas, como también el acceso a las fuentes de apoyo e información y por ende favorece el manejo terapéutico del familiar.

Los cuidadores objeto del presente estudio en su gran mayoría con el 61.54% no poseen responsabilidad laboral, lo cual se observa como un aspecto positivo ya que aquellos que tienen un trabajo estable se enfrentan a un constante conflicto en la toma de sus decisiones en relación a elegir entre su trabajo y el cuidado a proporcionar.

El parentesco existente entre el cuidador y el enfermo es un importante factor que influye en gran medida en la experiencia del cuidado, situación que según la literatura corresponde en la mayoría de los casos a los hijos, seguido del cónyuge y otros familiares; aspecto similar al encontrado en el presente estudio en el que los cuidadores son hijos con 30.76% seguido por el cónyuge con el 23.1% y confirmado por el estudio realizado en el hospital JM Mejía en donde el 67% era familiar directo del enfermo.

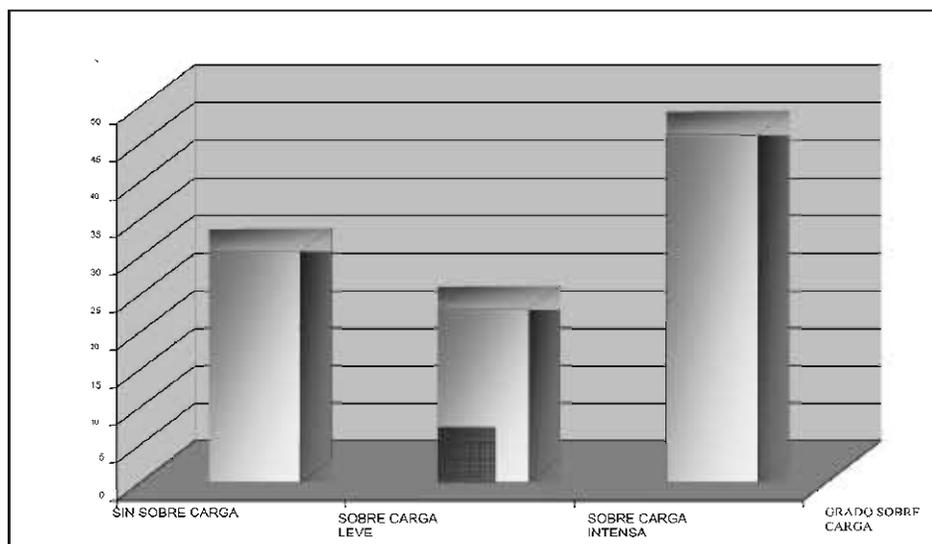
Gráfica N° 7 - DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADORES SEGÚN HORAS DE CUIDADO AL DÍA



Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

El tiempo que el cuidador dedica a su familiar enfermo depende de la ayuda y colaboración que otros miembros de la familia presten, es decir aquellos que dedican 6 ó menos horas al cuidado obtienen más ayuda de sus familiares, y aquellos que dedican entre 6 y 12 horas al cuidado reciban ayuda en una menor proporción por lo tanto aquellos que dedican mas de 12 horas al cuidado de su familiar reciben un mínimo apoyo del resto de la familia. Estas últimas situaciones representan el panorama del presente estudio con el 92.3%

Gráfica N° 8 - DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADORES SEGÚN LA SOBRECARGA LABORAL



Fuente: Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del HUEM.

Numerosos estudios afirman que el realizar cuidados a personas con problemas de salud supone un impacto directo sobre el bienestar físico, psicológico y social del cuidador. Lo anterior se refleja en los resultados del presente estudio, al encontrarse que el 69,24% de los cuidadores presentan algún grado de sobrecarga, resultando que de estos el 46,15% presentan sobrecarga intensa, presentando niveles de sobrecarga más altos que los encontrados en otros estudios como el del Hospital J.M. Ramos Mejía en donde el 55,51% de los cuidadores experimentaban algún grado de sobrecarga.⁹

Tabla N° 1: distribución de los cuidadores según nivel de sobrecarga experimentado en cada una de las dimensiones

<i>ITEM</i>		<i>NUNCA</i>	<i>RARAS VECES</i>	<i>ALGUNAS VECES</i>	<i>BASTANTES VECES</i>	<i>SIEMPRE</i>	<i>3 Y 4</i>
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda que de la que realmente necesita?	46,15%	-	38,46%	-	15,38%	15,38%
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	46,15%	7,7%	15,38%	7,7%	23,07%	30,77%
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender otras responsabilidades?	15,38%	7,7%	15,38%	23,07%	38,46%	61,53%
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	84,61%	15,39%	-	-	-	-
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	38,46%	7,7%	46,14%	7,7%	-	7,7%
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	23,07%	-	23,07%	7,7%	46,15%	53,85%
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	-	-	15,38%	7,7%	76,92%	84,62%
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	30,76%	15,39%	15,39%	30,76%	7,7%	38,46%
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	38,46%	-	7,7%	7,7%	46,15%	53,85%
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	7,7%	38,46%	38,46%	1,7%	7,7%	15,4%

⁹ Revista Española de Neuropsiquiatría Hospital J.M. Ramos Mejía. 2004 vol. XX 127-135 p.

11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar?	53,84%	-	30,76%	7,7%	7,7%	15,4%
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	76,92%	-	15,38%	7,7%	-	7,7%
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona?	7,7%	23,07%	30,76%	-	38,46%	38,46%
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	7,7%	-	30,76%	30,76%	30,76%	61,52%
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	38,46%	-	7,7%	38,46%	15,38%	53,84%
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	38,46%	-	30,76%	23,07%	7,7%	30,77%
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	7,7%	23,07%	7,7%	46,15%	15,38%	61,53%
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	7,7%	53,84%	30,76%	-	7,7%	7,7%
19	¿Siente que debería hacer más de que hace por su familiar?	15,38%	23,07%	7,7%	7,7%	46,15%	53,84%
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	7,7%	-	23,01%	30,76%	38,46%	69,22%
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	30,76%	7,7%	7,7%	23,07%	30,76%	53,83%

Fuente: Índice de Barthel

En la presente tabla se muestra la distribución de los cuidadores según nivel de sobrecarga experimentado en cada una de las dimensiones físicas, psíquico, actividades sociales y recursos económicos; al compararlos se puede observar que la dimensión más comprometida en los cuidadores según puntaje de sobrecarga intensa es el nivel de recursos económicos con un 92.3%, seguido por el nivel físico con un 53.85% continuando con los niveles psíquico y actividades sociales con un 30,76% y 7,7% respectivamente.

En cuanto al nivel físico se encontró que el 100% de los cuidadores experimentan algún grado de sobrecarga de los cuales el 53,85% presentan sobrecarga intensa; esta sobrecarga es debido a que los cuidadores consideran que bastantes veces o siempre el

paciente depende de él (84.62%); se sienten agotados al cuidar al paciente y atender otras responsabilidades (61.53%), y que sienten que debido al cuidado, su salud se ha afectado (53,85%); estos datos concuerdan con múltiples estudios que han detectado efectos negativos sobre la salud física como agotamiento físico, problemas osteomusculares, cardiovasculares, entre otros (Cortés y Cols.1999 Paraguay)¹⁰, no obstante, el grado de sobrecarga experimentado por la población objeto de estudio es superior a lo encontrado por el Centro de Investigaciones Sociológicas CIS (Argullo, 2002) en donde el 36.6 % de los cuidadores manifestaron percibir un deterioramiento en su salud¹¹. Por lo tanto, el hecho de cuidar a otras personas tiene efectos directos sobre la salud del cuidador.

A nivel psíquico se encontró que el 92.3% de los cuidadores experimentaron algún grado de sobrecarga de los cuales el 61.54%, corresponde a aquellos cuidadores con sobrecarga leve y el 30.76% a aquellos con sobrecarga intensa. La sobrecarga psíquica de los cuidadores se debe a que el cuidador siente bastantes veces o casi siempre temor por el futuro que le espera a su familiar (53.85%), se siente agotado cuando está junto al paciente (38.46%) y cree que el paciente espera que solo él lo cuide; lo anterior concuerda con los datos obtenidos por Cortés y Cols. ya que según ellos, los cuidadores sufren repercusiones a nivel psíquico o emocional debido a sentimientos de soledad, ansiedad, nerviosismo, baja autoestima y estados depresivos; que según su estado se llegó a presentar en más de un 50% de los cuidadores.

A nivel de actividades sociales que el 76.9% de los cuidadores presentan algún nivel de sobrecarga y de éstos, el 69.2% presentan sobrecarga leve. Según la distribución por frecuencia de respuestas por ítem, estos niveles de sobrecarga se deben a que raras veces o algunas veces piensan que la situación del paciente afecta de manera negativa a sus relaciones sociales (53.84%) y que no tienen la vida privada que desearían (76.92%). En la población objeto de estudio se encuentran niveles de sobrecarga más baja a lo referido en otros estudios como en el de los doctores Tomas, Moreno y Martín (2003) en donde se determinó que el acto de cuidar tiene un impacto directo en las actividades sociales de los cuidadores, lo que favorece el aislamiento social. Lo anterior se puede relacionar con la presencia de una fuente de apoyo sólida que facilite la interacción social del cuidador. En cuanto a los recursos económicos se encontró que el 92.3% de los cuidadores experimentan sobrecarga intensa, refiriendo bastantes veces o siempre que creen que

¹⁰ CORTES, Mauricio y colaboradores. Efectos el cuidado en la salud. Febrero 1999 [citado septiembre 2005]. Disponible en Internet: http://www.itlp.edu.pa./publica/tutriales/procesoadmvo/team3_1.htm.

¹¹ CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. Cuidado. Marzo 2003 [citado septiembre 2005]. Disponible en Internet: <http://www.juntadeandalucia/investigación.es>

podrían cuidar mejor a su familiar (69.22%), que no disponen del dinero suficiente para cubrir los gastos del paciente (61.52%), que se sienten incapaces de cuidarlo por más tiempo y que deberían hacer más por su familiar (53.84 respectivamente). Estos datos son superiores a los resultados obtenidos por el CIS en donde solo el 34.7% de los cuidadores tuvieron costos económicos, por la realización de los cuidados.

Como se ha podido observar, el cuidado tiene repercusiones globales en el bienestar del cuidador, las cuales necesitan una intervención inmediata para así poder lograr el máximo bienestar tanto en el cuidador como en el paciente, permitiendo así garantizar un equilibrio en la prestación de los cuidados en el hogar.

Tabla N° 2 Nivel de Sobrecarga VS. Nivel de Dependencia

Nivel de sobre carga dependencia	Sin sobre carga		Sobre carga Leve		Sobre carga Intensa		Total
	Fr	tasa x 10	Fr	tasa x 10	Fr	tasa x 10	
Total	1	1,25	3	3,75	4	5	8
Grave	2	6,6			1	3,33	3
Moderada	1	10					1
Leve					1	10	1
Ninguna							
Total	4		3		6		13

Fuente: escala de carga de Zarit

Al realizar un análisis horizontal, se puede observar que a mayor dependencia se incrementa el nivel de sobrecarga, reafirmando lo señalado por Yanguas y Cols. (2002) "Otro aspecto que llega a influenciar el grado de presión percibido por parte del cuidador, es el nivel de dependencia de la persona a cuidar, siendo mucho mayor el nivel de sobrecarga percibida por aquellos cuidadores con una alta dependencia instrumental".¹² En la tabla se puede observar una situación especial, un cuidador de un

12 YANGUAS DE LA FUENTE, Diana. Aspectos psicosociales del cuidador. Febrero 2002 [citado septiembre 2005] disponible en Internet: http://www.fuden.es/originales_detalleafin?ID_ORIGINAL=85&filainicio=1/

paciente con discapacidad leve que refiere una sobrecarga intensa, según la literatura, esta relación es posible ya que en la trayectoria bimodal a la sobrecarga presenta dos puntos críticos, uno al inicio de la enfermedad, como es el presente caso y otro en el estadio final cuando se preparan para la muerte; según esta trayectoria el cuidador y la familia realizan una acomodación al proceso de cuidado poco después del diagnóstico y en este caso el paciente tenía dos días hospitalizado a causa de un proceso traumático.

Al constatar la relación que existe entre el nivel de dependencia y nivel de sobrecarga se puede suponer que a futuro los cuidadores podrían ser absorbidos plenamente en el papel del cuidado, llegando incluso a considerarse como imprescindibles para el bienestar del paciente, lo que dificultaría el uso de redes sociales, aumentando aún más su nivel de sobrecarga.

CONCLUSIONES

- En el estudio realizado se pudo observar que el perfil característico del paciente es una mujer de 46 años o más; vinculado y con diagnóstico médico de Lesión Ocupando Espacio LOE o Trauma Craneoencefalico TCE. El nivel de dependencia más frecuente fue la dependencia total seguido por la dependencia grave.
- El cuidador es por lo regular, una mujer de 36 a 45 años, con algún grado de estudio, sin empleo actual que cuida más de seis horas diarias al paciente que por lo general es un familiar directo.
- El estudio reveló que cerca de dos terceras partes de los cuidadores presentaron algún nivel de sobrecarga siendo representativo que la totalidad de los cuidadores presentaron sobrecarga física, además la sobrecarga económica fue cualificada por los cuidadores como intensa a excepción de uno que no refiere sobrecarga.
- Al realizar la relación de variables (nivel de sobrecarga vs nivel de dependencia) se reafirma que el nivel de sobrecarga es directamente proporcional al nivel de dependencia en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS. Cuidado. Marzo 2003 [citado septiembre 2005]. Disponible en Internet: <http://www.juntadeandalucia/investigación.es>

CORTES, Mauricio y colaboradores. Efectos el cuidado en la salud. Febrero 1999 [citado septiembre 2005]. Disponible en Internet: http://www.itlp.edu.pa./publica/tutriales/procesoadmvo/team3_1.htm.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ. Estadística de hospitalización Cúcuta: sn. 2005. 3-5p.

Revista Española de Neuropsiquiatria Hospital J.M. Ramos Mejia. 2004 vol. XX 127-135 p.

YANGUAS DE LA FUENTE, Diana. Aspectos psicosociales del cuidador. Febrero 2002 [citado septiembre 2005] disponible en Internet: <http://www.fuden.es/originales>

REPRESENTACIONES DE LOS JÓVENES PIONEROS DEL PROYECTO COLOMBIA RESPECTO A LA SEXUALIDAD Y VIH SIDA, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2006*

Maryory Lisbeth Ortega Contreras, Trina Minerva Márquez, Estrella Arlene López**
Y Colaboradores***

Director: Alix Bohorquez de Figueroa****

RESUMEN

Con la presente investigación se pretendió identificar las representaciones de los jóvenes del proyecto Colombia. Como son las conductas de estos en sus prácticas; sus conocimientos frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA y la forma de protección para esta enfermedad, con el fin de aportar valiosos y nuevos conocimientos para el desarrollo y la orientación de este proyecto. La investigación propuesta se realiza mediante una investigación de tipo cualitativo etnográfico, basada en la observación y descripción del contexto cultural de la población, de esta población se escogieron 9 jóvenes pertenecientes a la barra del indio del Cúcuta deportivo.

Para alcanzar los objetivos planteados se empleó como instrumento base para la recolección de la información la entrevista a profundidad, estas fueron realizadas individualmente a través de dos encuentros en su entorno, de esta forma se logró identificar que los jóvenes tenían información general respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA, sobre sus características, medios de protección, aunque tenían poca información sobre los medios de contagio; también se identificó que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 14.2 años

* Trabajo de investigación ganador en IV semestre. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06.

** Estudiantes de IV semestre, Universidad Francisco de Paula Santander, Facultad Ciencias de la Salud Programa de Enfermería, dianitac_2@yahoo.com, flalimarpa@hotmail.com.

*** Juliana Bautista, Diana Carolina Silva Sánchez, Angélica María Jácome, Flor Alicia Martínez Palencia, Deisy Johanna Vega, Carlos Fernando Pérez Delgado

**** Docente Jubilada, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Magister en Salud Pública. Especialista en Gestión y Desarrollo proyectos de Investigación. E-mail: azbohorq@bari.ufps.edu.co

PALABRAS CLAVES: Pensamiento social. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Virus de inmunodeficiencia humana, Anticonceptivos, Condones.

SUMMARY

With the present investigation it was sought to identify the representations of the youths of the project Colombia. As they are the behaviors of these in their you practice; their knowledge in front of the HIV / AIDS and the protection form for this illness, with the purpose of contributing valuable and new knowledge for the development and the orientation of this project. The proposed investigation is carried out by means of an investigation of type qualitative ethnographic, based on the observation and description of the population's cultural context, of this population 9 youths belonging to the bar of the Indian of the sport Cúcuta were chosen.

To reach the outlined objectives you employment like instrument bases for the gathering of the information the interview to depth, these they were carried out individually through two encounters in its environment, this way you achievement to identify that the youths had general information concerning the HIV / AIDS, on their characteristics, protection means, although they had little information on the infection means; you also identifies that the age average of beginning of the sexual relationships was of 14.2 years

KEY WORDS: Social thought, Syndrome of acquired inmunodeficiency, virus of human inmunodeficiency, contraceptives, condoms

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la prevalencia e incidencia de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH SIDA, e Infecciones de Transmisión Sexual ITS, se vio la necesidad de indagar acerca de las representaciones de los jóvenes al SIDA y a la sexualidad, conociendo a nivel mundial que esta tasa de infección entre los jóvenes esta aumentando rápidamente encontrándose que el 67% de los individuos infectados son jóvenes de 15 a 24 años, este riesgo creciente resulta especialmente manifiesto en las mujeres jóvenes y adolescentes que constituyen el 64% de los jóvenes de los países en vía de desarrollo, aunque Colombia no esta exenta de esta preocupante situación se ubica en el cuarto lugar en América Latina, entre los países que más reportan casos de VIH/SIDA.

La mayoría de los jóvenes han iniciado su vida sexual tempranamente, se observa con frecuencia adolescentes embarazadas, en estudiantes jóvenes se ve promiscuidad y mucha ausencia de valores, así como comportamientos sexuales irresponsables.

En base a esta problemática el proyecto Colombia busca promocionar y educar sobre una vida sexual activa segura y sana, tratar y prevenir el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y asegurar que las decisiones que tomen los jóvenes en cuanto a la reproducción hayan sido responsables e informadas, garantizando la intimidad y confidencialidad.

El propósito de este proyecto se basó en identificar el nivel de conocimiento, conductas y medios de protección, a través de las representaciones de los jóvenes para lograr como objetivo final la sensibilización de estos llevándolos a participar en el proyecto Colombia, además de incrementar la accesibilidad a los servicios que este presta a todos los jóvenes de la Comuna y adquirir conciencia de una vida sexual sana y responsable en pro de una adultez saludable

MATERIALES Y MÉTODOS

En la siguiente investigación se eligió un diseño cualitativo etnográfico, el cual permitirá examinar de manera global los hábitos, conductas, creencias y opiniones del individuo o grupos de la vida real; ya que consta de materiales narrativos basados en observaciones y charlas del investigador con los sujetos de estudio o en documentación disponibles.

El tipo de entrevista utilizado para esta investigación fue la entrevista a profundidad. Con este tipo de entrevista se trata de conocer la opinión de la población sobre una determinada problemática social, en este caso los conocimientos del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA y las prácticas sexuales. Consiste en una entrevista abierta semiestructurada por temas, que no necesariamente han de seguir una secuencia previamente fijada. La secuencia se encuentra condicionada por las respuestas de la persona entrevistada. Las preguntas se formulan siguiendo los enunciados de los objetivos específicos del estudio (cómo, dónde, quién, por qué, para qué, cuántos, cuál, etc.) para que, al contrario de lo que acontece con las preguntas formuladas mediante cuestionario cerrado y precodificado, pueda propiciarse el flujo discursivo de la persona entrevistada. Para contactar este tipo de entrevista se informa de la investigación que se está realizando. Se solicita día y hora para realizar la entrevista y se informa de la duración aproximada de la misma

Al igual que las sesiones de grupo, las entrevistas a profundidad son una forma no

estructurada e indirecta de obtener información, pero a diferencia de las sesiones de grupo, las entrevistas profundas se realizan con una sola persona. Este tipo de técnica en la investigación puede tener una duración de 30 minutos, hasta más de una hora, dependiendo del tema y la dinámica de entrevista.

Para ello se requiere la habilidad de un entrevistador que provoque un ambiente de confianza con el entrevistado a fin de que hable con libertad de sus actitudes, creencias, sentimientos y emociones. Dentro de una entrevista profunda es posible combinar técnicas proyectivas a fin de profundizar en algún tema o de obtener respuestas que muchas veces el entrevistado no está dispuesto en forma racional y espontánea a proporcionar.

Para llevar a cabo esta entrevista y lograr la recolección de la información obtenida fue necesaria la socialización de los entrevistadores con los entrevistados en donde se tomó como punto de referencia la afición que tienen los jóvenes por el Cúcuta Deportivo donde se intercambiaron diferentes opiniones y formas de pensar mientras se compartía un refrigerio. La información se encuentra almacenada en cintas como evidencia de las entrevistas realizadas

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores individualmente a través de dos encuentros en los sitios a los cuales ellos comúnmente asisten (café Internet, cancha, video juegos) en horas de la tarde y noche según sus necesidades y actividades. A cada investigador se le asignó un entrevistado que de manera voluntaria accedió a participar en el desarrollo de la investigación

PREGUNTAS CENTRALES DEL ESTUDIO

- a. Qué es el SIDA para usted
- b. ¿Cómo cree usted que se adquiere el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH / SIDA?
- c. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
- e. ¿Cómo se protege en sus relaciones sexuales?
- f. ¿Qué otros métodos conoce para protegerse del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/ SIDA aparte del condón?
- h. ¿Cómo conoció esta información?
- i. ¿Está interesado en conformar un grupo de jóvenes que integren el proyecto Colombia? ¿Por qué le gustaría formar parte de este grupo?
- j. ¿Se haría una prueba diagnóstica para Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA? ¿Por qué le gustaría hacérsela o porque no se la haría?

RESULTADOS

CONDUCTAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES

De acuerdo con las conductas que tienen los jóvenes respecto a sus prácticas sexuales, se encuentra en términos descriptivos lo siguiente: la población muestra esta conformada en su totalidad por el género masculino, de los cuales el 87,5% refieren haber tenido relaciones sexuales y el 12,5% refirió no haber tenido. De acuerdo con esto, la moda de inicio de la vida sexual activa en jóvenes hombres es de 14,5 años y con una media de 14,2 años; este resultado fue por la curiosidad de conocer y experimentar lo que se siente en ese momento. Del otro se encuentra un joven quien refiere no haber tenido relaciones sexuales, situación de la que su familia y el colegio han influido a que aún permanezca dentro de la mínima población virgen. En comparación con una investigación realizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas al respecto de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS/VIH-SIDA en la comunidad de la Universidad Francisco de Paula Santander, en el primer semestre del 2005 la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 16.7 años con una desviación estándar de 2.9 años (16 masculino-17.4 femenino) esto indica que la población tiende a iniciar su vida sexuales la época de la adolescencia¹.

Tomando el total de hombres que ya empezaron a tener relaciones sexuales un 43% dice haber tenido esta experiencia en una relación de noviazgo, un 28% refiere que vivieron este momento con una prima, el 14% comentó que fue con una amiga y el otro 14% con una persona mayor que él.

En conclusión la primera vez fue en el 100% con una persona conocida. En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales el total de la población sexualmente activa se distribuyo en 3 rangos: pocas (una vez al mes), regulares (Una o dos veces por mes) y frecuentes (tres o mas veces por mes). Un 28% de la muestra se ubica en el rango de pocas y regulares y un 14% se ubica en frecuentes. Unido a esto se encuentra que el 12,5% actualmente no tiene relaciones sexuales.

De acuerdo a estos resultados el promedio de parejas sexuales aproximada desde el momento que iniciaron su vida sexual activa es de 3 parejas; donde el 28% refirió haber

¹ VEGA, Braulio y colaboradores. Conocimientos, actitudes y practicas con respecto al VIH-SIDA/ITS tiene la comunidad de la Universidad Francisco de Paula Santander de la ciudad de Cúcuta, en el primer semestre del 1995. San José de Cúcuta U.F.R.S, 1995. Pág. 45.

tenido 5 parejas sexuales en su vida y un 42% de 3 personas y llama la atención que el 14% refiere hasta 10 personas. El restante 16% no refiere tener relaciones sexuales actualmente. A pesar de estos resultados, la novia esta en el primer lugar como aquella persona con la que tendrían relaciones sin temor a nada, ya que comentan conocerla y lo más importante es el afecto que le tienen lo cual es lo más especial en ese momento. Uno de ellos cita algunas características de aquella mujer con la cual si tendría relaciones sexuales, y aclara la importancia que tiene conocerla "Una persona sincera que yo la conozca y a su historial sexual, porque si uno se acuesta con cualquier vieja que se le presente a uno, y uno no sabe con que personas halla estado entonces hay que tener en cuenta el riesgo que se corre".

Los grupos de alto riesgo para los jóvenes siguen siendo aquellas personas que practican la prostitución o como ellos las llaman las tales, seguido de los homosexuales. Estas características fueron clasificadas como altamente riesgosas y por ende con estas personas se abstendrían de tener relaciones sexuales. Otros elementos que se presentaron fueron con personas que no se cuidan (ya sea hombre o mujer) y con animales.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Para las prácticas sexuales seguras lo jóvenes plantean como medidas de protección el condón con un 71%, un 14% lo utilizan a veces y otro 14% nunca lo utiliza. Esta utilización del condón depende si conoce o no a la persona con la que esta teniendo la relación, estando todos precavidos a la hora de tener relaciones sexuales con alguien que no conozca, o que sea la primera vez que la ve y no le tenga confianza. Es de resaltar que un solo encuestado aclaró que es importante utilizar el condón para todo se conozca, se quiera o no a la persona el uso o no uso del condón también depende de que se encuentre a la mano. El 56% afirma no conocer otro método diferente del condón como la abstinencia; a pesar de esto existieron repuestas dispersas tales como "protegerse no usando objetos personales de otras personas como peinilla, cepillos de dientes y prestobarbas" o en la utilización de pastillas como analgésicos para evitar el contagio del SIDA.

En una investigación realizada en los usuarios de la Unidad Básica Atención La Libertad sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/SIDA-VIH dio como principal medida de prevención el condón para evitar que su pareja sexual se infecte con una ITS/34.5, segunda por la abstinencia (32%). Un 16.6% consideró la necesidad de realizarse un tratamiento y 13.6% no sabe o no responde. Aunque en un pequeño

porcentaje, también fue considerado una forma de transmisión para el VIH-SIDA/ITS por medio de besos apasionados²

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/SIDA

Los resultados globales mostraron que la mayoría de los entrevistados identifican el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH / SIDA como un enfermedad grave que se puede tratar pero no curar, definiéndola como una enfermedad que se transmite por relaciones sexuales y que es por medio del virus de inmunodeficiencia adquirida, causando una disminución de las defensas del cuerpo; concluyendo que los investigados tienen una idea general acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH / SIDA

Respecto a como los jóvenes conocen esta información se encontró que el 35% la adquirió de los colegios, el 17,7% en charlas educativas, el 11,6% estudiando respectivamente y el 11,7% estando en contacto con personas contagiadas, demostrando así que los entes educativos desarrollan programas para el desarrollo saludable del joven y a su vez disminuyen la desinformación sobre la sexualidad y el VIH/ SIDA. los participantes en el estudio de conocimientos , actitudes y practicas de los usuarios de la U.B.A libertad sobre el VIH-SIDA/ITS consideran que la mayor fuente de información sobre VIH-SIDA/ITS y como evitarla deben la reciben de las profesionales de la salud representándose así 47.5% (262) los cual resalta la importancia e influencia que tiene estos para la población; en segundo lugar están los padres de familia con un 22.7% (125), seguido de los medios de comunicación con un 15.1% (83), los profesores ocupan el cuarto lugar con el 9.6% (53) y tan solo el 5.1% (28) hacen referencia a los amigos³.

Por otra parte los jóvenes en sus relaciones sexuales se protegen con condones 70%, un 10% con inyecciones, un 10% con anticonceptivos y un 10% sin nada. Esto hace ver que la mayoría de los jovenes son concientes ya que no sólo se está protegiendo de embarazos no deseados sino también de Infecciones de Transmisión Secual ITS y pero aún del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH / SIDA que no sólo destruyen lentamente el sistema inmunitario y da paso a enfermedades oportunistas, sino que también destruye la integridad personal llevándolos a una muerte más rápida y sin dignidad.

² CORDERO GUALOTON, Sonia y Colaboradores Conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS/Sida-VIH en la población de 16-60 años usuarios del servicio de consulta externa en la Unidad Básica de atención la libertad del municipio San José de Cúcuta septiembre 2005. Pág. 58

³ Ibid pág. 72

Al compartir esta experiencia es interesante mencionar y destacar que existe un alto grado de temor ante la posibilidad de contagiarse del virus del VIH; en otras investigaciones realizadas con estudiantes universitarios se han obtenido resultado similares, observándose que el miedo no está relacionado con la estimulación que hace sobre su propia percepción del riesgo de adquirir la enfermedad, el solo hecho de estar en riesgo ya se le teme a la enfermedad; por ejemplo "ir a cortarme el pelo donde un homosexual" manifestado por un investigado, es uno de los miedos más significativos.

Es entonces, cuando la información proporcionada a las personas les produce un miedo muy alto los individuos reaccionan negando la existencia del riesgo y por lo tanto esto no se relaciona como una conducta preventiva para el VIH / SIDA.

CONCLUSIONES

Se logró el acercamiento de los jóvenes a la Unidad Básica de Comuneros, sobre una temática de interés, ampliando sus conocimientos, dudas e inquietudes que ellos presentaban sobre el VIH / SIDA. El proyecto de investigación sirve de base para el proyecto Colombia, identificando la manera de pensar de los jóvenes, sus creencias, sus hábitos, la construcción de su propio pensamiento, para que éste se oriente y se desarrolle con éxito.

Se encontró que los jóvenes mostraban una información general respecto al VIH / SIDA, sobre sus características, medios de protección e información sobre los medios de contagio.

Se observó interés en participar en el proyecto Colombia como multiplicador y en la realización de una prueba diagnóstica para el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH / SIDA.

Se identificó la edad de inicio de su vida sexual activa en un promedio de 14.2 años encontrándose que sólo uno de los encuestados no había tenido relaciones sexuales

Uno de las satisfacciones de la investigación fue la sensibilización de la población objeto a participar en el Proyecto Colombia y la adopción de una vida sexual responsable.

BIBLIOGRAFIA

CORDERO GUALOTON, Sonia y Colaboradores. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS/Sida-VIH en la población de 16-60 años usuarios del servicio de consulta externa en la Unidad Básica de atención la libertad del municipio San José de Cúcuta septiembre 2005. Pág 58

MELO, Adriana Yaneth, Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA en estudiantes de U.F.P.S primer semestre del 2002, Universidad Francisco de Paula Santander, Facultad de Ciencias de la salud, plan estudios de enfermería, 2003.

VEGA, Braulio y colaboradores, conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al VIH-SIDA/ITS tiene la comunidad de la Universidad Francisco de Paula Santander de la ciudad de Cúcuta, 4. en el primer semestre del 1995.San José de Cúcuta U.F.P.S, 1995. Pág. 45.

DETECCION DE LAS COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DIABETICOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD BASICA LA LIBERTAD, DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2006.*

Elisa Katie Vergel Arévalo, Erika Natalia Rojas Moreno,
Yaneth Corredor Corredor**
Y Colaboradores***

Director: Maria del Rosario Alvarez Ramirez****

RESUMEN

La diabetes continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, como consecuencia de complicaciones tales como neuropatías, oftalmopatías, nefropatías, Hipertensión Arterial (HTA), alteraciones micro y macrovasculares. La presente revisión pretende exponer las complicaciones encontradas en una muestra de 14 pacientes diabéticos de la Unidad Básica la Libertad de la ciudad de Cúcuta (Colombia), con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones propias de la Diabetes. El principal respaldo de esta investigación se basa en los grandes estudios epidemiológicos que han demostrado que el control adecuado de la glicemia previene o retarda las complicaciones. Al valorar los pacientes diabéticos se tomaron variables sociodemográficas como sexo, edad, estrato, ocupación y nivel educativo; alteraciones en los niveles de glicemia casual en sangre, en el estado neurológico, oftalmológico, factores que puedan propiciar pie diabético, antecedentes de complicaciones agudas, valores de presión arterial y practicas como dieta balanceada y ejercicios.

PALABRAS CLAVES: Glicemia Casual, Oftalmopatías, neuropatías, Tensión Arterial.

* Trabajo ganador IV semestre de Enfermería. Investigaciones formativas. I/semestre/2006. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06.

** Estudiante de Enfermería - IV semestre. U.F.P.S. Email: cija87@Hotmail.com

*** Jenny Johanna Lopez Castillo, Astrid Liliana Urbina Moncada, Diana Carolina Mojica Fuente

**** Enfermera docente ocasional Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander, Especialista en Educación Sexual, Diplomado en Síndromes Coronarios Agudos y Complicaciones Eléctricas. E.mail maria_del_rosario_alvarez@telecom.com.co

SUMMARY

The diabetes continues being one of the biggest problems of public health in the world, as consequence of such complications as neuropathies, ophthalmopathies, nephropathies, hypertension, micro and macrovascular alterations. The present revision seeks to expose the complications found in a sample of 14 diabetic patients of the Basic Unit the Freedom of the city of Cúcuta (Colombia), with the objective of detecting early the complications characteristic of the Diabetes. The main back of this investigation is based on the big epidemic studies that have demonstrated that the appropriate control of the glycemia prevents or it slows the complications. When valuing the diabetic patients they took variable socio - demographic like sex, age, stratum, occupation and educational level; alterations in the levels of casual glycemia in blood, in the neurological state, ophthalmology, factors that can propitiate diabetic foot, antecedents of sharp complications, values of arterial pressure and you practice as balanced diet and exercises.

KEY WORKS: Casual Glycemia, ophthalmopathies, neuropathies, hypertension.

INTRODUCCIÓN

Dada la alta prevalencia de pacientes diabéticos que consultan la Unidad Básica La Libertad, la inexistencia de un programa de atención integral a estos pacientes en dicho centro asistencial y el hecho de que recientes investigaciones demuestran la relación existente entre la hiperglucemia no controlada y las complicaciones de la diabetes, surge la iniciativa de realizar la presente investigación a fin de detectar las complicaciones en este tipo de pacientes.

Por esto la Unidad Básica La Libertad (UBLL) fue beneficiada, ya que esta investigación constituye un aporte a la implementación de un programa de atención integral a los pacientes diabéticos. De igual manera se dio a conocer por parte de las estudiantes según los resultados obtenidos, la situación de los pacientes diabéticos que fueron valorados.

Igualmente, la diabetes por su naturaleza crónica, la severidad de sus complicaciones y los medios que se requieren para su control, constituyen en el momento una enfermedad altamente costosa, con lo cual la detección temprana de las complicaciones disminuye los elevados costos tanto Institucionales como familiares en el tratamiento de los pacientes con Diabetes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es Cuantitativo Descriptivo Prospectivo, porque consiste en la medición, descripción y cuantificación de una serie de características presentes en los pacientes diabéticos asistentes a la Unidad Básica La Libertad, los cuales al no ser tratados y controlados adecuadamente, aumentan el riesgo de la aparición de complicaciones propias de la enfermedad, poniendo en riesgo su salud y bienestar.

Además se considera un estudio Prospectivo porque la información que se obtuvo, parte de la captación inicial de los pacientes aplicando un nuevo instrumento diseñado por las estudiantes de IV semestre de enfermería y revisado por la coordinadora de práctica, la enfermera docente Rosario Álvarez, con el fin de identificar y medir las complicaciones prevalentes en estos pacientes

La población del estudio realizado esta conformada por treinta pacientes con diagnóstico de diabetes, captados en la Unidad Básica La Libertad durante los meses de Abril y Mayo del año 2006. La muestra corresponde a 14 pacientes diabéticos que asistieron a la valoración física realizada en la Unidad Básica la Libertad el día 26 de mayo de 2006. Dichos pacientes asistieron voluntariamente a la valoración física luego de ser invitados por las estudiantes, participando de forma activa en el examen y proporcionando amplia información, teniendo claro la confiabilidad y privacidad de la misma.

Como instrumento de recolección de Información, se diseñó un formato de valoración con el fin de determinar las complicaciones de los pacientes diabéticos, el cual consta de dos partes. La primera parte es la Anamnesis que incluye 8 preguntas que contienen datos de identificación, enfermedad actual, hábitos del paciente, antecedentes personales y familiares, ambiente psicosocial y revisión por sistemas; la segunda parte la conforma el Examen Físico con 16 ítems específicos para valorar las alteraciones que produce la patología como peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), glucometría, signos vitales, valoración de cavidad oral, tiroides, corazón, piel, Miembros Inferiores (MMII), pulsos periféricos, ojos, exploración neurológica, Diagnóstico (Dx) de Enfermería y observaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

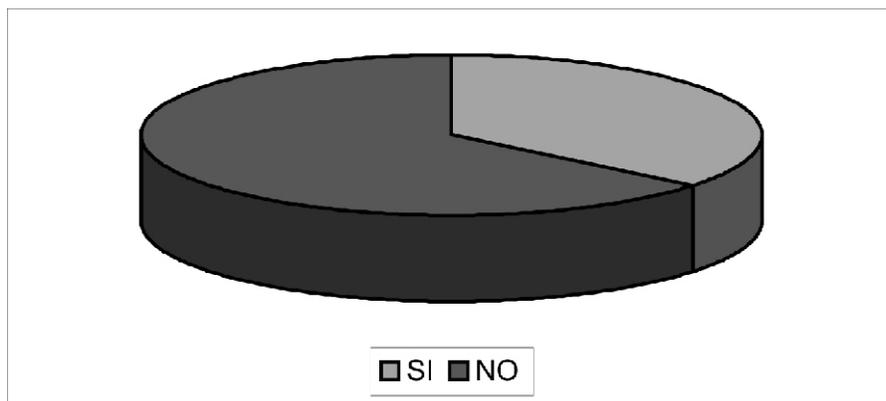
Al realizar la valoración a los 14 pacientes diabéticos asistentes a la Unidad Básica La Libertad, aplicando el formato elaborado para tal fin, se obtuvieron los siguientes resultados:

El 93% de los pacientes son mayores de 30 años lo que se relaciona directamente con la diabetes tipo II predominante, además con respecto al cuidado y seguimiento de una dieta balanceada el 78% manifiesta cumplirla y ningún paciente practica actividades diarias de ejercicios.

Dentro de las características sociodemográficas de la muestra el 57% son de sexo femenino, en su mayoría pertenecientes a estratos socioeconómicos nivel 1 y 2 y su ocupación en un 86% corresponde a labores del hogar; el 57% de los pacientes han cursado Primaria completa y el 86% poseen vinculación a una Administradora de Regimen Subsidiado (ARS).

Al realizar la glucometría casual a los pacientes diabéticos se demostró que casi la mitad de ellos tenían valores de glicemia mayores a 200 mg/dL, lo cual indica que dichos pacientes no tienen controlados los valores de glicemia y cabe aclarar que la principal causa para que se presenten las complicaciones en la Diabetes es la Hiperglucemia.

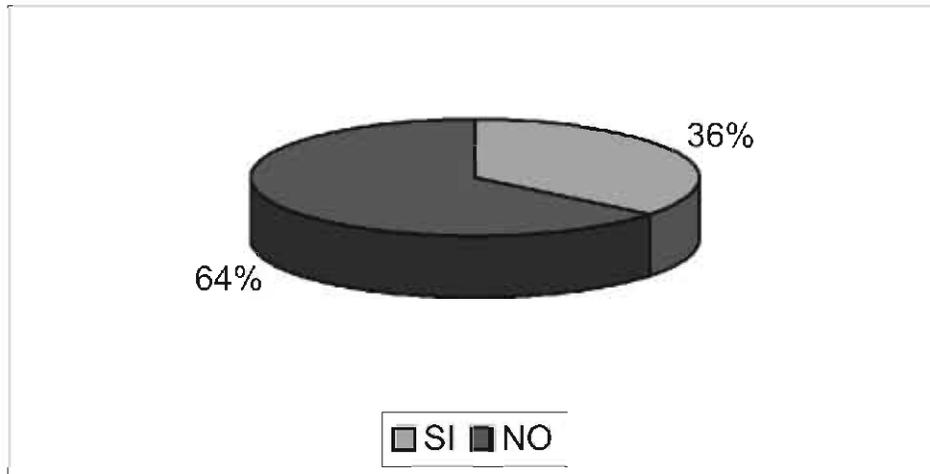
Tabla # 1. ALTERACIONES EN EL ESTADO NEUROLÓGICO - PACIENTES DIABÉTICOS UNIDAD BASICA LA LIBERTAD



FUENTE: Formato de valoración física de los pacientes diabéticos de la U.B.L.L

Al realizar la valoración del estado Neurológico de los pacientes diabéticos, explorando la sensibilidad táctil, dolorosa y vibratoria, pares craneales III, IV y VI, reflejos rotuliano y aquiliano y pulsos periféricos, se logró observar que el 36% de los pacientes presentan Neuropatía diabética.

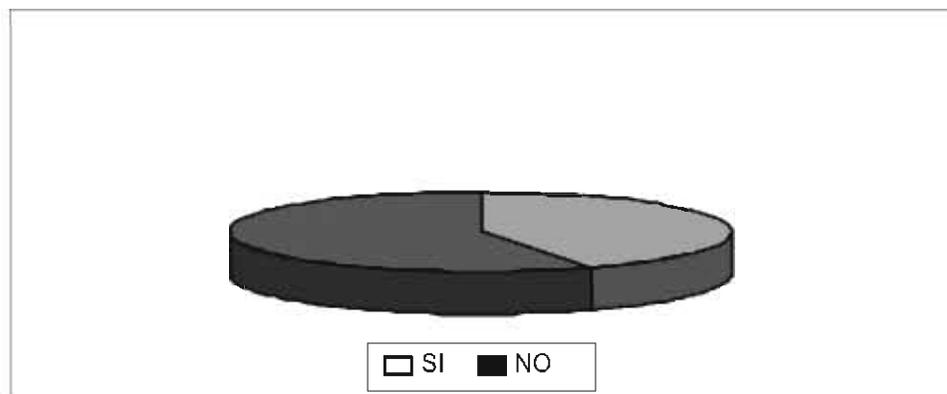
Tabla # 2. ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS UNIDAD BASICA LA LIBERTAD



FUENTE: Formato de valoración física de los pacientes diabéticos de la Unidad Básica La Libertad

Resultados que son semejantes al estudio sobre la microangiopatía diabética realizado en Bogotá en el año 2000, se encontró una prevalencia de ceguera como complicación diabética, en un 26% de los pacientes del estudio¹; el 36% de los pacientes presentan oftalmopatías como hemorragias, exudados, dilataciones arteriovenosas y en la agudeza visual disminuciones significativas de 20/200.

Tabla # 3. FACTORES QUE PUEDEN PROPICIAR PIE DIABÉTICO

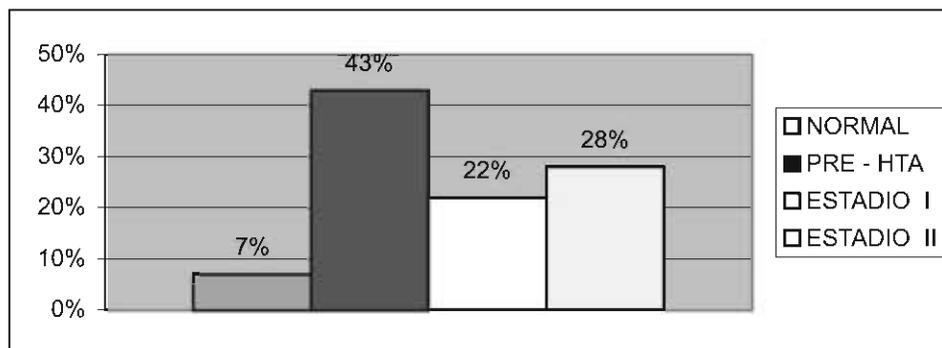


FUENTE: Formato de valoración física de los pacientes diabéticos de la U.B.L.L

¹ REYES, Andrés. Microangiopatía diabética. Bogotá. Año 2000. p. 13 20. <http://www.gador.com.ar/ryd/cardiología/jncvii.htm>.

“Investigaciones hechas en México plantean que entre el 50% y el 75% de las amputaciones de extremidades inferiores se realizan en diabéticos”², en el presente estudio se encontró un paciente con amputación del pie derecho como complicación diabética y el 43% de los pacientes presentan factores que pueden propiciar el pie diabético como deshidratación de la piel, edema, alteraciones en las uñas, mala higiene y uso inadecuado de calzado

Tabla # 4. VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS UNIDAD BASICA LA LIBERTAD



FUENTE: Formato de valoración física de los pacientes diabéticos de la Unidad Basica La Libertad

La Hipertensión arterial (HTA) afecta cerca del 20% de la población general, pero este porcentaje se incrementa a un 50% en pacientes diabéticos. En relación a esto, en el presente estudio se encontró que el 93% de los pacientes presentan HTA, en niveles de Pre HTA y Estadios I y II.

CONCLUSIONES

- De los pacientes valorados se encontró que la mayor proporción eran mujeres mayores de 30 años, lo cual se relaciona con la Diabetes tipo II predominante; además de pertenecer a estratos socioeconómicos niveles 1 y 2, con niveles educativos e ingresos bajos, lo cual dificulta un sostenimiento y control adecuado de su patología.

² SANTOS CARRASCAL, Antonio. Antecedentes del Tercer Milenio de la Diabetes. México. Año 2003. pág. 7- 15. http://www.encolombia.com/medicina/sociedadesaen/diabetesaldia1404_comien_catercermi.htm.

- Más de la mitad de los pacientes diabéticos valorados tiene más de 5 años de evolución desde el momento de su diagnóstico, esto hace que sean más susceptibles de padecer las complicaciones de la patología y si a esto se le suma la falta de conocimientos acerca de la diabetes, el mal manejo de una dieta balanceada y la ausencia de práctica de ejercicios, se triplican los riesgos de los daños ocasionados a su salud.
- Nadie puede predecir con seguridad quién tendrá complicaciones, la mejor opción que se tiene para prevenir los problemas es mantener los valores de glicemia en sangre lo más cercano al nivel normal; casi la mitad de los pacientes valorados tienen mal controlados los valores de glicemia casual con niveles $>200\text{mg/dl}$, lo cual permite desencadenar complicaciones como Neuropatías y alteraciones Microvasculares.
- La coincidencia de Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes multiplica el riesgo de morbilidad, mortalidad e incapacidad de manera exponencial, se encontró que la mayor proporción de los pacientes diabéticos presentan HTA lo que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección de Promoción y Prevención. Guía de Atención de la Diabetes tipo II. Resolución 0412 del año 2000. p. 14 27.

ORTEGA, Álvaro. Complicaciones de la Diabetes. 17-Junio2001. p.1-12.
http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_diabetes_sp/comps.cfm.

REYES, Andrés. Microangiopatía diabética. Bogotá. Año 2000. p. 13 20.
<http://www.gador.com.ar/ryd/cardiología/jncvii.htm>.

SANTOS CARRASCAL, Antonio. Antecedentes del Tercer Milenio de la Diabetes. México. Año 2003.p.7-15.

EL SENTIDO HUMANO ENTRE ENFERMERA Y PACIENTE*

Erika Nathalia Rojas Moreno y Dayana Leonor Navarro**
Director: Alix Bohorquez de Figueroa***

RESUMEN

Este ensayo retoma la Enfermería como una profesión de gran importancia a nivel mundial, no solo por la preparación técnica, científica e investigativa que la caracteriza, sino por aquel sentido humano que la identifica y a la vez la diferencia de todas las demás carreras formativas en el área de la salud. Sin embargo, en la actualidad surge una enorme preocupación debido a que en el ejercicio de la labor, los enfermeros (as) se han olvidado que los pacientes, más que instrumentos de trabajo son seres humanos que necesitan de un amigo cercano para superar la enfermedad que afecta su cuerpo y a la vez entristece su espíritu. Por esta razón se retoma la teoría de la Enfermería Psicodinámica de Hildegard E. Peplau a fin de recordar los seis roles (rol de extraña, rol de suministradora de recursos, rol de educadora, rol de líder, rol de sustituta y rol de consejera) y las cuatro fases (Orientación, identificación, exploración y resolución), que de manera sencilla y concreta, enmarcan nuestra significativa labor en la relación enfermera-paciente. El ensayo finaliza presentando un breve análisis de lo que una relación de ayuda puede hacer en beneficio de la vida del paciente y del profesional de enfermería puesto que a lo largo del tiempo se ha demostrado que ésta, contribuye en gran medida al crecimiento personal del individuo.

PALABRAS CLAVES: Relaciones Humanas y Comunicación

* Ensayo ganador III semestre Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06.

** Estudiantes de Enfermería III semestre, Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander

*** Docente catedrática, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Magister en Salud Pública. Especialista en Gestión y Desarrollo proyectos de Investigación. E-mail: azbohora@bari.ufps.edu.co

SUMMARY

This rehearsal recaptures the Infirmary like a profession of great importance at world level, not alone for the technical, scientific and investigative preparation that characterizes it, but for that human sense that identifies it and at the same time the difference of all the other formative careers in the area of the health. However, an enormous concern arises at the present time because in the exercise of our work, the male nurses have forgotten that our patients, more than work instruments are human beings that he/she needs of a near friend to overcome the illness that affects its body and the time it saddens its spirit. For this reason the theory of the Infirmary Psicodinamica of Hildegard E. Peplau is recaptured in order to remember the six lists (list of strange, list of suministradora of resources, list of educating, leader's list, substitute's list and consultant's list) and the four phases (Orientation, identification, exploration and resolution) that in a simple and concrete way, they frame our significant work in the relationship nurse - patient. The rehearsal concludes presenting a brief analysis of what a relationship of help can make in benefit of the patient's life and of the infirmary professional since along the time it has been demonstrated that this, contributes in great measure to the individual's personal growth.

KEY WORDS: Human resource, communication

Desde épocas muy antiguas hasta nuestros días, la Enfermería ha sido considerada una profesión de gran valor para la humanidad no sólo por la aplicación de los procedimientos clínicos que han contribuido en gran medida a la recuperación de la salud de los pacientes, sino porque gracias al implemento de los pequeños detalles como lo son el saludo diario, una sonrisa, una mirada tierna, una palabra amable, un abrazo, entre otros, se ha convertido en sinónimo de vida para muchas personas que han encontrado en estos gestos, motivos suficientes para seguir adelante en la lucha diaria por alcanzar el bienestar físico, mental y emocional que por situaciones inesperadas, perdieron durante una etapa importante de su existencia.

De enfermería se sabe entre muchos de los aspectos que se inició con la actividad innata de la mujer al amamantar un niño, sin embargo, en el siglo XIII se le dio el significado originario que partió desde mujer que cuida pequeños hasta abarcar diferentes funciones como el cuidado de heridos en guerras, los enfermos de las epidemias y otras actividades relacionadas con el cuidado de toda la humanidad; se sabe además que las enfermeras han sostenido una larga y azarosa lucha por conseguir un estatus profesional, en donde los cambios mas significativos se refieren a la ampliación de su papel y sus áreas de desempeño laboral desarrollando cada vez más la clínica e incursionando en el trabajo

con comunidades, empresas, industrias, investigación y educación. Teniendo en cuenta lo anterior se puede afirmar que a través de la historia y recordando un poco lo que fue la herencia religiosa y los factores culturales dejados por nuestros ancestros, la mujer siempre ha sido reconocida como pionera del cuidado y manejo de la salud, pues aun sin importar los prejuicios y títulos otorgados por la gente de la sociedad como parte de una cultura y sus tradiciones, las cuales con el transcurrir de los años han ido cambiando, hoy en día siguen siendo las mujeres quienes en el desempeño diario de la labor como madres, esposas, amigas, estudiantes y profesionales, los conocimientos y cualidades están encaminados a la atención de todas las personas con el fin de garantizarles un mejor vivir no solo mediante la administración de los tan nombrados "remedios caseros" sino brindando día a día altas dosis de cariño que incentivan en estas personas el deseo y las ganas de vivir.

Los seres humanos tienen muchas áreas de importancia en la vida pero ninguna tan frágil, delicada y complicada como la emotiva; por naturaleza se gira alrededor de lo que se siente y cómo se siente respecto a las cosas que nos rodean, tal vez es esta la razón más significativa al momento de querer estudiar e interpretar cada uno de los componentes que conforman "el yo interior", aquel que ha logrado despertar el interés de muchas personas, quienes a lo largo de sus carreras como profesionales de la salud, han querido dar respuestas inteligentes al por qué de dichos comportamientos de manera lógica y experimental, fundamentada en criterios científicos ya establecidos.

Hildegard E. Peplau, considerada la madre de la enfermería Psiquiátrica, influyó en el avance de los estándares profesionales, educativos y prácticos. La contribución más destacada de esta mujer como pionera de la Enfermería, fue la teoría de LAS RELACIONES INTERPERSONALES cuyo objetivo central estuvo siempre enfocado al cambio de paradigmas en la naturaleza de las relaciones entre la enfermera y el paciente. En sus planteamientos teóricos, Peplau siempre recordó que "...la práctica enfermera implica actuar en, hacia y para el paciente", considerando esto como el objeto de la acción enfermera pues, es el paciente quien sin importar su apariencia, estrato social, nivel educativo o profesión, desempeña un papel esencial como compañero en el proceso formativo.

Pero...¿Cómo es que una persona que tiene afectada su integridad física y emocional, se convierte en un elemento tan primordial en nuestra vida, cuando sus actuales condiciones no le permiten tener el equilibrio necesario para desempeñar con normalidad sus quehaceres cotidianos?... podría parecer una pregunta absurda dado que la labor está encaminada al cuidado y manejo de la salud, sin embargo, para muchos la respuesta no es fácil de obtener, pues el sentido de su quehacer está únicamente encaminado a la búsqueda de un beneficio económico o quizás al reconocimiento social que el título de

enfermero (a) le pueda proveer, sin importar en lo mas mínimo las experiencias compartidas con los pacientes.

Retomando una vez más los aportes hechos por Peplau en su teoría psicodinamica, ella expone que esta permite entender la conducta de uno mismo a fin de ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades e intenta aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas que emergen de todos los niveles de la experiencia, además, se describen cuatro fases de la relación enfermera- paciente, y seis roles de la enfermera dentro de estas cuatro fases iniciales, compaginándose las unas con las otras pues aunque se desarrollan por separado, juntas se presentan a lo largo de la relación terapéutica. La Orientación, la Identificación, la Explotación y la Resolución, hacen parte de las cuatro primeras fases y como se puede ver, son aspectos que necesariamente el paciente experimenta debido a la condición actual que enfrenta y en cuyo desarrollo la enfermera influye de manera positiva o negativa. Los roles de la Enfermería tienen una mayor trascendencia en el desarrollo de esta teoría, porque de forma completa abarca cada uno de los aspectos que nos enmarcan como personas integras en la labor de enfermería. Al principio, el paciente y la enfermero (a) son un par de extraños, por esta razón la enfermero (a) debería tratarlo lo más cortésmente posible, sin prejuzgarlo, sino aceptándolo como el ser viviente que es. Seguido de esto, la misión de enfermería tiene que ver con el suministro de recursos, sobre todo con las respuestas oportunas a toda pregunta que explica al paciente lo concerniente con su tratamiento y plan medico de cuidado. La educación no podía faltar en el perfil profesional, es por ello que también dentro de esta teoría, Peplau enmarca la educación como "una combinación de todos los roles" ya que no solo parte del conocimiento sino que hace partícipe al paciente quien con la guía del profesional desarrolla según su interés y su capacidad para usar la información que le facilita... finalmente se menciona el Rol de consejeras y según Peplau, es este quien tiene mas importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación enfermera (o)- paciente de la manera en que las enfermeras (os) responden a las necesidades de los pacientes; El objetivo de las técnicas interpersonales es ayudar "al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que le sucederá en la actualidad, así que la experiencia se puede integrar, más que disociar, a otras experiencias de la vida".

Cuando el individuo por alguna situación inesperada se encuentra en un centro asistencial y empieza a asumir de forma directa el rol de paciente, genera una gran cantidad de expectativas y temores con relación al servicio médico que solicita y el trato que va a recibir por parte del personal de la institución que le va a atender. Generalmente la angustia es grande y unida a factores como el dolor, la ansiedad, la debilidad, el desespero, entre otros, se crea una carga de estrés difícil de sobrellevar que da como resultado la concepción de una idea macabra, abominable e injusta de lo que ya se esta viviendo. Vemos entonces que el campo de acción de la profesión de enfermería no se

limita a la aplicación de tratamientos rutinarios según la enfermedad establecida por el especialista a fin de dar cumplimiento a las ordenes clínicas, sino que por el contrario, a diferencia de muchos otros trabajadores del área de la salud, nuestra labor comienza desde el mismo instante en que el paciente busca ayuda porque es la forma de hablar, la manera de mirar, la postura al caminar y la disposición para escuchar, las que hacen posible que esa sensación de miedo se haga mas leve, se afirme o peor aún, se acreciente.

Un buen servicio no solo depende de la exactitud y eficacia con la que se apliquen las técnicas o tratamientos propios de cada caso, sino que se ven involucrados muchos aspectos entre los que la comunicación cálida, íntima, amable y sobre todo, humana, se hacen fundamentales.

Solo en la medida en que se trate al paciente como un ser humano, se puede dar la mejoría rápida o lenta del mismo, ya que al sentirse bien acogido, lo físico deja de tener tanta importancia para el paciente, quien poco a poco puede ir recuperando y restableciendo su bienestar integro.

En la actualidad la enfermería, habiendo sido consolidada como una verdadera profesión, ha venido alcanzando grandes reconocimientos a nivel científico e investigativo, sin embargo, la realidad que hoy día vivimos en el campo clínico como profesionales de la salud y miembros de un gran equipo de trabajo es otra totalmente distinta a aquella que se puede percibir en mujeres tan reconocidas como Florence Nighthigel quien de manera abnegada y a pesar de las duras circunstancias que tuvo que enfrentar para proporcionar a sus pacientes el bienestar que requerían, logró hacer que la calidad humana y el amor por los demás fueran pilares firmes e inquebrantables en la creación de la Profesión. Desafortunadamente la rutina y el afán del mundo nos consume y aquello que hacía parte de la vocación se ha olvidado; Ahora las preocupaciones giran en torno a la difícil situación mundial que nos acecha y sin quererlo nos hemos convertido en seres egoístas cuyos intereses se basan solo en nosotros mismos, ignorando por completo el hecho de que en cada cama de un hospital se encuentra un ser que necesita de la atención antes que cualquier otra cosa, alguien que requiere ser escuchado, entendido y ser aliviado del dolor que traspasa la barrera de lo material y perjudica gravemente nuestro espíritu.

El servicio constante mediante una relación de ayuda favorece el crecimiento personal, pues el hecho de enfrentarse a los problemas de los otros hace revivir las propias angustias, dificultades y recursos. A veces permite descubrir con asombro, la capacidad y creatividad ante ciertas situaciones de la vida; por lo tanto, trabajar como agentes de relación de ayuda significa trabajar sobre nosotros mismos, ser capaces de cuestionarnos y de crecer psicológicamente. Sin embargo, si no se está atento se puede cometer un

error: utilizar inconscientemente la relación de ayuda como un medio para dominar a los demás, o bien, ayudar a otros para compensar nuestra baja autoestima.

Por esta y por muchas otras razones, no se puede olvidar que la persona cuidadora debe tener un mínimo de conocimiento de sí mismo y de sus motivaciones antes de involucrarse en una relación de ayuda e igualmente, desde el punto de vista de las relaciones interpersonales, el cuidador debe ser sensible a las experiencias de los otros antes de llevar a cabo este valioso proceso.

Finalmente, una relación de ayuda va a permitir en enfermería, apoyar a la persona en la movilización de sus recursos y desarrollar su mejor funcionamiento biológico, psicológico, social y espiritual a fin de que todo individuo dentro de su propio entorno pueda desenvolverse y hacer frente a los diversos estímulos de la vida. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir afirmando que en la profesión de enfermería, "La capacidad de relacionarse o de responder al otro es la materia prima en el trabajo de las relaciones humanas".

BIBLIOGRAFIA

L. CIBANAL JUAN; Interrelación del Profesional de Enfermería con el paciente; Ediciones Duyma 1991; Introducción y página 19.

MARRIER TOMEY ANN, RAILE ALLIGOOD MARTHA; Modelos y Teorías en Enfermería; Ediciones Harcourt Brace de España S.A., 1999; página 335, 337, 338.

FUNDAMENTOS TEORICOS Y PRACTICOS DEL CUIDADO DE LA SALUD MATERNA PERINATAL DURANTE LA ETAPA GESTACIONAL

Gloria Esperanza Zambrano Plata*

RESUMEN

Consecuentemente con las tendencias del mundo en la últimas décadas del siglo XX, se ha generado un conocimiento de enfermería a partir de modelos teórico como el de adopción del rol materno de Ramona T. Mercer, el modelo fundamentado en el amor de Marlene Montes y múltiples conocimientos derivados de la investigación sobre la experiencia de la gestación desde el enfoque emocional, espiritual, social y cultural. Como se describe a continuación, todos estos saberse han proporcionado elementos para fundamentar la propuesta de cuidado de enfermería que se presenta a en el presente artículo.

PALABRAS CLAVES: Cuidado integral, enfermería, gestación, teorías,

SUMMARY

Consequently with the tendencies of the world in the last decades of the XX century, an nursery knowledge has been generated starting from theoretical models as that of adoption of Ramona's maternal list T. Mercer, the pattern based in Marlene Motes love and multiple constructive knowledge of the investigation about the experience of the pregnant from the focus emotional, spiritual, social and cultural. As it is described next, all these to be known has provided elements to base the proposal of nursery care that is presented to presently article.

* 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. Miembro Grupo de Investigación en Salud Pública. UFPS. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. glorie91@hotmail.com.

WORD KEY: integral care, nursery, pregnant, theories,

1. FUNDAMENTOS TEORICOS Y PRACTICOS

1.1. Adopción del Rol Materno

El modelo teórico propuesto por Ramona T. Mercer¹, es una teoría de rango medio que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida del hijo, así mismo tiene utilidad en la investigación y en la formación de los profesionales de enfermería, proveyendo una guía teórica que enriquece la disciplina de enfermería, impulsando la identidad y autonomía profesional en el área materno infantil.

Mercer profundizo en la adopción del rol materno, estudiando este fenómeno en relación con las variables: edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el auto concepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud, temperamento del bebé y su estado de salud.

Para Mercer la Adopción del rol Materno es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la gestante situaciones que dificultan y/o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan alcanzar en forma exitosa la adopción del rol materno.

La enfermera debe promover la adopción del rol materno en el control prenatal incluyendo no sólo a la madre sino también al padre, este abordaje permite un cuidado integral "holístico" de la mujer durante la etapa del gestación, parto y posparto, requiriéndose acciones no sólo de tipo institucional sino también domiciliario. En esta etapa la enfermera debe contribuir a fortalecer el autoestima y el autoconcepto de los padres, la relación padre-madre y promover la flexibilidad en los roles. Durante el parto además de continuar con las acciones anteriores la enfermera debe liderar cambios en la

¹ Bee, Alberto M. Legge, Stephannie. Adopción del rol maternal de Ramona Mercer. En: Modelos y Teorías de Enfermería. pp. 391 - 406. 1995.

atención del parto, que promuevan la vinculación del neonato con la madre y el padre. Esto sin duda repercutirá positivamente en la salud física y mental del neonato y también del grupo familiar.

1.2 Un Modelo Fundamentado En El Amor Para La Asistencia y El Cuidado De Las Adolescentes Embarazadas

Este modelo desarrollado por Marlene Montes² proporciona nuevas formas de asistencia, estimulando a las adolescentes embarazadas a desarrollar procesos de autovaloración, autodeterminación y recuperación de la autoestima. Busca el desarrollo humano de la adolescente gestante basado en el amor, que se refleja en su participación activa, descubrirse como mujeres y darle un nuevo sentido a su existencia.

El modelo propuesto por Marlene Montes se basa en las necesidades de amor del ser humano, que quizá es mayor en situaciones de crisis como la gestación y especialmente en las adolescentes gestantes quienes enfrentan dificultades de adaptación al ambiente físico, psicológico y socio-cultural, debido a situaciones de cambio que le sobreviven con la gestación.

El amor en esta teoría es su concepto central, y es definido por la autora como la "esencia de la vida, la fuerza que atrae todo para si mismo, y al mismo tiempo que es poder de atracción, lo es también de emancipación e identificación: por lo tanto es transformador". El amor tiene diversos componentes: paciencia, bondad, generosidad, humildad, delicadeza, entrega, tolerancia, inocencia/respeto y sinceridad. Cada una de estas cualidades deben manifestarse en el cuidado de enfermería, por lo tanto deben ser apropiadas por los profesionales de enfermería para poder dar un cuidado amoroso y de esta forma aproximarse al objetivo de la profesión que es la salud entendida como una totalidad. Para lograr la salud holística es necesario desarrollar el amor por uno mismo y por la humanidad; la enfermera debe partir de si misma para poder contribuir al desarrollo amoroso de la maternidad y así alcanzar la meta de salud.

Montes afirma que la asistencia de enfermería integral es aquella que se basa en el amor, operacionalizada a partir de una practica educativa amorosa, el desarrollo de la sensibilidad, de la percepción, de la interacción y de la comunicación. Este cuidado propicia en la madre una comunicación de forma amorosa consigo misma, con su hijo,

² Montes, María Marlene. Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes embarazadas. XYZ, impresores, Cali. 1999.

con su familia y demás miembros de sus relaciones, y puede tomar sus propias decisiones teniendo en cuenta lo que sea mejor para ellas y para el nuevo ser que traen al mundo.

1.3 Elemento de Cuidado Percibido por las Gestantes de Acuerdo a sus Vivencias

En el trabajo titulado “la experiencia de las mujeres gestantes: lo invisible” elaborado por Gladys Eugenia Canaval, Martha Cecilia González et al³. Se pueden identificar, a partir de las vivencias de las gestantes, algunos elementos de cuidado que pueden contribuir a mejorar la prestación de los servicios brindados haciendo de la gestación, el parto y posparto una experiencia saludable y gratificante.

En este estudio se evidenció que no todas las mujeres reciben la noticia del embarazo de la misma manera, pueden experimentar alegría, aceptación, aburrimiento, tristeza y estados de ambivalencia. Esos sentimientos dependen de factores internos, como experiencias previas, personalidad de la mujer, sus fortalezas, entre otros, y de factores externos como el apoyo de la red familiar, de las condiciones socioeconómicas y de la calidad de las relaciones interpersonales con su pareja, los cuales facilitan la construcción afectiva de la gestación. En esta etapa es importante que la enfermera propicie espacios que permitan la expresión de sentimientos para favorecer su comprensión por parte de la gestante. Así mismo, junto con la gestante y el grupo familiar debe explorar las fortalezas internas y el apoyo social que contribuyen a que la gestación sea una vivencia enriquecedora.

1.4 El Apoyo Social Como Elemento De Cuidado

El concepto de apoyo social se inició a mediados de los años setenta con la publicación de artículos de Caplan (1974), Cassel (1976), y Cobb (1976)⁴. Estos autores describieron los efectos nocivos del aislamiento social o de una pobre integración social en los resultados sobre la salud. Cobb en 1976 definió el apoyo social como la “información que conduce al sujeto a creer que es querido amado y estimado; que es miembro de una red de obligaciones mutuas”. Thoits en 1982 definió el apoyo social como el grado en que las necesidades básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otros; en donde, las necesidades básicas incluyen el afecto, la estimación o consentimiento, pertenencia, la identidad y la seguridad.

³ Canaval Gladys Eugenia, González Martha Cecilia, Tovar María Clara. La experiencia de las mujeres gestantes, lo invisible. Cali. 2000-11-08. CLAP/OMS/OPS. Publicación periódica número 17: salud perinatal Diciembre 98

⁴ González Molina Julio. (1998) Bosque de M. María Teresa. Manos a la salud. Centro Interamericano de estudios de seguridad social. OPS. Cap XII. Redes Sociales. Apoyo y salud. Pags 168-187.

Con el uso del término Apoyo Social y de las diversas definiciones complementarias, se desplegó una rápida ola de actividades investigativas en los campos de la antropología, la medicina conductal, la epidemiología, la enfermería, la psiquiatría, la psicología y la sociología, pero sin duda una de las disciplinas que mas ha explorado el apoyo social ha sido la enfermería. Varios estudios han demostrado que el apoyo social incide en mayor o menor grado en todos los ámbitos del proceso salud enfermedad a lo largo del ciclo vital. De ahí, que los efectos del apoyo social se han enfocado hacia la mortalidad, la morbilidad y las circunstancias particulares de la vida, como el embarazo, la lactancia y la vejez.

Sobre apoyo social se han realizado varios estudios y hasta el momento se ha podido concluir que existe una asociación entre lo que se ha definido como pérdida o ausencia de apoyo social y un incremento del riesgo de muerte por diversas causas. En el estudio realizado por Camacho Nelsy⁵, se evidencia que es la familia y especialmente la mamá la principal fuente de apoyo social emocional (afectivo y afirmativo) y tangible. Es bajo el porcentaje de gestantes que perciben este tipo de apoyo por parte del equipo de salud.

PROPUESTA PARA EL CUIDADO DE LA GESTANTE

El cuidado materno perinatal debe trascender el enfoque reproductivo y abordar el cuidado de la mujer en forma holística, integrando las dimensiones biológica, psicológica, espiritual, social y culturales. Esta propuesta de cuidado reconoce la importancia de cada una de estas dimensiones para lograr el equilibrio en las mujeres gestantes y por ende su salud.

- **Dimensión Biológica:** La gestación provoca una serie de cambios en el organismo que implican un riesgo para la salud, quizá esto justificó que el abordaje biologicista de la gestación haya primado hasta hace algunos pocos años. El enfoque de riesgo de cuidado materno perinatal permite determinar las necesidades de atención de la gestante, ayuda a determinar prioridades en salud y a establecer acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tendiente a reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

Para el cuidado de la gestante es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, para intervenir y controlar

⁵ Camacho Nelsy. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes. Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2002

oportunamente los factores de riesgo. Para la detección de factores de riesgo y valorar la evolución de la gestación es muy importante la valoración completa de la gestante, que incluye la anamnesis, el examen físico y la realización de pruebas de laboratorio. Así mismo se deben realizar acciones de promoción y prevención como es la inmunización contra toxoide tetánico y diftérico, suministro de micronutrientes y educación a la madre, compañero y familia para fomentar factores protectores, importancia de la estimulación fetal, preparación para la lactancia materna, signos de alarma y otras necesidades educativas que sean identificadas en la valoración.

- **Dimensión Psicológica:** La gestación corresponde a una de las crisis vitales del individuo, constituyéndose en una de las etapas en la cual la mujer se vuelve más sensible, más emocional, transformando la vivencia de la preñez en una experiencia única, diferente para cada mujer y para cada gestación. Cada gestante interpreta lo que ocurre en su entorno a partir de sus experiencias anteriores y de lo que posee en este momento: sus rasgos de personalidad, el apoyo que recibe de las demás personas y la capacidad que ella considera que tiene para afrontar la situación, lo que en últimas determina su estado emocional en un momento dado.

El cuidado de la dimensión emocional se debe fundamentar en el amor, teniendo en cuenta que esta es la fuerza creadora, transformadora y sanadora, es la energía que mueve el mundo. La humanización del cuidado solo se puede hacer mediante el amor, reflejándose en interacción enferma-paciente donde primen valores como la paciencia expresada en saber esperar con calma, en entender y aceptar sin prisa; la bondad que se refleja siendo amables y realizando nuestro trabajo con alegría; la generosidad: se manifiesta al dar lo mejor de nosotros sin competir con nadie; la humildad se expresa cuando realizamos nuestro trabajo con nobleza reconociendo que de todos podemos aprender; la delicadeza que se manifiesta al demostrar el amor en pequeños detalles: tocar a la madre, hablarle con suavidad y saberla escuchar; la entrega que es realizar el cuidado en forma desinteresada apartados de cualquier interés personal; la tolerancia se refleja cuando comprendemos y aceptamos la diferencia como una característica esencial del ser humano, la inocencia / respeto manifestada en la aceptación y respeto del otro tal cual es; y la sensibilidad se expresa en la búsqueda de la justicia y la verdad. Para el cuidado amoroso además de desarrollar los valores mencionados anteriormente la enfermera debe ser sensible y tener una gran habilidad comunicativa que garantizan que este cuidado sea humanizado.

Siempre se ha mencionado que en la madre se debe promover el autoestima como un requisito para poder amar a su hijo y al mundo. Teniendo en cuenta que la relación enfermera/madre es recíproca, la enfermera debe en primera instancia fortalecer su

autoestima y su capacidad de amar para poder brindar un cuidado que incluya la dimensión emocional como parte esencial de la salud y vida de todos los individuos.

Dentro de la dimensión emocional juega un papel importante la adopción del rol maternal. La enfermera debe promover la adopción del rol materno en el control prenatal incluyendo no sólo a la madre sino también al padre, durante la etapa de la gestación, parto y posparto, requiriéndose acciones no sólo de tipo institucional sino también domiciliario. La adopción del rol materno permite establecer un vínculo afectivo con el hijo lo que contribuye a la salud de la madre, el hijo y el grupo familiar. Para lograr exitosamente este proceso es importante el fortalecimiento afectivo de los padres (valores, autoestima, autoconcepto), para esto se deben buscar estrategias que permitan el desarrollo de estos elementos basados en el amor.

Otra acción que se puede realizar para promover la adopción efectiva del rol materno es promover la estimulación temprana que además de tener beneficios para el desarrollo físico y mental se constituye en una forma de comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde la gestación, su nacimiento y a lo largo de su crecimiento.

La vinculación temprana es el otro elemento del cuidado emocional de la madre, el padre y el hijo. Para lograr esto es importante evitar la separación del niño de sus padres, al nacer deberá ser colocado inmediatamente en el pecho de la madre, en este momento sublime debe participar igualmente el padre de tal forma que se cree un vínculo sicoafectivo profundo que seguramente va a contribuir a la salud física y emocional del niño y de sus padres.

- **Dimensión Espiritual:** Los conceptos holísticos aplicados al área de salud permiten reconocer el significado de la dimensión espiritual en el esquema del universo y muestran que la armonía que se busca no es externa al ser, sino que surge de nuestra esencia divina, del cuerpo-mente, que es la verdadera matriz invisible de la salud.

El cuidado de enfermería es una experiencia que se vuelve trascendental cuando hay coherencia entre lo que se piensa, se habla, se siente y se hace, cuando desarrollamos este cuidado con amor, cuando la interacción enfermera-madre-padre-hijo permite el desarrollo espiritual de todos los implicados en las diferentes situaciones de cuidado.

El reconocernos como seres espirituales implica asumirnos como trascendentales, encontrando un sentido a la vida. En el cuidado materno perinatal, la creencia en un Ser supremo para la enfermera, la madre y el grupo familiar, se constituye en una fuente invaluable para enfrentar los miedos; para abordar con otra perspectiva: la vida

cotidiana y las dificultades; los errores humanos se pueden ver como posibilidades de aprendizaje, de madurez y crecimiento. Impactado en el bienestar de la madre, el padre, el hijo y todo el grupo familiar.

- **Dimensión Social:** El ser humano es social por naturaleza y la gestación tiene grandes implicaciones sociales y a su vez el entorno social influye en ella. Dentro de la dimensión social la familia juega un papel fundamental, teniendo en cuenta que es la principal fuente de apoyo social basado en relaciones de reciprocidad que permiten a los individuos desarrollarse y enfrentar las situaciones de crisis en forma muy efectiva.

El apoyo social es fundamental para satisfacer la mayoría de las necesidades sico-emocionales durante la gestación, como son la seguridad, afecto, confianza, pertenencia y aprobación. La enfermera debe desarrollar estrategias para mantener el apoyo social mejorando los canales de comunicación con cada uno de los miembros de la red social, identificando en la familia quienes son las fuentes de apoyo y el tipo de apoyo que reciben, igualmente es importante reconocer otras fuentes de apoyo diferente de la familia.

El apoyo emocional es el más claramente relacionada con la salud; el apoyo afectivo, lo debe brindar la enfermera, mediante el contacto físico, el acercamiento, favoreciendo la expresión de sentimiento y la empatía. Para el apoyo afirmativo es necesario la aplicación de estrategias para fortalecer el autoestima y el autoconcepto; además, todas aquellas practicas de cuidado, realizadas por la gestante, que son beneficiosas se deben fortalecer y estimular.

El apoyo informacional es valioso para promover estilos de vida saludable esto se realiza mediante acciones de educación individuales y colectivas que la enfermera realiza, En este proceso es importante reconocer el valor de otras fuentes de información generalmente del genero femenino, en las que se ha demostrado que tiene una gran influencia sobre los comportamientos y estilos de vida de la gestante.

Igualmente, la enfermera se convierte en fuente de apoyo tangible a través de los servicios de salud que ofrece la institución, tanto en el área de promoción, como de curación y rehabilitación. Para que el apoyo tangible sea beneficioso es importante ofrecer una atención prenatal, temprana, de amplia cobertura y con una elevada calidad. De otra parte, la enfermera debe contribuir a la identificación de otras fuentes de apoyo tangible como son en Colombia el ICBF y diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan protección a la madre y al niño.

La enfermera no puede desconocer la importancia del apoyo social: emocional,

informativa y tangible, como componentes esenciales del cuidado integral de la mujer durante la gestación. Se debe apoyar a la gestante a identificar las fuentes de estos tipos de apoyo y reconocer el estado en que se encuentran (fuerte o débiles), pero igualmente la enfermera se debe constituir en fuente de apoyo.

- **Dimensión Cultural:** Reconocer la forma como la gestante se cuida durante la gestación, el parto y el posparto, permite proporcionar un cuidado materno perinatal más comprometido con las necesidades, realidades y cotidianidad de la madre. Para enfermería, el conocimiento de las prácticas de cuidado durante la gestación desde la perspectiva de las gestantes, le permitirá plantear intervenciones a nivel de promoción, prevención y atención, que sean más coherentes con las necesidades de la gestante. De esta forma lograr que la experiencia de la gestación sea lo más positiva posible para la madre y el niño.

Así mismo, la enfermera debe promover en la gestante el reconocimiento de las prácticas de cuidado para sí misma y para el hijo por nacer; favoreciendo de esta forma la sensibilización y toma de conciencia para que mantenga los cuidados que son beneficiosos, replantee los que son contraproducentes para su salud y adopte prácticas de cuidado beneficiosas establecidas por los profesionales de la salud. Todo esto va a permitir que la mujer encuentre servicios de salud más cercanos a su cultura y más sensibles a su realidad, lo que puede contribuir a un acercamiento más positivo de estas a las instituciones de salud, reduciendo la brecha entre el cuidado genérico y el cuidado profesional.

La adopción de esta propuesta de cuidado en la práctica de enfermería materno perinatal, va a permitir que la mujer y su grupo familiar encuentre servicios de salud más humanizados, dándole identidad al cuidado de enfermería y haciéndolo más visible y reconocido por los usuarios y los demás miembros del equipo de salud.

BIBLIOGRAFIA

ANTOLINEZ CÁCERES, Berta Rebeca. Espiritualidad y cuidado. El arte y la ciencia del cuidado, Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, Bogotá D.C., 2002, pág. 49-60.

BEE, Alberta M. Legge, Stephannie. Adopción del rol maternal de Ramona Mercer. En: Modelos y Teorías de Enfermería. pp. 391 - 406. 1995.

Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Recomendaciones para salud reproductiva en los países en vías de desarrollo basadas en evidencia científica. No. 3

CAMACHO, Nelsy. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes. Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2002

CANAVAL, Gladys Eugenia, GONZÁLEZ Martha Cecilia, TOVAR María Clara. La experiencia de las mujeres gestantes, lo invisible. Cali. 2000-11-08. CLAP/OMS/OPS. Publicación periódica número 17: salud perinatal Diciembre 98

HERRERA Julián. Aplicación del modelo biopsicosocial para la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. Segunda edición. Ministerio de salud. Colombia, 2001

HURTADO, Nancy Liliana. Practicas de auto cuidado que realizan durante la gestación un grupo de mujeres que asisten a control prenatal. Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2002

GONZÁLEZ MOLINA Julio. (1998) Bosque de M María Teresa. Manos a la salud. Centro Interamericano de estudios de seguridad social. OPS. Cap XII. Redes Sociales. Apoyo y salud. Pags 168-187.

MONTES, María Marlene. Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes embarazadas. XYZ, impresores, Cali. 1999.

MUÑOZ DE RODRÍGUEZ Lucy. El soporte social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y Prácticas de Enfermería. Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 2000

MUÑOZ DE RODRÍGUEZ Lucy. Línea de investigación Prácticas de cuidado materno perinatal. El arte y la ciencia del cuidado. Unibiblos. 2002. pag. 361.

ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO CONTEMPORANEO DE ENFERMERÍA

Olga Marina Vega Angarita*

RESUMEN

Desde hace más o menos cinco décadas se discute y trabaja afanosamente en la clarificación y establecimiento de la naturaleza de enfermería. Enfermería es una disciplina profesional constituida esencialmente de dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional. Como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver problemas que se le interponen o influyen en su logro. Como disciplina es un terreno de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: cuidado y Salud. (Villalobos M^a)

El cuerpo de conocimientos que ofrece un fundamento razonado para el quehacer de enfermería tiene patrones, formas y estructura que enmarcan los horizontes de sus expectativas y representan maneras propias de pensar acerca de los fenómenos de su competencia.

El artículo hace una revisión de la estructura jerárquica del conocimiento de enfermería propuesto por Fawccet (1990), donde sitúa de manera descendente el metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos. Cada uno de los elementos constitutivos propone concepciones dadas por intelectuales de enfermería y describe de manera sintetizada en alguno de ellos, sus principales elementos.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento de enfermería, Filosofía, estructura.

* Docente Asociado Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Especialista Enfermería Medicoquirúrgica Universidad de Cartagena- Universidad Francisco de Paula Santander, Magíster Cuidado de enfermería al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander. Grupo de investigación de cuidado de enfermería GICE. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-Mail: omvega@bari.ufps.edu.co.

SUMMARY

For more or less five decades one has been discussing and it worked laboriously in the clarification and establishment of the nursing nature. In words of Villalobos, nursing is a constituted professional discipline essentially of two parts: a component to discipline and a professional component. As profession takes part in the efforts to improve the future of the quality of life when trying to solve problems that interpose to him or influence in their profit. As it disciplines is a land of knowledge that evolves of independent way and has an individual form to interpret the phenomena of its competition: taken care of and Health.

The body of knowledge that offers a foundation reasoned for the infirmity task has patterns, forms and structure that frame the horizons of their expectations and represent own ways to think about the phenomena of their competition.

The article makes a revision of the hierarchic structure of the knowledge of infirmity proposed by Fawcet (1990), where it locates of descendent way metaparadigma, philosophy, conceptual, models, theories and empirical indicators. Each one of the constituent elements proposes different conceptualizations given by nursing intellectuals and describes of extended way - in some of them -, its components and intentions.

KEY WORDS: Knowledge model, Components, Nursing practice

A la luz de los planteamientos conceptuales de Donaldson y Crowley (1978)¹ conocimiento humano se ha considerado en el contexto de las disciplinas, las cuales han evolucionado como consecuencia de una perspectiva y sintaxis distinta lo cual determina que fenómenos o abstracciones son de interés, en qué contexto se van a ver estos fenómenos, que problemas se van a generar, que métodos de estudio se van a utilizar y que cánones de evidencia y pruebas se van a exigir como resultado de la forma como estas evolucionan. Una disciplina se relaciona con lo cognoscitivo, con el dominio de conocimientos específicos que la diferencian de otras y que delimitan su naturaleza su ser, saber y quehacer.

Cada disciplina reclama un cuerpo de conocimiento distinto y específico y la determinación bajo la cual ese conocimiento debe ser generado, comprobado y

¹ SUE, Donalson, CROWLEY Dorothy, Nursing Outlook, febrero 1978 26(2), traducción Edilma de Reales 1994.

empleado. Por ello Donalson y Crowley (1978) al dilucidar este planteamiento, exponen que "a causa de esa especificidad de cada disciplina y su contexto, el conocimiento se torna específico y no es posible simplificarlo o prestarlo.² El desarrollo conceptual que hasta ahora se ha dado en enfermería refleja la búsqueda insistente de un propio marco que fundamente la identidad de la disciplina y la profesión, y que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud (Vásquez Truissi, 2005).

Se reconoce que enfermería es una disciplina profesional (Jonson, 1959; Leininger, 1968; Dickoff y James, 1968; Donalson&Crowley,1979; Rogers,1971; Bilitsky,1981; Fawcett.1984; Woods & Catansaro,1988, Villalobos 1998); Un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares que evolucionan de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia; Igualmente su desarrollo profesional se fundamenta en los esfuerzos de quienes la ejercen por mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se le interponen en su logro.

Para que el desarrollo disciplinar tenga sentido se requiere de la práctica donde a través de prestar un servicio la enfermería comunica y aplica su saber y allí mismo lo prueba, lo amplia y lo renueva, es decir, la enfermería no puede ser sólo una disciplina o una profesión sino que es una disciplina profesional.³

El cuerpo de conocimientos que ofrece un fundamento razonado para el quehacer de enfermería tiene patrones, formas y estructura que enmarcan los horizontes de sus expectativas y representan maneras propias de pensar acerca de los fenómenos de su Interés: El cuidado y la salud.

Enfermería es una disciplina emergente que busca consolidar un cuerpo de conocimientos relacionado con el estudio de la salud humana. El punto de partida ha sido la identificación de los cuatro conceptos centrales: Salud, Persona, Ambiente y Cuidado, los cuales describen el campo de indagación.⁴ A partir de estos cuatro conceptos, con todos o alguno de ellos, se describen las proposiciones generales y sus relaciones tratando de explicar cual es el aporte de enfermería en esa relación.

¹ SUE, Donalson, CROWLEY Dorothy, Nursing Outlook, febrero 1978 26(2), traducción Edilma de Reales 1994.

² VILLALOBOS, Ma. Mercedes, Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo, proyecto INNOVAR, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1998, p.21

³ SÁNCHEZ, BEATRIZ, Enfermería como Disciplina, Ponencia presentada en XVII Coloquio Nacional de Investigación en enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, octubre 2005.

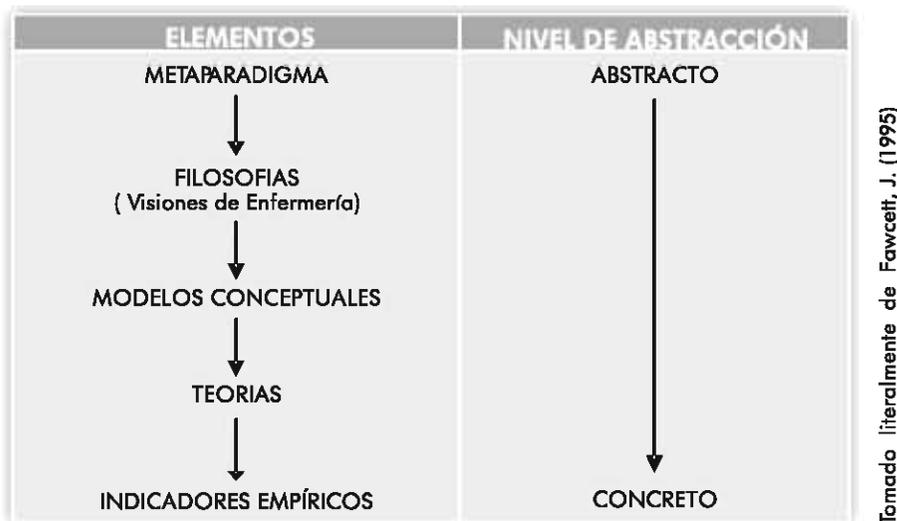
⁴ MORALES Velandia Judith P, El cuidado de Enfermería como vivencia humana, Revista Cultura del Cuidado Enfermería, Vol.1 N°1 Nov. 2004

Al respecto Vásquez⁵, plantea que la enfermera interactúa con la persona y el ambiente con el propósito fundamental de proporcionar salud. Es dentro de éstos grandes componentes y de sus interrelaciones que se ha venido dando el desarrollo conceptual de enfermería y por ende, ha procedido su desarrollo teórico. Igualmente desde su perspectiva histórica, los énfasis en uno u otro componente han variado de acuerdo al momento en que se han vivido. Por tanto estos conceptos no han sido estáticos y permanentes, pues ellos han venido cambiando con el tiempo lo que ha dado un sello dinámico generando nuevos conocimientos, nuevos datos, y nuevas experiencias.

Las ideas globales de lo que entendemos por enfermería han sido organizadas por J. Fawcett (1996), a través de lo que denomina Estructura Jerárquica del Conocimiento; donde sitúa de manera descendente el metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos que vincula al mundo abstracto con el mundo concreto (Figura 1).

En este sentido, la autora considera importante hacer un recorrido conceptual por cada uno de estos componentes, como referente central para la búsqueda de significados en las acciones de ejercicio profesional.

Figura 1 Estructura Jerárquica del conocimiento de enfermería: Componentes y niveles de abstracción



Programa de Enfermería, Universidad Libre de Pereira, p. 28

⁵ Ponencia presentada en el "XVII Coloquio de Investigación en Enfermería realizado en La Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá en octubre del 2005

1. METAPARADIGMA

Dentro de la estructura jerárquica del conocimiento representa el componente de mayor abstracción. Proporciona los parámetros generales o conceptos globales del campo de la disciplina para dirigir su desarrollo. Establece los puntos comunes de la disciplina de enfermería para explicar, explorar o establecer las relaciones entre los fenómenos de su competencia.

Según J. Fawcett todos los modelos conceptuales se encuentran vinculados entre sí; por lo que esta autora define como metaparadigma, el cual se expresa a través de cuatro conceptos identificados como: **Persona**, **ambiente**, **salud**, y **cuidado de enfermería**; siendo estos conceptualizados de manera específica por enfermeras teorizadoras para dar lugar al llamado modelo conceptual.

Villalobos al citar a Flaskerud y Halloran (1980) señala que aunque existen diferencias en las interpretaciones sobre lo que constituye una teoría, la mayoría de las enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos, personas y eventos que requieren de estudio en el área de conocimiento de enfermería. De la misma manera, hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de enfermería a nivel disciplinar y profesional.

En la clarificación de los conceptos nucleares de enfermería, la **Persona** es vista como sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, el colectivo, grupos o comunidades engloban el concepto de persona. El **Ambiente** representa el escenario donde crece interactúa y desarrolla la persona y en el que se reconocen los componentes sociales culturales, espirituales, físicos y psicológicos. Finalmente la **Salud** considerada como la representación de la calidad de vida, como la finalidad de la acción de enfermería y como proceso dinámico y evolutivo.

La función del metaparadigma se refleja en los cuatro requerimientos propuestos por Fawcett en 1992, y referidos por Villalobos⁶ en la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, a saber:

1. Identificar un dominio que se diferencie del de otras disciplinas; según la autora esto sucede cuando los conceptos y proposiciones representan una perspectiva única para la indagación y la práctica.

⁶ VILLALOBOS, María Mercedes, Memorias VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería: Necesidades, Tendencias y Desafíos, Asociación Latinoamericana de Facultades de enfermería, Medellín- Colombia 6, 8 Octubre 2003.

2. Encapsular todos los fenómenos de interés de la disciplina de una forma parsimoniosa. Requisito que se cumple si los conceptos y proposiciones son globales.
3. Proponer una perspectiva neutral. Los conceptos no reflejan una perspectiva filosófica predeterminada.
4. Ser internacional en sustancia y amplitud. Los cuales se logran solo si los conceptos y proposiciones no reflejan propuestas nacionales, étnicas, o tienen orientaciones valorativas o culturales.

FILOSOFIA

Corresponde al segundo componente en la estructura jerárquica del conocimiento. Se define como la búsqueda para la comprensión de la naturaleza humana, con sus realidades, significados, valores y normas de conductas en la medida en que éstos se relacionen con la naturaleza de las sociedades y la educación⁷. De manera más específica, la filosofía representa los enunciados de lo que la gente asume como verdad en relación con el fenómeno de interés para una disciplina (Christenier y Keney 1990).

La epistemología, y la ética son áreas de estudio que abarcan la filosofía las cuales se centran en la búsqueda de la verdad, en la comprensión y significado de los fenómenos observados a través de análisis, razonamiento, argumentación lógica, y no de métodos empíricos.

Desde el punto de vista ontológico y epistemológico, enfermería puede resumir sus posturas o visiones de la realidad y del fenómeno disciplinar. Estas visiones del mundo proponen diferentes conceptualizaciones para los mismos elementos paradigmáticos de la disciplina, diferentes definiciones sobre la naturaleza de las relaciones de estos conceptos, y por lo tanto diferentes maneras de instrumentar y medir los conceptos y sus relaciones.⁸

⁷ J. RIEHL-Sisca. Modelos Conceptuales de Enfermería. Doyma. 3Ra Edición. 1192. p: 3

⁸ REALES Edilma, Componentes y visiones de enfermería, Modelos y teorías de enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogota 2001 p: 31

En el área de la ciencia de enfermería se han identificado tres corrientes filosóficas o paradigmas imperantes en el momento histórico en que vieron la luz (Fawcett, 1995; Fitzpatrick, 1989; Rizzo-Parse, 1987; Meleis, 1997)⁹: la corriente de la categorización; la de integración o totalidad hombre / entorno y la transformación o simultaneidad hombre / entorno.

Las características de cada uno de estos paradigmas no solo han dejado de sentir su influencia sobre el desarrollo de enfermería, sino también sobre el resto de disciplinas científicas. En el análisis de ésta ordenación por paradigmas, S. Kérouac propone la siguiente clasificación (Cuadro N° 1)

Cuadro N° 1. Corrientes Filosóficas de Enfermería

Corriente de la Categorización 1850	Corriente de la Integración o totalidad Hombre/entorno 1952	Corriente de la transformación o simultaneidad hombre / entorno 1970
1. Los fenómenos se pueden orientar en categorías que no guardan relación entre sí.	Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos que se relacionan entre sí.	Desde la perspectiva de este paradigma los fenómenos son únicos en el sentido de que nunca hay dos totalmente iguales.
2. La persona se contempla como un ser integral, aunque hace mayor hincapié en el aspecto biofisiológico que en los aspectos psicológicos, cultural o social y espiritual.	La persona es un todo compuesto por la suma de los aspectos biosociales y espirituales en interacción continua con un medio ambiente.	La persona es holística y unitaria y se identifica por sus patrones.
3. El entorno es hostil a la persona, quien a su vez reacciona frente a él de manera lineal (relación causa-efecto)	El entorno, formado por el medio interno y externo de la persona e influye positivamente o negativamente en su respuesta a los cambios.	El entorno es ilimitado y esta compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte.
4. Los procesos de cambio se ven como indeseables, aceptables sólo para la supervivencia y consecuencia de condiciones previas predecibles.	Los procesos de cambio son deseables y se consideran probabilísticos y consecuencia de múltiples factores previos.	Los procesos de cambio son homeodinámicos.

⁹ RODRIGO, Ma Teresa, FERNANDEZ, Carmen, Navarro, Ma. Victoria, De la Teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Massón, segunda edición 2000, Barcelona, p: 31

Corriente de la Categorización 1850	Corriente de la Integración o totalidad Hombre/entorno 1952	Corriente de la transformación o simultaneidad hombre / entorno 1970
5. La enfermedad tiene un origen unicausal.	La enfermedad es la pérdida de equilibrio o desadaptación ante los procesos de cambio.	La enfermedad no existe como algo negativo, sino como una experiencia que forma parte de la salud.
6. La salud es la ausencia de la enfermedad o lesión.	La salud adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. La salud es la adaptación positiva a los procesos de cambio.	La salud es un equilibrio inestable que promueve el desarrollo y la actualización.
7. El papel de la enfermera es hacer por la persona. El cuidado esta orientado a la solución de problemas, déficit e incapacidades de las personas, quedando desplazado el cuidado como agente de prevención.	El papel de la enfermera es hacer por y con la persona.	El papel de la enfermera es acompañar a la persona en una experiencia de salud. El cuidado se orienta hacia la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define, el acto de cuidar, implica el reconocimiento de valores culturales, creencias y costumbres de la persona.
8. La investigación se orienta a la búsqueda de datos cuantitativos.	La investigación pretende obtener datos cuantitativos y cualitativos.	La única investigación posible es la cualitativa.
9. El único modelo incluido en esta corriente es de Florence Nightingale.	Dentro de ésta corriente Meleis (1997) distingue tres (3) escuelas de pensamiento o tendencias. a. La escuela de necesidades, representada por F. Abdellan, V. Henderson y D. Orem. b. La de interacción, con H. Peplau e I. King. c. La de objetivos, que incluye los trabajos de D. Jonson, C. Roy y B. Newman.	Se identifican dos escuelas o tendencias: La del ser humano unitario, representada por Martha Rogers y R. Rizzo Parse. b. La del Caring, encabezada por los trabajos de J. Watson y M. Lenninger.

MODELOS CONCEPTUALES

Comprenden el tercer componente de la jerarquía del conocimiento. Son sinónimos de estructura conceptual, sistema conceptual, paradigma, y matriz disciplinaria. Son menos abstractos que el metaparadigma, pero más complejos y generales que las teorías.

En general se refieren a imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante palabras o términos descriptivos y proporcionan características para objetos, persona, o acontecimientos. Orientan la práctica de la enfermera proporcionándole una descripción, por ejemplo, de la meta que ella persigue, de su rol y de sus actividades de cuidado.

Según Fawcet citado por Ibañez Alfonso (2003)¹⁰, los modelos en general representan visiones de ciertos fenómenos del mundo pero simbolizan solo una aproximación o significación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Sánchez¹¹ los describe como guías teóricas que orientan la práctica.

En esta perspectiva, los modelos conceptuales de enfermería son representaciones de la realidad práctica y constituyen los factores implícitos y la relación que guardan entre sí.

COMPONENTES DE UN MODELO CONCEPTUAL

Los modelos conceptuales aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser la enfermería, constan de los mismos elementos¹²

1. Asunciones científicas o postulados. En el modelo conceptual representan “El cómo” ofrecen el sustrato teórico y científico sobre el que descansa el proceso de cuidar en un modelo concreto. Son afirmaciones teóricas sobre la persona, entorno, la salud y el rol de enfermería.
2. Asunciones filosóficas o valores. Este componente simboliza “El porque” del modelo teórico. Refleja las creencias, que sobre la naturaleza del mundo del ser humano, de la salud, y las metas profesionales tienen sus seguidores. Por su naturaleza estos valores no son cuestionables.
3. Elementos. Son el componente del modelo que nos muestra las categorías

¹⁰ IBAÑEZ Alfonso, Luz E. “El Proceso de Enfermería”. Universidad Industrial de Santander. Primera Edición 2003. Pág. 13

¹¹ SÁNCHEZ B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: el arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002; pp 13-30.

¹² RODRIGO María Teresa, FERNÁNDEZ FERRÍN Carmen, NAVARRO GÓMEZ María V, De la Teoría a la Práctica: Pensamiento de Virginia Hendersón en el siglo XXI, op.cite p: 30

implicadas en el proceso de cuidar. Corresponde al “que” del modelo y en cada uno de ellos se hacen orientaciones específicas que orientan la adopción en la práctica. Los elementos de un modelo son:

- La meta o el fin de los cuidados, es decir, el objetivo que se persigue en el proceso de cuidar.
- El sujeto, la persona, el cliente o grupo que participa en el proceso de cuidar.
- Foco de la intervención de enfermería consecuencias y resultados en el acto de cuidar.

SIGNIFICANCIA DE LOS MODELOS CONCEPTUALES

Un modelo conceptual ofrece una perspectiva única a partir de la cual las enfermeras pueden desarrollar los conocimientos que le servirán para su práctica (Kérouac,2002). Estos modelos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de enfermería quienes los han propuesto.¹³

La revisión bibliográfica efectuada documenta un soporte amplio sobre la relevancia que reviste para la disciplina profesional su adopción y aplicación:

- Proporcionan una base teórica y científica para llevar a la práctica el trabajo de enfermería.
- Permiten que los profesionales trabajen con fundamento y evidencia en una actividad reflexiva y autónoma.
- Ofrecen habilidades analíticas que ayudan a los profesionales en todos sus niveles de actuación a realizar intervenciones más deliberadamente.
- Facilitan la actuación del profesional con sentido y conciencia “de lo” y “por lo” realizado en el abordaje del cuidado al permitirle descubrir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de su interés.
- Circunscriben la identidad de la enfermería en el seno de la comunidad a quien presta sus servicios.

¹³ MORENO M^a Elisa, Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. en: Revista Aquichan, Vol. 5 N°1(5), 2005 Facultad de enfermería Universidad de la Sabana, pp: 44-55

- Establecen una definición de los límites de la profesión y una descripción de la naturaleza de la misma en relación con las personas a las que sirve.
- Identifican y clarifican la relación de la enfermería con otros profesionales de la salud.
- Determinan para las enfermeras y la sociedad la misión y las metas de la profesión.
- Sirven como vehículo para etiquetar y clasificar los fenómenos pertinentes.
- Proporcionan un medio para el crecimiento teórico, coherencia conceptual, continuidad y unidad dentro de la profesión.

Permiten desarrollar guías para la práctica, investigación, docencia y gestión de los cuidados enfermeros. En la administración promueve una estructura sistemática de las situaciones administrativas del cuidado de enfermería. En la investigación los modelos facilitan la organización del conocimiento y guían el investigador con respecto al problema a estudiar, metodología e instrumentos a utilizar (González Juárez L.)¹⁴

En la docencia, los modelos conceptuales ofrecen los términos específicos para hacer más operativos los conceptos centrales de la disciplina y guiar el cuidado. Según Meleis y Price (1988), citado por Kérouac (2005), desarrollar un entorno y un contexto que valoricen el pensamiento enfermero y la integración de las concepciones y teorías a todos los niveles de un programa de formación parece ser la forma privilegiada de unir la teoría y la práctica. Guían el proceso general en el diseño del currículo al proporcionar en palabras de Moreno (2005)¹⁵ los lineamientos generales de los contenidos y de las estrategias que deben emplearse, y otorga una visión particular a la educación de enfermería.

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA

En un intento por estudiar mejor los modelos conceptuales, algunas enfermeras han tratado de agruparlos a partir de la identificación de aquellos aspectos que tenían en común, por ejemplo, Fawcett los vincula entre sí a través de los conceptos comunes (metaparadigma), pero además éstos aspectos comunes se pueden identificar a partir del análisis comparativo de las propuestas. Paul Beck en 1976, propone la agrupación de los modelos en cuatro (4) categorías o tendencias; considerando para ello el concepto dado a cada uno de los elementos del metaparadigma.¹⁶

¹⁴ González Juárez L, Introducción a los modelos y teorías en enfermería. En:

<http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/introalmodelosPDF.pdf>, [Junio 2005]

¹⁵ MORENO M^a Elisa, Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. en: Revista Aquichan, Vol. N°1(5), 2005 Facultad de enfermería Universidad de la Sabana, pp: 44-55

¹⁶ Benavent Garces M.Maria Amparo, Francisco del Rey Cristina, Modelos de cuidados, Enfermería 21, España, 2002, p:155

- La tendencia ecologista: en el que se plantea la relación del medio ambiente y la naturaleza en el estado de la salud; relación que influye en el proceso de cuidar, el modelo de Florence Nigthingale reúne este requisito.
- Tendencia existencialista: en la que le planteamiento de algunos modelos sustentan la relación la salud y características preferentemente psicológicas como referentes de ésta tendencia, Beck cita a M. Levine, N. Roper, C. Roy.
- Tendencia Cósmica: Existe una clara relación entre la salud y el medio ambiente que rodea el individuo entendido éste como un sistema abierto que comunica al sujeto, ejemplo: Modelo de M. Rogers.
- Tendencia sociológica: en el que se hace evidente el planteamiento de algunos modelos de la relación entre la salud y la dinámica social; D. Orem y A. Meleis son representantes de ésta tendencia.

TEORIAS DE ENFERMERÍA

Según la estructura Jerárquica, constituye el cuarto componente del conocimiento contemporáneo de enfermería, son menos abstractos que los modelos conceptuales, pero más complejos que los indicadores empíricos. Simbolizan el conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan un punto de vista sistemático acerca de los fenómenos, indicando interacciones específicas entre los conceptos.¹⁷

Para enfermería la adopción de una teoría representa según los planteamientos de Chinn y Jacobs (1987): "Eliminar los azares del ejercicio basado en las conveniencias del momento"; ayuda a fundamentar las bases adecuadas para la continua descripción, explicación y predicción de los fenómenos propios de la disciplina y la práctica. Igualmente afecta en forma directa el juicio profesional, pues su conocimiento y desarrollo exige habilidad analítica, profundidad de pensamiento; facilita el manejo de nuevos instrumentos de análisis y ayuda a los profesionales en todos los niveles a reflexionar sobre sus acciones.

De otra parte la teoría tiene valor como medio para guiar o canalizar la función de la profesión, incluyendo la dirección de la educación, la investigación y la práctica con puntos de unión entre las tres. Cuando se considera a la teoría como medio para lograr la autonomía profesional, una suposición operativa es que el conocimiento teórico es una base para alcanzar el poder.¹⁸

¹⁷ PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Teoría y Enfermería. Un punto de vista sistemático Antología Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 1987.

¹⁸ PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Op.Cite p.40

Los componentes de la teoría se resumen en: metas, conceptos, definiciones, relaciones, estructuras y supuestos.

META: son los propósitos generales para los cuales se crea la teoría y propone los límites de los eventos a los cuales aplica.

CONCEPTOS: se identifican buscando términos o grupos de términos que representan objetos, propiedades o eventos dentro de la teoría.

DEFINICIONES: vistos como cualquier intento explícito o implícito para clarificar el sentido de un concepto.

RELACIONES: Proveen una visión de los enlaces o vínculos entre los conceptos y pueden tomar diferentes formas.

ESTRUCTURA: permite apreciar una forma general de las relaciones conceptuales de la teoría.

SUPUESTOS: son aquellas verdades aceptadas y básicas que fundamentan el razonamiento teórico.

CLASIFICACIÓN DE LAS TEORIAS

Las teorías de enfermería se pueden clasificar en dos formas: por su alcance y por su función.

1. **Por su alcance:** abordan fenómenos relativamente específicos y solo varían en el nivel de especificidad y concreción de conceptos. Al respecto se reconocen 3 niveles:

a. teoría del alcance amplio: también nominadas grandes teorías guardan relación abstracta que no pueden ser observadas en la realidad, según Marriner (1998 Pág. 5)¹⁹ "exigen una mejor especificación y fragmentación de sus enunciados para poderlos comprobar y verificar en un plano teórico.

¹⁹ MARRINER Tomey Raile, modelos y teorías en Enfermería, ediciones Harcouth Brace Mosby 5º - ed. Madrid. 1998

b. Teoría del alcance medio: son más específicas tienen un número limitado de conceptos y pueden ser aprobados en forma directa en la realidad, ejemplo: Los conceptos de condicionantes básicos (edad, estado civil,...) propuestos en la teoría de Dorotea Orem.

c. Microteoría: Menos compleja y más específica se ha definido como conjunto de enunciados teóricos por lo general hipótesis relativas a fenómenos muy concretos.

2. **Según el tipo de función:** Se adecuan para distintos propósitos (Dickoffy James. 1968 y Walther, 1983).²⁰ El nivel inferior correspondiente a la teoría que tiene por objeto la descripción (teoría para el aislamiento de factores); requiere que los factores o variables involucrados, se identifiquen y definan con claridad, el objeto del siguiente nivel de teoría consiste en la explicación de una situación (teoría para relacionar factores), que requieren la identificación de las posibles relaciones entre variables, el tercer nivel de teoría tiene por objeto predecir los resultados cuando se manipulan las variables (teoría para relacionar situaciones); El cuarto y más alto nivel de teoría, tiene por objeto controlar la situación (teoría para la producción de situaciones) este nivel permite prescribir medidas que producirán metas deseadas.

En conclusión, el desarrollo del conocimiento de enfermería es la expresión de un ejercicio profesional extenso anclado en el contexto histórico, y moldeado por los acontecimientos sociales, políticos, económicos que han definido su saber y quehacer. Como bien lo planteó Kerouac²¹ en su libro *El Pensamiento enfermero*: "La disciplina de enfermería ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. El estudio de los paradigmas, las concepciones y principios que han guiado la profesión es esencial para la comprensión de la naturaleza de los cuidados, a fin de descubrir o redescubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido todavía".

BIBLIOGRAFIA

Benavent Garces M Maria Amparo, Francisco del Rey Cristina, *Modelos de cuidados, Enfermería 21, España, 2002, p:155*

Conceptualización, Facultad de Enfermería, Centro Editorial Javeriano, 2001, p.29

²⁰ LEYDDY Sussan, PEPPER S. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS. 1989 p. 135

²¹ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE andré, *el Pensamiento enfermero*, Massón, Barcelona España, 2005, p. 10

DURAN de Villalobos Ma. Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo, Proyecto innovar, Universidad Nacional de Colombia, 1998

FAWCETT, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Third Edition. Philadelphia: FA. Davis Company. Cap 1.

González Juárez L, Introducción a los modelos y teorías en enfermería. En: <http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/intracalmodelosPDF.pdf>, [Junio 2005]

IBAÑEZ Alfonso, Luz E. "El Proceso de Enfermería". Universidad Industrial de Santander. Primera Edición 2003. Pág. 13

J. RIEHL-Sisca. Modelos Conceptuales de Enfermería. Doyma. 3Ra Edición. 1192. p: 3

KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE andré, el Pensamiento enfermero, Massón, Barcelona España, 2005, p. 10

LEYDDY Sussan, PEPPER S. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS. 1989 p. 135

MARRINER Tomey Raile, modelos y teorías en Enfermería, ediciones Harcouth Brace Mosby 5ª- ed. Madrid. 1998.

MORALES Velandia Judith P, El cuidado de Enfermería como vivencia humana, Revista Cultura del Cuidado Enfermería, Vol.1 N°1 Nov. 2004 Programa de Enfermería, Universidad Libre de Pereira, p. 28

MORENO Mª Elisa, Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. en: Revista Aquichan, Vol. 5 N°1 (5), 2005 Facultad de enfermería Universidad de la Sabana, pp: 44-55

MORENO Mª Elisa, Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. en: Revista Aquichan, Vol. N°1 (5), 2005 Facultad de enfermería Universidad de la Sabana, pp: 44-55

PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Op.Cite p.40

PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Teoría y Enfermería. Un punto de vista sistemático Antología Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 1987.

Ponencia presentada en el "XVII Coloquio de Investigación en Enfermería realizado en La Pontificia Universidad Javeriana, Bogota en octubre del 2005

REALES Edilma, Componentes y visiones de enfermería, Modelos y teorías de enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogota 2001 p: 31

RODRIGO Maria Teresa, FERNÁNDEZ FERRÍN Carmen, NAVARRO GÓMEZ Maria V, De la Teoría a la Practica: Pensamiento de Virginia Hendersón en el siglo XXI, op.cite p: 30

RODRIGO, Ma Teresa, FERNANDEZ, Carmen, Navarro, Ma. Victoria, De la Teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Massón, segunda edición 2000, Barcelona, p: 31

SÁNCHEZ B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: el arte y la ciencia del cuidado. Bogota: Unibiblos, 2002; pp 13-30.

SÁNCHEZ, BEATRIZ, Enfermería como Disciplina, Ponencia presentada en XVII Coloquio Nacional de Investigación en enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, octubre 2005.

SUE, Donalson, CROWLEY Dorothy, Nursing Outlook, febrero 1978 26(2), traducción Edilma de Reales 1994.

TORRES PIQUE Ana Maria, Experiencia de conceptualización en enfermería. Grupo de VILLALOBOS, Ma. Mercedes, Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo, proyecto INNOVAR, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1998, p.21

VILLALOBOS, Maria Mercedes, Memorias VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería: Necesidades, Tendencias y Desafíos, Asociación Latinoamericana de Facultades de enfermería, Medellín- Colombia 6, 8 Octubre 2003.

TEORIAS DE ENFERMERIA PARA EL ABORDAJE DEL CUIDADO DE PERSONAS EN SITUACION DE ENFERMEDAD CRONICA.

Dianne Sofía González Escobar *

RESUMEN

Los profesionales de enfermería en su práctica cotidiana afrontan experiencias de cuidado con personas en situación de enfermedad crónica según su trayectoria; algunas de ellas impregnadas de dolor, sufrimiento y desesperanza, lo que la convierte en una experiencia individual; donde la percepción y el significado difiere de una persona a otra. Al constatar esta realidad enfermería tiene como recurso los marcos teóricos que orienten su práctica de cuidado. Para ello, el artículo inicialmente aborda el contexto epidemiológico de las enfermedades crónicas, su caracterización según algunas variables y efectos en quienes las padecen, finalmente se presentan dos teorías de mediano rango afines con la problemática que representa esta situación de salud.

PALABRAS CLAVES: Teorías de Enfermería - Cuidado de Enfermería - Personas en situación de enfermedad crónica

SUMMARY

The professionals of infirmery in their daily practice confront experiences of well-taken care of with people in situation of chronic disease according to their trajectory; some of impregnated them of pain, suffering and hopelessness, which turns it an individual experience; where the perception and the meaning differ from a person to another one. When stating this reality infirmery has like resource the theoretical marks that orient their

* Enfermera Docente Asistente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Magíster den Educación de Adultos, Universidad San Buenaventura. Especialista en Practica Pedagógica Universitaria, Univeridad Francisco de Paula Santander. Magister Enfermería en Cuidado al Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia-UFPS. Miembro Grupo Cuidado de Enfermería GICE Universidad Francisco de Paula Santander. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-mail dsgonzal@bari.ufps.edu.co.

practice of care. For it, the article initially approaches the context epidemiologist of the chronic diseases, its characterization according to some variables and effects in those who suffer them, finally appear two compatible theories of medium rank with the problematic one that marks this situation on a map of health.

KEY WORDS: Theories of Nursing-Care of Nursing-People in situation of chronic disease.

En América Latina y en el mundo, fenómenos interactuantes en todas las regiones han generado un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre los factores que destaca la organización Panamericana de la Salud¹, se encuentran el avance y acceso a la tecnología en el manejo de situaciones de enfermedad aguda, tendencia en aumento al consumo de sustancias nocivas, contaminación atmosférica, índices de accidentalidad laboral y de tránsito, profundas secuelas en la salud de las personas por las condiciones de pobreza y violencia, el proceso de envejecimiento de la población y los estilos de vida cada vez menos saludables.

Esta y otras situaciones reflejan la problemática de salud pública que viene enfrentando el mundo, por la cual en las últimas décadas se han generado discusiones teóricas y prácticas que posibilitaron el surgimiento de declaraciones internacionales y políticas encaminadas a definir las estrategias y orientar las acciones en salud para la prevención, atención y control de las enfermedades y los problemas sociales que representan y acompañan.

Las enfermedades crónicas ocupan un importante lugar en el perfil epidemiológico en el país y en el mundo, por las características de su evolución producen en quienes la padecen secuelas generalmente multisistémicas que generan cambios significativos en el estilo de vida, necesidades especiales y específicas de cuidado y autocuidado, según las discapacidades y limitaciones que las complicaciones de su evolución causen. Esta situación afecta no solo a la persona que padece la enfermedad sino a su grupo familiar, quien generalmente actúa como cuidador principal.

Gran parte de las enfermedades crónicas comparten aspectos asociados al sufrimiento

¹ Organización Panamericana de la Salud, Salud en Las América. OMS. OPS, USA. 1.998

físico y emocional, que afecta significativamente a la persona que enfrenta la situación de enfermedad y a su familia, con un gran impacto en la calidad de vida, por las necesidades y demandas de cuidado y apoyo que generan.

La enfermedad crónica se define como los trastornos orgánicos y funcionales que obligan a la modificación del modo de vida del paciente y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo.

Estas enfermedades tienen entre sus características comunes las siguientes²:

- Son permanentes e irreversibles, cursando con alteraciones residuales.
- Son multicausales y se deben afrontar desde una perspectiva multicausal.
- Requieren de entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y de la colaboración de ambos con el equipo de salud.
- Precisan largos periodos de cuidados y tratamiento para su control y para contrarrestar los efectos de la enfermedad.
- Conllevan sentimientos de pérdida como componente específico y predominante en cualquier tipo de enfermedad crónica.

En el estudio de las enfermedades crónicas se han realizado propuestas de clasificación, atendiendo los aspectos predominantes de cada una de ellas; Kielly (1.985)³, en la agrupación que propone destaca dentro de éstas las que prioritariamente limitan la capacidad de socialización como las enfermedades mentales. Sin embargo, debe tenerse presente que toda situación de enfermedad crónica afecta en mayor o menor grado la dimensión social de la persona que vive la experiencia, así como de quien ejerce la función de cuidador familiar.

Cuando a una persona se le diagnostica o padece una enfermedad crónica se ven afectadas sus dimensiones físicas, psicológicas, familiares, sociales y laborales, dependiendo de la intensidad, naturaleza del trastorno y gravedad de este, así como de aspectos individuales del sujeto como la responsabilidad y los recursos disponibles.

Entre los problemas asociados a la cronicidad, se identifican:

Los problemas físicos, independientemente de la naturaleza del proceso pueden ser de dos tipos, los derivados del propio trastorno y los que son consecuencia de los

² Novel G, MT Lluch y Rourera A. Aspectos Psicosociales del Enfermo Crónico. Enfermería Psicosocial. Vol II. Salvat, barcelona. 1.991. PP: 239 - 241

³ Moreno Flores, P .L. Enfermedad Crónica: Problemas de Rehabilitación, Adaptación y Dolor Crónico. Pag3. www.sepsiatria.org/sepsiatria/html/informacion

tratamientos médicos mantenidos.

Los problemas laborales, puesto que pueden obligar a la persona a adecuar su actividad laboral o incluso a su abandono por las características de la enfermedad o sus secuelas.

Problemas familiares y sociales, en el área familiar los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida del rol del paciente y la consiguiente alteración de la homeostasis familiar.

Los problemas sociales dependen en gran medida de la pérdida de relaciones y lazos afectivos, los más significativos son los cambios de estatus motivados por los cambios o pérdida de empleo, aislamiento social, utilización del tiempo libre y la modificación en la utilización del tiempo libre y calidad y cantidad de interacciones sociales.

La experiencia de vivir en situación de enfermedad crónica y todo lo que ésta puede generar: dolor, limitación, discapacidad, mutilación o aislamiento, representa una experiencia individual donde la percepción y el significado difiere de una persona a otra; aun cuando compartan las condiciones desencadenantes y sus efectos, cuentan con los mismos recursos terapéuticos y sociales para su atención.

Los profesionales de enfermería en su práctica cotidiana afrontan experiencias de cuidado con personas en situación de enfermedad crónica en diferentes fases, algunas de ellas impregnadas de dolor, sufrimiento y desesperanza. Para el control del dolor y otros síntomas asociados a estas situaciones se cuenta con grandiosos avances, sin embargo para el cuidado, acompañamiento y apoyo que requieren quienes enfrentan la enfermedad y sus cuidadores familiares, la mayoría de las veces no se tienen los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para abordarlas asertivamente, se actúa y se responde de manera intuitiva.

El desarrollo de estrategias y medidas de atención y cuidado, demanda el trabajo continuo e integrado del equipo de enfermería, y otras profesiones del área de la salud, que posibiliten el abordaje de las dimensiones físico-biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales que involucra esta experiencia humana.

El cuidado se ha identificado como la esencia de la enfermería, sin embargo este concepto ha sido abordado y descrito por otras disciplinas además de la enfermería. El estudio del cuidado ha permitido comprender la importancia y magnitud del cuidado de enfermería para la salud, el desarrollo y supervivencia humana. Sin embargo, el cuidado no es una acción exclusiva de enfermería, gran parte de las actividades que se

realizan alrededor del cuidado del ser humano en situación de salud enfermedad son realizadas a un nivel no profesional en los ámbitos de la vida cotidiana.

Cuidar se refiere a aquellos actos de asistencia, soporte, ayuda y conservación que le permiten y facilitan a las personas con necesidades poder mejorar su condición de vida o anticiparse a las necesidades.

El trabajo de enfermería en cuidado crónico, como lo refiere Sánchez (2.002)⁴, requiere orientar los esfuerzos holística y primordialmente a fortalecer el cuidado de la vida total de la persona, a responder a sus aspiraciones y patrones mas que a una dimensión circunstancial de enfermedad o limitación resultante de la misma. La enfermedad por si sola no determina las necesidades del individuo sino que estas surgen, se solucionan o incrementan por la forma en que se vive la experiencia y el significado que se le otorgue.

Lo anterior determina que la conceptualización y la practica de la enfermería debe centrarse en el cuidado y en la comprensión de la vivencia de las experiencias de salud en situación de enfermedad crónica, el profundo impacto que tiene en la vida de las personas, en su relación con el entorno y en el entorno mismo. Así, el marco de referencia para el cuidado de enfermería de las personas que viven en situación de enfermedad crónica debe contemplar que⁵:

- Se cuida a la persona no a la enfermedad.
- La percepción de la situación se asocia con las creencias culturales, religiosas, valores e ideologías.
- Los sentimientos de las personas cambian durante el largo curso de la enfermedad.
- Las vivencias en situación de enfermedad generan nuevas experiencias que modifican la vida de la persona enferma y su núcleo familiar.
- La experiencia de vivir con enfermedad crónica confronta a las personas a la realidad de la muerte o con la limitación progresiva de la funcionalidad y falta de control sobre su propia vida.
- Los cambios continuos generan dificultades de aceptación en muchas personas en esta situación de vida.

El cuidado requiere sentimiento y habilidades de conexión e inclusión, al igual que de

⁴ Sánchez Herrera, Beatriz. El Cuidado de la Salud de las Personas que viven Situaciones de Enfermedad Crónica en América Latina. Actualidad de Enfermería . Vol.5. Marzo 2.002 Pág 14

⁵ Ibid Pag 15

conocimiento y habilidades para la entrega del cuidado. Retomando los planteamientos de B. Place (1.993)⁶, en el contexto del cuidado de las personas que viven con enfermedad crónica, cuidar a otro requiere conocimiento; conocimiento de lo que la enfermedad significa para ellos y el impacto que esto tiene en sus vidas, así como sus esperanzas y metas, sus creencias y valores.

En este orden de ideas, el cuidado en el contexto de la enfermedad crónica, va mucho más allá de las acciones terapéuticas tradicionales para la detección, atención y control de las respuestas físicas de la enfermedad y al planteamiento de metas inalcanzables para la persona que la padece. Requiere acercarse realmente e involucrarse en la experiencia y en la realidad de vida del otro, para poder comprender y responder verdaderamente a las demandas de cuidado desde sus expectativas, necesidades y recursos.

Enfermería tiene una posición privilegiada en la explicación a otros del mundo del enfermo, su familia y los procesos que acontecen en su interior; enfermería conoce esos mundos como no lo hace otra disciplina.⁷ La investigación representa para enfermería la posibilidad de sistematizar este conocimiento y construir a partir de él los aportes teóricos para la práctica de cuidado. El estudio del cuidado en situación de enfermedad crónica, por su complejidad y multidimensionalidad, requiere de procesos investigativos, con abordajes cualitativos y cuantitativos, que involucren a los agentes de cuidado y a los receptores del mismo.

En la actualidad existen algunas perspectivas teóricas para el abordaje de las situaciones de enfermedad crónica producto de experiencias investigativas, que incluyen un énfasis sobre los procesos de respuesta del cliente y su integración, el ajuste y adaptación, y la anticipación a las demandas relacionadas con la enfermedad y sus crisis. Entre ellas se encuentran las teorías de rango medio de Merle Mishel (1.984)⁸ sobre La Incertidumbre frente a la Enfermedad, y la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth R. Lenz y Colaboradores⁹.

⁶ Place, Barbara. Entender el significado de la Enfermedad Crónica: Un requisito para Cuidar. Cap. 19 en Gaut, Delores. Una Agenda Global de Cuidado. National League For Nursing Press, N.Y. 1.993. Pp 281-291. Traducción Beatriz Sánchez Herrera.

⁷ De la Cuesta, Carmen.. Investigación cualitativa y enfermería", Index de Enfermería 2000; IX (28- 29).

⁸ Marriner- Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Unidad IV. Teorías Intermedias. La Incertidumbre frente a la Enfermedad. Merle Mishel. Cap 30. Pp 561 - 584

⁹ Lenz, Elizabeth. Suppe, Frederic. Giff, Audrey G. Pugh, Linda C y Milligan, Renee. Desarrollo Colaborativo de Teorías de rango Medio : Hacia Una Teoría de Sintomas Desagradables. Modulo Area de Enfasis III. Cuidado al Paciente Crónico. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia .2.004 .Pp 1 - 14

Se plantean teorías en razón a que una teoría de enfermería, es la conceptualización de una realidad ideal o descubierta, relacionada con enfermería, articulada y comunicada, que tiene el propósito de describir, explicar o prescribir realidades del cuidado de enfermería. Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos. Presentan un marco de referencia más concreto y específico que un modelo conceptual, que permiten llevarlas a la acción. Específicamente las teorías de rango medio, encierran un número limitado de conceptos y aspectos del mundo real, que les permite un mayor acercamiento en la práctica.¹⁰

Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel.

Esta teoría, describe como los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado a partir de éstos eventos, por lo cual tiene particular importancia para entender la respuesta cognitiva y de manejo del individuo hacia la enfermedad crónica.

La incertidumbre, es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y/o no es capaz de predecir con exactitud que resultados se obtendrán.

La incertidumbre invade casi cada aspecto de la vida de la persona crónicamente enferma, por lo tanto sus efectos se condensan y enfrentan la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión provocada por la constante incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

La incertidumbre en situaciones de enfermedad crónica puede conducir a un nuevo nivel de organización y una nueva perspectiva de vida, incorporando la madurez y el cambio.

Las fuentes de la incertidumbre son la inconsistencia de los patrones de síntomas, la inconsistencia entre los eventos esperados y los relacionados con la enfermedad, y la poca familiaridad y complejidad de los eventos. En las personas con enfermedad crónica

¹⁰ FAWCETT, Jacqueline. Análisis and evaluation of conceptual Models Nursings, Trid Edition. EdtFA.Davis Company. Philadephia.1995. Chapter1. Traducido por: Yolanda Dallos González. Universidad de la Sabana.

el experimentar remisiones y exacerbaciones, interrumpe el patrón predecible de los síntomas; la congruencia en los eventos puede no suceder si la persona espera ser curada así experimente recurrencia de la enfermedad o cuando el tratamiento no produce los resultados deseados.

La capacidad cognitiva es la habilidad de la persona de procesar la información y refleja tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación. En la enfermedad crónica la capacidad cognitiva se altera por la enfermedad, el dolor y el miedo. Las incongruencias antes mencionadas y la disminución de la capacidad cognitiva crean incertidumbre.

Existen mecanismos proveedores de estructura, que pueden aumentar o disminuir la incertidumbre, estos son la educación, el apoyo social de las personas significativas y la confianza en los proveedores de cuidado como autoridades creíbles, entre ellos la enfermera.

La incertidumbre puede ser valorada como un peligro o una oportunidad, como peligro provoca un serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre y controlar las respuestas emocionales que esta genera. Cuando se valora como oportunidad, provoca esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantener la incertidumbre.

Existen dos estrategias de afrontamiento: la movilización que contiene las estrategias de acción directa, vigilancia y búsqueda de información, mientras que el manejo del afecto contiene métodos de fe, desapego y soporte cognitivo.

Si las estrategias de afrontamiento son efectivas para un evento incierto valorado como peligro u oportunidad ocurre la adaptación, definida esta como un comportamiento biosicosocial que ocurre dentro del margen definido como usual en la persona. La adaptación es el resultado final deseado.

La incertidumbre generada en el ser humano por la enfermedad crónica trae consigo una serie de cambios radicales para él y para su familia. Para el paciente supone una ruptura de su vida anterior, incertidumbre por su enfermedad y múltiples síntomas, además de una difícil adaptación a la nueva situación laboral, social, familiar y espiritual. Para la familia del paciente, en su mayoría cuidadores primarios, supone una serie de cambios estructurales, económicos, psicológicos y sociales

El estudio de la teoría de la incertidumbre según Mishel, representa un área de indagación en el cuál muchos investigadores han estudiado el mismo fenómeno. Sin

embargo, se necesita de un estudio continuado con diferentes poblaciones de pacientes y escenarios para medir la teoría y confirmar su posibilidad de generalización en la práctica de enfermería. Aun existen partes de la teoría que requieren validación empírica, como son: Los antecedentes que influyen la valoración de la incertidumbre como peligro; influencias cognitivas en el marco de los estímulos; estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo en una situación de valoración de peligro y nexos entre el enfrentamiento efectivo y adaptación.

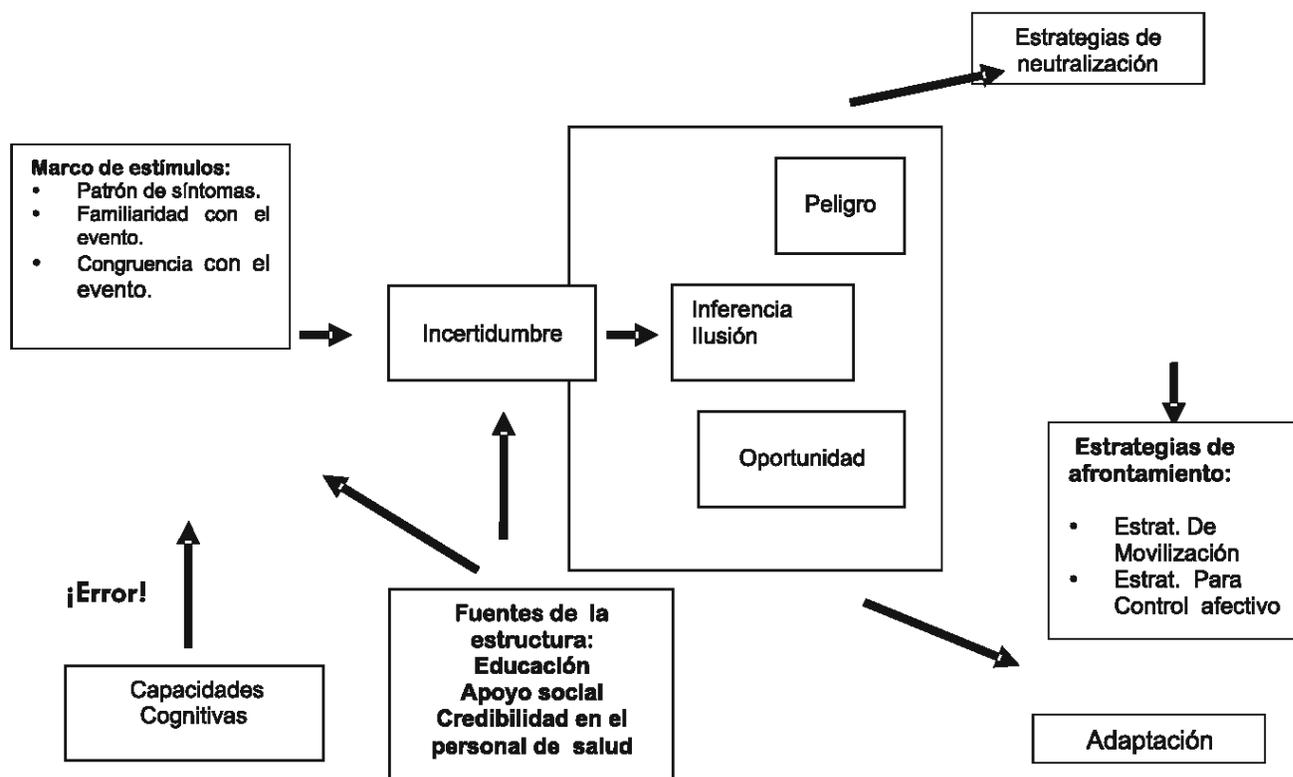


Figura 1. Modelo de Incertidumbre frente a la enfermedad. Tomado de Marriner Tomey .2003 **Teoría de los Síntomas Desagradables.**

Como lo refiere Barrera Ortiz¹¹, esta teoría fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de síntomas, a través de un esfuerzo colaborativo de investigadores comprometidos en la práctica clínica.

¹¹ Barrera Ortiz Lucy, " Programa de Cuidado de Enfermería Dirigido A Niños y Familias con Enfermedad Crónica 'Fibrosis Quística', Revista Actualizaciones en Enfermería, Vol 6, No 2, junio 2.003 .Fundación Santa Fe de Bogotá Pág.: 11

Como lo refiere Barrera Ortiz¹¹, esta teoría fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de síntomas, a través de un esfuerzo colaborativo de investigadores comprometidos en la práctica clínica.

La Teoría de los síntomas desagradables se estructura en tres componentes mayores: los

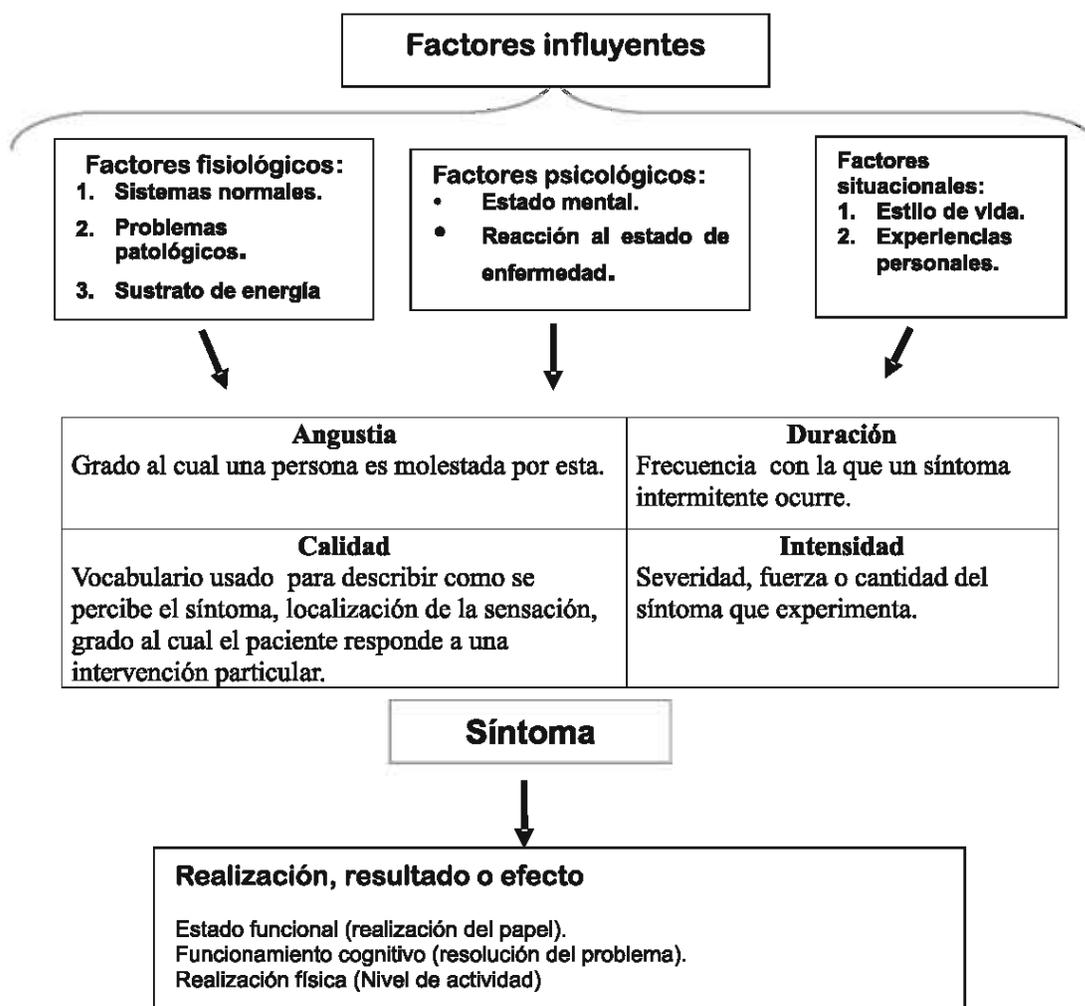


Figura 2. Teoría de los Síntomas Desagradables. Lenz, Gift, Suppe, Pugh y Milligan

Los síntomas son el enfoque central de la teoría, representan los indicadores percibidos de cambio en el funcionamiento normal como los experimentan los pacientes. Estos pueden ocurrir aislados (disnea), o en forma simultánea (disnea más fatiga), como resultado de un evento simple o actividad.

Los síntomas son el enfoque central de la teoría, representan los indicadores percibidos de cambio en el funcionamiento normal como los experimentan los pacientes. Estos pueden ocurrir aislados (disnea), o en forma simultánea (disnea más fatiga), como resultado de un evento simple o actividad.

Cada síntoma se conceptualiza como una experiencia multidimensional, que puede cuantificarse en dimensiones comunes: Intensidad (fuerza y severidad), coordinación (duración y frecuencia de la ocurrencia), nivel percibido de angustia (grado de incomodidad o molestia), y calidad.

Esta teoría identifica tres categorías de variables como influyentes de los síntomas, que actúan de forma interrelacionada, estos son: factores fisiológicos, factores psicológicos y factores situacionales.

Los factores fisiológicos, incluyen el funcionamiento normal de los sistemas corporales, la existencia de cualquier patología incluyendo el trauma y el nivel de energía del individuo.

El factor psicológico, contempla el estado mental del individuo o el humor, la reacción afectiva a la enfermedad y el grado de incertidumbre y conocimiento acerca de los síntomas y sus posibles significados.

Los factores situacionales, incluyen aspectos del ambiente social y físico que pueden afectar la experiencia y reporte del síntoma del individuo.

El componente final de la teoría es la realización de la experiencia del síntoma, que involucra actividades cognitivas y funcionales; las cognitivas incluyen la concentración, pensamiento resolución de problemas. Las segundas, incluyen la actividad física, actividades de la vida diaria y las actividades sociales de interacción.

La teoría de los síntomas desagradables se desarrollo a través de investigación deductiva e inductiva, inicialmente de los conceptos de disnea y fatiga.

Los postulados de la teoría de los síntomas desagradables se articulan coherentemente con los diagnósticos y las intervenciones de enfermería clasificadas por la taxonomía desarrollada por la NANDA y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y de objetivos NOC; lo que refleja la aplicabilidad de esta teoría en la práctica.

A manera de conclusión, la aplicación de teorías en la práctica de enfermería encuentra significado en la medida que a partir de los referentes existentes se reflexione y reconozca que da amplias posibilidades representadas en aspectos como:

Las teorías son esenciales para la profesión, proporcionan el núcleo a los objetivos de la práctica; definen los límites de la profesión y una descripción de la naturaleza de la misma en relación con las personas que sirve. Los líderes de enfermería adoptan la posición de que tanto la autonomía como la responsabilidad aumentan con el uso de la teoría, proporcionando al usuario de la misma el control sobre la situación práctica y promoviendo la relación entre las enfermeras implicadas en los papeles que componen la práctica.

- teoría, proporcionando al usuario de la misma el control sobre la situación práctica y promoviendo la relación entre las enfermeras implicadas en los papeles que componen la práctica.

La valoración de enfermería a una persona en situación de enfermedad crónica usando una orientación teórica, permite la construcción de un perfil que aclara problemas relacionados con la salud y la vida del paciente sobre los que se puede intervenir y los que no. Redirecciona el ejercicio de la práctica hacia el desarrollo de las intervenciones de enfermería que le son propias en los diferentes escenarios y niveles de atención, como espacio de desarrollo de modelos explicativos a partir de la observación sistemática, detallada y comprensiva de experiencias y problemas inherentes al cuidado.

- de atención, como espacio de desarrollo de modelos explicativos a partir de la observación sistemática, detallada y comprensiva de experiencias y problemas inherentes al cuidado.

Propiciar el desarrollo y liderazgo de procesos de conceptualización de la propia enfermería y de su objeto de saber: el cuidado de la salud y la vida del ser humano; desde cualquier perspectiva del cuidado y visión del mundo de enfermería, convirtiéndose en un proceso de aprendizaje dinámico, fluido y continuo en la medida que se desarrolla la experiencia.

- desde cualquier perspectiva del cuidado y visión del mundo de enfermería, convirtiéndose en un proceso de aprendizaje dinámico, fluido y continuo en la medida que se desarrolla la experiencia.
- Favorecer que las interrelaciones con grupos multiprofesionales contribuyan a la consolidación de la identidad profesional en torno a la clarificación de la naturaleza, meta, objeto y sujeto de la enfermería.

Cuestionar la validez y el significado de las ideas propuestas en circunstancias y contextos específicos, que demandan comportamientos particulares y generan sentimientos y emociones, que nutren o cuestionan el conocimiento acumulado generando nuevas necesidades de profundización y explicación, es decir nuevos conocimientos.

- sentimientos y emociones, que nutren o cuestionan el conocimiento acumulado generando nuevas necesidades de profundización y explicación, es decir nuevos conocimientos.

Emplear el registro y sistematización de experiencias profesionales, como posibilidad de encontrar pares de práctica y académicos de diferentes latitudes, con los cuales realizar encuentro e intercambio de experiencias por medio de diferentes vías de comunicación y socialización. Es decir, de crear y mantener redes de información, trabajo y apoyo, que favorecerán la organización como grupo profesional y gremio, la ampliación del rol, el acceso a nuevos desarrollos tecnológicos, pero sobre todo a la

- trabajo y apoyo, que favorecerán la organización como grupo profesional y gremio, la ampliación del rol, el acceso a nuevos desarrollos tecnológicos, pero sobre todo a la

cultura profesional de un mundo globalizado.

Representar para el recurso en proceso de formación profesional una imagen que ayude a crear y legitimar formas de conciencia que refuercen la cultura profesional y dinamicen procesos de cambio a la estructura tradicional.

Pensar la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil, es un proceso altamente complejo, inicialmente personal que requiere de un esfuerzo y trabajo colectivo. Ninguna situación de enfermería es tan sencilla como parece y la toma de decisiones inteligentes y ejecución cualificada del cuidado no es siempre fácil. En esta complejidad, las teorías de enfermería representan una herramienta de valor para la práctica del cuidado con personas en situación de enfermedad crónica. Su adopción o no, es una decisión personal. Esta decisión puede ser determinada al conocer la naturaleza de la teoría, su función y uso en la disciplina de enfermería. Cada profesional de enfermería debe juzgar por sí mismo si las considera un instrumento útil para su práctica, desecharlas o adoptarlas según las necesidades y visión particular.

BIBLIOGRAFIA

BARRERA ORTIZ Lucy, " Programa de Cuidado de Enfermería Dirigido A Niños y Familias con Enfermedad Crónica "Fibrosis Quística", Revista Actualizaciones en Enfermería, Vol 6, No 2, junio 2.003 .Fundación Santa Fe de Bogotá Pág.: 11

DE LA CUESTA, Carmen.. Investigación cualitativa y enfermería", Index de Enfermería 2000; IX (28- 29).

FAWCETT, Jacqueline. Analysis and evaluation of conceptual Models Nursings, Trid Edition. EdtF.A.Davis Company. Philadephia.1995. Chapter1. Traducido por: Yolanda Dallos González. Universidad de la Sabana.

LENZ, Elizabeth. Suppe, Frederic.Gift ,Audrey G. Pugh, Linda C y Milligan, Renee. Desarrollo Colaborativo de Teorías de rango Medio : Hacia Una Teoría de Sintomas Desagradables.Modulo Area de Enfasis III.Cuidado al Paciente Crónico. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia .2.004 .Pp 1 - 14

MARRINER- Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Unidad IV. Teorías Intermedias. La Incertidumbre frente a la Enfermedad. Merle Mishel. Cap 30. Pp 561 - 584

MORENO FLORES, P .L. Enfermedad Crónica: Problemas de Rehabilitación, Adaptación y Dolor Crónico. Pag3.

[Www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion)

NOVEL G,M T Lluch y Rourera A. Aspectos Psicosociales del Enfermo Crónico. Enfermería Psicosocial. Vol II. Salvat, barcelona. 1.991. PP: 239 - 241

Organizacion Panamericana de la Salud , Salud en Las Americas . OMS. OPS, USA. 1.998

PLACE, Barbara. Entender el significado de la Enfermedad Crónica: Un requisito para Cuidar. Cap. 19 en Gaut,Delores. Una Agenda Global de Cuidado. National League For Nursing Press, N.Y. 1.993. Pp 281-291. Traducción Beatriz Sánchez Herrera.

SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. El Cuidado de la Salud de las Personas que viven en Situaciones de Enfermedad Crónica en América Latina. Actualidad de Enfermería . Vol.5. Marzo 2.002 Pág 14

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA

Zoraida Pinto*

RESUMEN

En la situación actual del país, es importante y necesario que los profesionales de enfermería conozcan aspectos generales sobre la normatividad que se viene emitiendo sobre la problemática del desplazamiento en Colombia, para visualizar el campo de acción y actuar acorde con la norma entre otros.

El estado Colombiano promulgó la Ley 387 de 1997 en la cual se formalizan aspectos relacionados con la atención integral a esta población haciendo énfasis en la atención en salud y es allí la importancia de conocer su contenido y como el Ministerio de la Protección Social tiene establecidas unas líneas de acción donde el profesional de enfermería puede desempeñarse si se tiene en cuenta que su ejercicio se fundamenta en los principios éticos y morales y en el respeto de los derechos humanos.

PALABRAS CLAVES: Desplazado, Solidaridad, Información, Comunicación, Educación.

SUMMARY

* Enfermera docente ocasional Facultad Ciencias de la Salud - Universidad Francisco de Paula Santander. Magíster en Educación de Adultos, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, Especialista en Salud Ocupacional, Miembro Grupo Cuidado de Enfermería GICE- UFPS. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-Mail zoraidapinto9@gmail.com.

In the current situation of the country, it is important and necessary that the infirmary professionals know general aspects on the normativity that one comes emitting on the problem of the displacement in Colombia, to visualize the action field and to act chord with the norm among others.

The Colombian state promulgates the Law 387 of 1997 in which aspects related with the integral attention are formalized this population making emphasis in the attention in health and it is there the importance of knowing its content and as the Ministry of the Social Protection he/she has established some action lines where the infirmary professional can act if one has in all that her exercise is based in the ethical and moral principles and in the respect of the human rights.

KEY WORDS: Displaced, Solidarity, Information, Communication, Education.

INTRODUCCIÓN

Las experiencias laborales de los profesionales de enfermería que interactúan en escenarios sociales, le permiten el reconocimiento de la situación que viven parte de las familias colombianas afectadas por la problemática generada por la alteración del orden público, que ha forjado el desplazamiento masivo y la migración de personas, principalmente hacia los cascos urbanos de las ciudades, como es el caso de Cúcuta.

Ante la magnitud de la problemática social, los profesionales de enfermería identifican las líneas de acción propuestas por el Ministerio de la Protección Social en el desarrollo y fortalecimiento de estrategias para la prevención y atención de las víctimas de la violencia, que garanticen la prestación integral de servicios de salud a la población desplazada por la violencia¹.

Para el profesional de enfermería, es importante tener en cuenta en los diferentes campos de desempeño entre los cuales están: la investigación, gerencia, educación y asistencia, la connotación que tiene, la condición de desplazado, donde "El desplazamiento masivo originado por el conflicto armado se asocia con un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad para la población expuesta, producido por el deterioro de las condiciones

¹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 911 de 2004. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá D.C. pág. 19

² REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la Protección Social. Programa de Salud 2002-2006. Bogotá. 2003. p. 96.

sanitarias ambientales que caracteriza a los lugares donde se asientan. El fenómeno de desplazamiento asociado con el desempleo, provoca mayores niveles de desnutrición y afecta el estado de salud por falta de dieta balanceada y dificultad al acceso a los servicios de salud²

En este contexto, se articula la definición de la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar³.

Igualmente, se hace necesario que los profesionales de enfermería conozcan aspectos generales sobre la normatividad que se viene emitiendo sobre la problemática del desplazamiento en Colombia, para visualizar el campo de acción y actuar acorde con la norma entre otros.

CONTEXTO LEGAL

El estado Colombiano promulgó la Ley 387 de 1997 relacionada con el desplazado y la responsabilidad del estado⁴, en la cual se formalizan aspectos relacionados con la atención integral a esta población haciendo énfasis en la atención en salud. Dentro de los aspectos a resaltar se tiene el Artículo 4º. De la creación. Créase el Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia para alcanzar los siguientes objetivos:

1º. Atender de manera integral a la población desplazada por la violencia para que, en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento, logre su reincorporación a la sociedad colombiana.

2º. Neutralizar y mitigar los efectos de los procesos y dinámicas de violencia que provocan el desplazamiento, mediante el fortalecimiento del desarrollo integral y sostenible de las zonas expulsoras y receptoras, y la promoción y protección de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario.

³ REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia, Artículo 3 pág 7

⁴ REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 387 Julio 18 de 1997 Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. DIARIO OFICIAL. AÑO CXXXIII. N. 43091. 24, JULIO, 1997. PAG. 1

3°. Integrar los esfuerzos públicos y privados para la adecuada prevención y atención de las situaciones de desplazamiento forzado por la violencia.

4°. Garantizar un manejo oportuno y eficiente de todos los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos que sean indispensables para la prevención y atención de las situaciones que se presenten por causa del desplazamiento forzado por la violencia.

Parágrafo. Para el logro de los anteriores objetivos, el Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia contará con el Plan Nacional para la Atención Integral a la población desplazada por la violencia.

Artículo 5°. De la constitución. El sistema estará constituido por el conjunto de entidades públicas, privadas y comunitarias que realizan planes, programas, proyectos y acciones específicas, tendientes a la atención integral de la población desplazada.

Artículo 6°. Del Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia. Créase el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia como órgano consultivo y asesor, encargado de formular la política y garantizar la asignación presupuestal de los programas que las entidades responsables del funcionamiento del Sistema Nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia, tienen a su cargo.

Igualmente, se tienen en cuenta los aspectos Jurídicos, tomando como base los CONSIDERANDO⁵: Que la Seguridad Social en Salud fue concebida por la Ley 100 de 1993 como un Sistema destinado a regular el servicio público esencial de salud y a crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención, que permitan garantizar a todas las personas sus derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social, bajo el imperio del Estado Social de Derecho y con fundamento en los principios de la dignidad humana, de solidaridad y de prevalencia del interés general.

Que en concordancia con el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud declaró como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia;

Que el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997 establece que " El Sistema General de Seguridad Social en Salud implementará mecanismos expeditos para que la población

⁵ REPUBLICA DE COLOMBIA Decreto numero 2131 de julio 30 2003 por el cual se reglamenta el numeral 4 del Artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del Artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. . Diario Oficial. Año CXXXIX. N. 45265. 31, Julio, 2003. pag. 25.

afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993";

Que el parágrafo del artículo 15 de la Ley 387 de 1997 establece que "a la atención humanitaria de emergencia se tiene derecho por espacio máximo de tres (3) meses, prorrogables excepcionalmente por otros tres (3) más";

Que el inciso 2º del artículo 3º de la Ley 387 de 1997 establece que para la atención de la población desplazada se tendrán en cuenta "los principios de subsidiaridad, complementariedad, descentralización y concurrencia, sobre los cuales se asienta la organización del Estado colombiano";

Que se hace necesario establecer mecanismos para que la población desplazada acceda efectivamente a dicha atención, teniendo en cuenta tales principios,

El Artículo 167 de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud declaró como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia.

De la misma manera, se han establecido estrategias de intervención dentro de los Planes de Beneficios contemplados por el Sistema General de Seguridad Social, entre los cuales están los Planes de Atención Básica a nivel Nacional, Departamental y Municipal, un escenario más para el desempeño del profesional de enfermería.

El Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia⁶ de acuerdo al Artículo 10. De los objetivos del Plan Nacional serán los siguientes, y que se relacionan directamente con este proyecto así:

- Diseñar y adoptar medidas sociales, económicas, jurídicas, políticas y de seguridad, orientadas a la prevención y superación de las causas que generan el desplazamiento forzado.
- Adoptar medidas de atención humanitaria de emergencia a la población desplazada, con el fin de asegurarle su protección y las condiciones necesarias para la subsistencia y la adaptación a la nueva situación.

⁶ REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 387 Julio 18 de 1997 Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. DIARIO OFICIAL. AÑO CXXXIII. N. 43091. 24, JULIO, 1997.

- Crear y aplicar mecanismos que brinden asistencia legal y jurídica a la población desplazada para garantizar la investigación de los hechos, la restitución de los derechos vulnerados y la defensa de los bienes afectados.
Diseñar y adoptar medidas que garanticen a la población desplazada, su acceso a planes, programas y proyectos integrales de desarrollo urbano y rural, ofreciéndole
 - los medios necesarios para que cree sus propias formas de subsistencia, de tal manera, que su reincorporación a la vida social, laboral y cultural del país, se realice evitando procesos de segregación o estigmatización social.
 - Adoptar las medidas necesarias que posibiliten el retorno voluntario de la población desplazada a su zona de origen o su reubicación en nuevas zonas de asentamiento.
 - Brindar atención especial a las mujeres y niños, preferencialmente a las viudas, mujeres cabeza de familia y huérfanos.
- Garantizar atención especial a las comunidades negras e indígenas sometidas al desplazamiento en correspondencia con sus usos y costumbres, y propiciando el retomo a sus territorios, y las demás acciones que el Consejo Nacional considere necesarias.

Igualmente, en el Decreto No 2131 de Julio 30 de 2003 se especifican los aspectos relacionados con el sector salud entre los cuales están:

Artículo 1º. Objeto. El presente decreto⁷ tiene por objeto regular la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 y cuando sea procedente, las normas que regulan los regímenes de excepción, siendo de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud, Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales y en general todas las personas jurídicas y naturales que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades que administren Regímenes de Excepción.

Artículo 2º. Requisito. Para recibir los servicios en salud dentro de las coberturas

⁷ REPUBLICA DE COLOMBIA Decreto numero 2131 de julio 30 2003 por el cual se reglamenta el numeral 4 del Artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del Artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. . Diario Oficial. Año CXXXIX. N. 45265. 31, Julio, 2003.

establecidas legalmente, la población desplazada por la violencia deberá estar inscrita en el "Registro Único de Población Desplazada", conforme a lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley 387 de 1997 y el Título III del Decreto 2569 de 2000 o las normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen.

Parágrafo 1º. En el caso de las personas desplazadas, afiliadas al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los afiliados a un régimen de excepción, este requisito será necesario solo cuando se requieran servicios distintos a la atención inicial de urgencias, a través de una red diferente a la contratada por la respectiva Entidad Promotora de Salud o por la entidad administradora del régimen de excepción.

La población desplazada por la violencia, afiliada al régimen contributivo, al régimen subsidiado, o a un régimen de excepción, está en la obligación de informar a la institución prestadora de servicios, en el momento de demandar los servicios, el nombre de la entidad aseguradora a la que se encuentra afiliada.

Parágrafo 2º. El Ministerio de la Protección Social, a través del Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, pondrá a disposición de las Entidades Departamentales y Distritales la base de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social a fin de facilitar los trámites administrativos y la adopción de los controles respectivos.

Con respecto al Plan Obligatorio de Salud, el profesional debe estar informado para actuar coherentemente a la normatividad vigente teniendo en cuenta entre otros: el Capítulo II con relación a la cobertura y prestación de los servicios de salud⁸ se retoma el Artículo 3º. Cobertura de servicios. La población en condición de desplazamiento afiliada al régimen contributivo en calidad de cotizante o beneficiaria al régimen subsidiado, o a los regímenes de excepción, será atendida conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para el respectivo régimen al que pertenecen y los costos de la atención serán asumidos por las respectivas entidades de aseguramiento, en los términos de las normas que las regulan.

Los servicios en salud de la población desplazada por la violencia no asegurada que se brinden en los términos del artículo 167 de la Ley 100 de 1993 requieren el cumplimiento de los requisitos establecidos en el mencionado artículo y las normas que lo reglamenten.

⁸ Ibid

La población desplazada por la violencia que no se encuentre afiliada a ningún régimen, tiene derecho a la prestación de los servicios de salud en las instituciones prestadoras públicas que defina la entidad territorial receptora, por nivel de atención, y de acuerdo con su capacidad de resolución, y excepcionalmente por instituciones privadas, previamente autorizadas por la entidad territorial cuando no exista oferta pública disponible.

Parágrafo. La cobertura en salud que se le brinde a la población desplazada por la violencia no asegurada, por fuera de los límites establecidos en las normas vigentes y sin el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente decreto, será asumida por la institución prestadora de servicios pública, o privada, con cargo a sus recursos propios, o por los usuarios de los mismos.

Artículo 4º. Prestación de servicios de salud. La prestación de los servicios de salud a la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia se garantizará en la entidad territorial receptora, de la siguiente forma:

De la Población desplazada no asegurada en salud, sin capacidad de pago: Para los efectos del presente decreto, la población desplazada no asegurada sin capacidad de pago, es aquella población pobre que no se encuentra afiliada a ningún régimen en salud, ni al Régimen Contributivo, ni al Régimen Subsidiado, ni a un régimen de excepción:

- a) Es obligación de la entidad territorial receptora definir la red prestadora de servicios a través de la cual se atenderá a esta población;
- b) Al momento de brindar la atención en salud las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que conformen dicha red deberán verificar el cumplimiento del requisito previsto en el artículo 2º del presente decreto.
- c) La entidad territorial receptora, conjuntamente con la Institución Prestadora de Servicios de Salud, garantizarán que la cobertura de los servicios se ajuste a lo establecido en el artículo 3º del presente decreto.
- d) La entidad territorial receptora debe garantizar que el acceso a la prestación de los servicios de salud se realice en principio a través del primer nivel de atención, con los mecanismos de referencia y contrarreferencia vigentes.
- e) Para garantizar la prestación del servicio a la población desplazada es obligatorio que la entidad territorial adopte mecanismos para obtener una eficiente y adecuada

utilización de los servicios de salud.

f) La atención en salud a través de prestadores privados solo es procedente cuando en la entidad territorial receptora no haya oferta pública.

g) La atención en salud de la población desplazada no asegurada hará parte de los contratos de prestación de servicios que suscriban la entidad territorial y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS para la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones.

De la Población desplazada asegurada en salud: Para los efectos del presente decreto, la población desplazada asegurada en salud, es aquella que se encuentra afiliada al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado o a un régimen de excepción.

a) La atención en salud de la población desplazada por la violencia, asegurada en el régimen contributivo o en un régimen de excepción, debe ser garantizada por la respectiva entidad de aseguramiento en la entidad territorial receptora, para lo cual deberá adoptar los mecanismos, convenios y procedimientos que garanticen la prestación de los servicios en salud a sus afiliados.

b) Toda persona en condición de desplazamiento perteneciente al régimen subsidiado tendrá derecho a conservar su afiliación en dicho régimen, de acuerdo con lo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, hasta el vencimiento del contrato vigente, en los términos del Acuerdo 244 o normas que lo modifiquen.

c) Cuando en la entidad territorial receptora no exista contrato de prestación de servicios de salud para la atención de la población desplazada asegurada, el prestador del servicio deberá obtener autorización, salvo en atención inicial de urgencias, de la Entidad Promotora de Salud, Administradora del Régimen Subsidiado o de la entidad administradora del régimen excepcional, según el caso.

Artículo 5º. Atención inicial de urgencias. De conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aun cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada de que trata el Decreto 2569 de 2000.

El profesional de enfermería puede desarrollar su liderazgo dentro de los equipos de

⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 266 de Enero 25 de 1996. Por la Cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Pág 5

salud que actúan en pro del mejoramiento del estado de salud y de las condiciones de vida de la población desplazada porque:

El profesional de enfermería⁹ ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa e indirectamente atienden la salud.

Su actuar se enmarca en los principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos, entre los cuales están:

INTEGRALIDAD: Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

INDIVIDUALIDAD: asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

DIALOGISIDAD: fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas conducentes al dialogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresa con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

CALIDAD: orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales humanos y éticos.

CONTINUIDAD: orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, la familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los periodos de salud y de enfermedad.

Se complementaron el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y la comunidad lo solicitan o cuando lo necesitan, para mantener la salud, y prevenir las enfermedades y complicaciones.

La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los derechos humanos.

Todo lo anteriormente expuesto, son razones que justifican el desempeño del profesional de enfermería frente al problema social de la población desplazada.

ACTUACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

La normatividad vigente establece que el Plan de Atención Básica PAB debe ser parte integral de los Planes Locales y departamentales de Salud y de los Planes de Desarrollo de las entidades territoriales correspondientes; y esencialmente, debe articular las acciones de todos los sectores y fuerzas vivas de la sociedad hacia la formulación y desarrollo de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables a la salud en las dimensiones físicas y sociales, el desarrollo de aptitudes personales y colectivas para la protección y fomento de la salud y el redireccionamiento de los servicios de salud hacia la prevención de la enfermedad y protección de la salud, donde la población desplazada se convierte en grupo prioritario.

Para el logro de las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo respecto a las prioridades de salud pública definidas por la Nación en la presente circular, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, deberán desarrollar las siguientes intervenciones e indicadores en los Planes de Atención Básica durante las vigencias 2004-2007¹⁰

La normatividad vigente relacionada con la atención y mantenimiento de la salud de la población desplazada, el perfil de formación y desempeño del profesional de enfermería, muestran un escenario oportuno para actuar profesionalmente como líder e integrante del equipo de salud y contribuir con el diseño, implementación, evaluación e investigación de estrategias tendientes a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población desplazada.

CONCLUSIONES

Es un espacio interesante para la intervención del profesional de enfermería en los

¹⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Circular Externa No. 18 de 18 de Febrero de 2004. Anexo Técnico. Metas, Actividades e Indicadores de las Acciones de estricto cumplimiento del Plan de Atención Básica. año 2004.

proyectos contemplados en la Propuesta del Plan de Atención Básica Municipal para Población en Desplazamiento Interno Forzado de la Ciudad Cúcuta 2005-2007 entre los cuales están:

1. Proyecto de adopción e implementación de la estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI en Cúcuta población en desplazamiento forzado año 2005-2007.
2. Proyecto fortalecimiento de la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en Cúcuta población en desplazamiento forzado año 2005-2007.
3. Proyecto fortalecimiento de la Participación Social para la población en desplazamiento forzado en los espacios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, en Cúcuta año 2005-2007.
4. Proyecto fortalecimiento de las acciones de Nutrición para la población en desplazamiento forzado, en Cúcuta año 2005-2007
5. Proyecto fortalecimiento de las acciones de Promoción y Prevención de la Salud Sexual y Reproductiva de mujeres y adolescentes que forman parte de la población en desplazamiento forzado, en Cúcuta año 2005-2007
6. Proyecto de desarrollo y fortalecimiento de las acciones del Programa de Salud Mental para la población en desplazamiento forzado, Cúcuta año 2005-2007

BIBLIOGRAFIA

DEVER, G.E. Alan, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 1991.

MARKERT, Sabine y Cols., Evaluación Ficha de Riesgo Social y Reproductivo 2002. Proyecto

SASER GTZ. Ministerio de la Protección Social. Bogotá. 2003.

OIM Organización Internacional para las Migraciones. Memorias 2001 Colombia Bogotá 2002.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, DEFENSORIA DEL PUEBLO. El Desplazamiento Forzado en Colombia. Red de Promotores de Derechos Humanos. Bogotá. 2003.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Programa de Salud 2002-2006. Bogotá. 2003.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO DE CUCUTA. Cátedra de Salud Pública. Plan de Atención Básica. Cúcuta. 2004.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. SERVICIO DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER. Elementos para Construcción del Plan de Atención Básica (P.A.B.) en el Municipio. Cúcuta. 1997.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. ALCALDÍA MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA. Plan de Atención Básica Vigilancia en Salud Publica "Diagnóstico de Salud 2004".

REPÚBLICA DE COLOMBIA .Ministerio de la Protección Social. Circular Externa No.18 de 18 de Febrero de 2004. Anexo Técnico. Metas, Actividades e Indicadores de las Acciones de estricto cumplimiento del Plan de Atención Básica. Año 2004.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Bogotá D.C. pág. 23

REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 911 de 2004. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá D.C. pág. 45

EL DOLOR Y LA HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Ruth Esperanza Caicedo Fonseca*

“La Noche Taladra Mis Huesos, Y Los Dolores
Que Me Roen No Reposan.” Job 30,17

RESUMEN

El DOLOR en el paciente pediátrico se enmarca en el transcurso de su hospitalización, en la gran mayoría de procedimientos y sumado a estos la algidez que produce el proceso patológico que está cursando.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor, define éste como: “Una sensación desagradable y experiencia emocional asociada con daño actual o potencial al tejido”. Se puede clasificar en: La calidad según el tipo del dolor, el tipo de dolor, la localización, la calidad según su sensibilidad, su intensidad, y la cronología.

La calidad de vida del niño hospitalizado se altera porque el proceso de hospitalización aumenta la vulnerabilidad del niño originándole un trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al Dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a la separación del núcleo familiar.

El papel de Enfermería en el manejo del Dolor en el niño hospitalizado va más allá de la realización de ciertos procedimientos invasivos o no invasivos; se hace relevante tener la calidez humana, rapidez y destreza para la realización de los mismos y de esta manera

* Enfermera Docente Ocasional Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Diplomado Síndromes Coronarios Agudos y Complicaciones Eléctricas. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-mail ruesafo04@latinmail.com.

contribuir a minimizar el dolor en el pequeño paciente.

PALABRAS CLAVES: Dolor, Pediátrico, Hospitalización, Paciente.

SUMMARY

The PAIN in the patient pediátrico is framed in the course of its hospitalization, the great majority of procedures and added to these the algidity that produces the patológico process that this attending. The Association the International for the study of the pain, defines this as: "A disagreeable sensation and emotional experience associated con present or potential to the weave". Se can will classify: The quality according to the type of the pain, the type of pain, the location, the quality according to its sensitivity, its intensity, and the chronology.

The quality of life of the hospitalized boy is altered because the hospitalization process increases to the vulnerability of the boy originating to him an upheaval of adaptation characterized by anxious and depressive symptoms like answer to the Pain, to the institutional medio ambiente, the medical and surgical procedures, y to the separation of the nucleus family.

The paper of Infirmary in the handling of the Pain in the hospitalized boy goes more of the accomplishment of certain invasive or noninvasive procedures; it is made excellent have the human calidez, rapidity and skill for the accomplishment of such and this one way to contribute to diminish the pain in the small patient.

KEY WORDS: Pain, Pediatrico, Hospitalization, Patient

Probablemente, la primera y más importante razón que contribuyó al desarrollo del médico y de la medicina fue el síntoma "dolor". De todos los males que afligen al hombre, el dolor parece ser el que más rápida y urgentemente necesita ser atendido y tratado. Éste es el más espectacular y, en algunos aspectos el más desconcertante de los sistemas que desempeñan un papel en el mantenimiento de nuestras vidas.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor, define éste como: una sensación desagradable y experiencia emocional asociada con daño actual o potencial al tejido. Es difícil entender a una persona sobre lo que esta sintiendo con respecto al dolor que experimenta independientemente de su localización, pero más aún cuando quien refiere

el dolor es un niño , que con sus palabras y/o gestos según su edad la gran mayoría de veces es ininteligible.

“Los avances recientes en la neurobiología del dolor han abierto un panorama fascinante sobre los nuevos mecanismos de función neuronal y ofrecen grandes posibilidades terapéuticas para el futuro cercano... Entre los estudios que contribuyeron notablemente a la comprensión de la neurofisiología del dolor, figuran la analgesia inducida por estimulación de diversas estructuras nerviosas; el papel de neurotransmisores, tales como la sustancia P, la somatostatina, la dopamina y la serotonina; la identificación del receptor opiáceo y del mecanismo y sitios de acción de la morfina. En 1975 el descubrimiento y caracterización de un sistema previamente desconocido de analgesia endógena, las encefalinas/endorfinas o morfina endógenas, completó esta transformación.”¹

En un gran porcentaje todas las alteraciones del cuerpo causan DOLOR, sin embargo la capacidad de diagnosticar diferentes trastornos depende en alto grado de un conocimiento de las diversas calidades del dolor, es decir saber como puede irradiar de una parte del cuerpo a otra, en qué forma puede diseminarse en todas direcciones desde el foco álgido, y, finalmente cuáles son las diferentes causas del dolor.

Es por tal motivo que el DOLOR se define como: “Un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado, y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso”²

COMPONENTES DEL DOLOR

De una forma simple el DOLOR puede ser dividido en cuatro componentes:

- * Transducción.
- * Transmisión.
- * Modulación.
- * Percepción.

¹ ROMAN CAMPOS, Gustavo. Médico. NEUROLOGIA PRACTICA-principios de fisiopatología, clínica y terapéutica neurológicas. Capítulo Sexto DOLOR-.SALVAT EDITORES COLOMBIANA S.A., primera edición 1982. Pág. 297

² GUYTON, Arthur C. Doctor. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. Capítulo 50: sensaciones somáticas; dolor, dolor visceral, cefalea y temperatura. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V. México , D.F. 1986 SEXTA EDICIÓN. Pág 729

El dolor se inicia con un estímulo nocivo a nivel celular o tisular que desencadena una actividad eléctrica en las terminales nerviosas sensoriales (receptores) contenidas en dicho tejido, este proceso se conoce como transducción.

La segunda etapa es la transmisión, que se refiere al paso de impulsos del sitio de origen, por vía de los nervios sensoriales periféricos, a la médula espinal, y de allí, mediante neuronas de relevo, al tallo cerebral, tálamo y corteza cerebral.

La información del dolor, acerca del evento nocivo, es codificada por la frecuencia de impulsos generada en el nervio estimulado, cada nervio, está compuesto por un paquete de axones que varían en su diámetro, presencia de mielina, frecuencia de activación en respuesta al estímulo y velocidad de propagación del estímulo.

La modulación se refiere a la inhibición o intensificación selectiva de algunas transmisiones dolorosas, fenómeno que se sucede durante el relevo neuronal, especialmente en el asta dorsal de la médula espinal, mediante circuitos neuronales denominados neuronas internunciales. La magnitud del dolor depende del grado de la lesión, del grado de inervación del tejido con nociceptores y del estado emocional del sujeto que lo sufre, que a su vez está modificada por las experiencias previas.

La intensificación es un fenómeno que determina una mayor facilidad para que los estímulos dolorosos lleguen a ser percibidos como tal, y adquieren especial significancia en el postoperatorio, donde una actitud preventiva, mediante analgesia previa o anestesia local de las fibras nerviosas aferentes, impedirá que se desencadene el evento con sus molestas consecuencias para el paciente.³

Finalmente sucede la percepción del dolor cuando éste, es subjetivamente percibido por el individuo. Los estímulos alcanzan la corteza en forma directa por el haz neo-espinotalámico haciendo consciente la información.

PSICOLOGIA DEL DOLOR

El dolor es una experiencia subjetiva, muy afectada por factores psicológicos; en donde la sensación del mismo es tanto fisiológica como psicológica. Desde el punto de vista de la

³ ITALMEX. "Productos Científicos". Revista: Usted y Vaydol... ¡Unidos contra el dolor! Pág. 4-8

fisiología, como se dijo anteriormente se origina a partir de los receptores sensoriales distribuidos por todo el cuerpo.

Cabe destacar el desarrollo de los substratos anatómicos y funcionales se presentan, en su mayoría desde la etapa fetal hasta los primeros años de vida. Los receptores cutáneos inician su desarrollo en la región perioral alrededor de las 6 semanas de gestación y están bien distribuidas antes de las 20 semanas de gestación. Un recién nacido a término tiene una densidad de receptores sensoriales cutáneos comparativamente mayor que el adulto.

Hay evidencia acumulada que la percepción dolorosa en lactantes no depende del grado de mielinización y que las vías del dolor están formadas antes de nacer. Numerosos estudios han demostrado que los neonatos y lactantes pueden recordar el dolor. Hay evidencia que sugiere que ocurren cambios en las estructuras periféricas en los lactantes prematuros sujetos a injurias repetidas. De igual forma niños con síndromes de dolor recurrente o dolor crónico han demostrado más alteraciones de comportamiento, más aislamiento social y bajo rendimiento escolar. Además los niños tienen la habilidad de autoinformar su dolor a la edad de tres años y se puede medir desde el nacimiento, tanto en prematuros como en recién nacidos a término.⁴

Pero parece ser que las actitudes psicológicas y culturales vencen los estímulos de dolor más fuertes. Así, el dominio de las sensaciones físicas es casi normal en las ceremonias religiosas del Oriente, los hindúes participan en un acto expiatorio de Kuala Lumpur (Malasia) donde llevan clavadas agujas en la piel, y al observar sus facies no parece sufrir o tener dolor a causa de las mismas.

También hay variaciones importantes entre los dos sexos: "Los hombres son más sensibles al dolor que las mujeres además el tipo de vida y el carácter personal varían la sensibilidad del dolor"⁵

Las investigaciones demuestran que tanto los hombres como los animales aprenden enseguida a evaluar la experiencia del dolor, como consecuencia de acontecimientos en la infancia. Existen pruebas de que una excesiva protección contra las lesiones reduce la

⁴ MENDOZA TARAZONA Martha K, y colaboradores. Estudiantes de VI semestre de Enfermería .UFPS-Cúcuta (Norte de Santander) Investigación „ Conocimientos, Y Practicas Del Personal De Enfermería En El Manejo Del Dolor Que Experimenta El Neonato Durante La Puncion Venosa Y El Paso De Sonda Orogastrica, Realizados En Los Servicios De Cuidados Intermedios Y Uci Neonatal, De La Ese Huem En El Mes De Mayo Del 2006“. Pág 10 .

⁵ BEAZLEY, Mitchell .Enciclopedias Limited. GRAN ENCICLOPEDIA DIDACTICA ILUSTRADA El Cuerpo Humano-Volumen 1 .Salvat Editores , S.A. 1988Pág. 36-37

capacidad de sentir dolor o de evaluar los estímulos dolorosos.

Esta privación sensorial puede ser peligrosa, ya que el dolor es una importante sensación protectora, que asegura la retirada de las partes del cuerpo que están siendo dañadas, además de ser un útil indicio de las enfermedades. La Hipoestesia es una anomalía nerviosa rara, que padecen algunas personas y consiste en una gran disminución, a veces total, de las sensaciones dolorosas. Esta condición aumenta el riesgo de lesiones, además de reducir sus esperanzas de vida, por carecer del indicador doloroso de muchas enfermedades.

En la literatura se encuentran diferentes clasificaciones del dolor, en éste artículo nos vamos a referir a las más utilizadas: La calidad según el tipo del dolor, el tipo de dolor, la localización, la calidad según su sensibilidad, su intensidad, y la cronología.

La calidad según el tipo del dolor se ha clasificado en tres tipos diferentes: Dolor quemante, punzante y continuo. El dolor punzante se percibe cuando se pincha la piel con una aguja, o cuando es cortada con un cuchillo. También se percibe cuando una zona amplia de la piel es irritada en forma difusa, pero intensa. El dolor quemante, es el tipo de dolor experimentado al quemarse la piel, esta es la variedad del dolor que hace sufrir más. Y por último el dolor continuo de ordinario no se percibe en la superficie del cuerpo; se trata de un dolor profundo que causa diversos grados de molestia.

Cabe anotar que el dolor punzante se debe a estimulación de fibras de tipo A delta, en tanto que el dolor quemante o continuo se debe a estimulación de fibras C.

Los receptores del dolor en la piel y en todos los demás tejidos son terminaciones nerviosas libres. Se hallan dispersas en las capas superficiales de la piel y también en algunos tejidos internos como periostio, paredes arteriales, superficies articulares y la tienda de la bóveda craneal.

Sin embargo encontramos además las reacciones psíquicas al dolor que probablemente sean mucho más sutiles; incluyendo todos los conocidos aspectos del dolor, como la angustia, la ansiedad, el llanto y la excitabilidad muscular excesiva de toda la economía. Estas reacciones varían tremendamente según las personas para grados comparables de

Tabla No. 1 - Clasificación del Dolor

TIPOS DE DOLOR	ORIGEN	CARACTERISTICA SENSORIAL	ESTIMULO DESENCADENANTE	DOLOR AGUDO
Dolor visceral	-Estructuras viscerales. -Músculo liso.	Nocicepción Vegetativa, poca discriminación	Isquemia Espasmo Tracción Distensión Cáncer Metástasis	
Dolor Somático	-Piel, músculo estriado. -Huesos, articulaciones. -Alteraciones biomecánicas.	Gran discriminación.	Destrucción tisular Isquemia Espasmo Inflamación Cáncer Metástasis	
Dolor Neuropático	-Alteración neurosensorial funcional o estructural		Causalgias Sínd. distrófico Neurológicos Plexopatías Cáncer Metástasis	
Dolor Psicogénico	-Alteración perceptual cognitiva	Gran compromiso afectivo	Gran compromiso afectivo	DOLOR CRONICO

Fuente: Tomado de la revista: Usted y Verydol... ¡Unidos contra el dolor!

La racionalización del dolor solo se puede concebir si integramos a la definición, la parte fisiológica (desde la nocicepción hasta la percepción), las respuestas orgánicas o afectivas, consecuencia de ésta percepción, denominadas sufrimiento y que determinan lo que conocemos como conducta dolorosa, que en conjunto son las actividades que realiza el paciente que permite al observador concluir que la persona está experimentando dolor, convirtiéndose en un círculo vicioso al cual hay que romper por medio de la eliminación del dolor.

Los cambios fisiológicos y psicológicos asociados con un dolor no tratado puede ocasionar grandes consecuencias, especialmente en pacientes quirúrgicos, con otras enfermedades asociadas, o en niños. Afortunadamente en la actualidad disponemos de los medios y recursos para tratar la mayoría de los dolores.

La clasificación del dolor según su localización: Al dolor siempre se le asigna una localización corporal. Puede ser experimentado solo en referencia a una parte del cuerpo o preexistente, tal como ocurre con el miembro fantasma. Los términos que se emplean para describir la localización del dolor son :

- Localizado: Confinado al sitio de origen.
- Proyectado: Transmitido a lo largo de la distribución de un nervio.
- Radiado: Se extiende a partir del sitio de origen.
- Referido. Cuando se presenta en una parte del cuerpo distante a la del sitio de origen.

La intensidad del dolor es una de las características más difíciles de evaluar, debido al aspecto subjetivo de la persona que lo está experimentando. El dolor clínico es generalmente evaluado por medio de escalas, como ya hemos visto al hablar de la medición del dolor.

La calidad según su sensibilidad, éste está intimamente ligado a la lesión dolorosa, es decir al examen físico a menudo se manifiestan desórdenes de la función sensorial ; según los hallazgos en el examen de la sensibilidad encontramos:

- Analgesia: Ausencia de dolor al estímulo doloroso.
- Anestesia: Ausencia de todo tipo de sensación.
- Alodinia: Dolor debido a un estímulo no doloroso.
- Disestesia: Sensación anormal, no placentera.
- Hiperestesia: Sensibilidad aumentada ante los estímulos.
- Hipoestesia. Sensibilidad disminuida ante los estímulos.
- Hiperalgnesia: Sensación aumentada ante el estímulo doloroso.
- Hipoalgnesia: Sensibilidad disminuida al estímulo doloroso.
- Hiperpatía: Respuesta aumentada a estímulos repetitivos no dolorosos.
- Umbral de dolor: Estímulo mínimo con el que aparece dolor.
- Tolerancia al dolor: Nivel máximo de dolor que el paciente puede tolerar.

Y por último la clasificación según la cronología se deben considerar los siguientes factores: modo de inicio, factores que lo precipitan, exacerbaban o factores que lo alivian, variación del dolor en el tiempo y duración de la experiencia dolorosa.

Es importante constatar la posible interferencia del dolor sobre el reposo y el sueño.

Deben anotarse también los síntomas asociados al dolor: náuseas, disnea, astenia, cambios de carácter, etc, las alergias conocidas, el tratamiento farmacológico que realiza en la actualidad y los que ha realizado anteriormente así como el abuso de sustancias si existe o ha existido. Muy importante es anotar los tratamientos previos no farmacológicos realizados y la efectividad de los mismos.

Una vez que el paciente ha descrito las características de su dolor, deberá localizar las áreas dolorosas en mapas corporales dermatómicos de los que se debe disponer en la

consulta.

Hasta hace pocos años el dolor, que por diversas causas se producía en el paciente de edad pediátrica, no se trataba por diferentes razones. Entre otras destacar que:

1. Faltaba un plan general de acción que se encargase de estos aspectos.
2. La presunta inmadurez que tiene el SNC del neonato hacía pensar que conllevaba una menor percepción del dolor y por tanto no requería una atención importante.
3. Se pensaba que el niño, en general, olvidaba el dolor que podía producirse y por tanto no era tal el problema que se planteaba.
4. El niño al no poder verbalizar en muchos momentos el dolor, éste no se podía medir, por tanto el problema parecía menor de lo que en realidad era.
5. El tratamiento con analgésicos podía resultar peligroso a la hora de su utilización y era mejor no administrarlo.

Con el curso de los años y sobre todo en las dos últimas décadas los razonamientos nos llevan a que no sólo deban tratarse los problemas derivados de una determinada cirugía, tras un accidente o determinada hospitalización, sino que todo aquello que implique dolor en el niño debe ser evitado con los procedimientos disponibles a nuestro alcance.

CALIDAD DE VIDA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

La prevención del dolor, desde antes que ocurra la intensificación, se traduce en importantes beneficios, especialmente en el niño. Su tratamiento debe ser lo más precoz posible, atendiendo siempre la solicitud del paciente, antes de instaurar rígidos esquemas preestablecidos en las ordenes médicas. Es fundamental, educar al paciente para que solicite analgésicos desde el comienzo del dolor, antes de que éste se haga de difícil tratamiento.

La calidad de vida del niño hospitalizado se altera porque el proceso de hospitalización aumenta la vulnerabilidad del niño originándole un "trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al Dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos y a la separación del núcleo familiar"⁶

⁶ DURAN E, JARAMILLO J, PEÑARANDA C y URQUIJI I. Como conviven los niños y las niñas, la hospitalización? Tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia, 1999. Pág. 20-27

No podemos dejar de un lado las actitudes del niño (a) frente a la hospitalización, ya que cuando esto sucede cambia su vida abruptamente. Donde el hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses según su proceso patológico. Se convierte en su nuevo mundo.

Desaparece la casa, la escuela, los amigos, los hermanos y por que nó sus padres, sus actividades usuales se ven interrumpidas tales como: El juego, el estudio, el descanso y su relación afectiva con sus seres queridos.

En el ambiente hospitalario, "El niño(a) se ve obligado a asimilar múltiples cambios. Teniendo que interactuar con múltiples personas principalmente profesionales de la salud entre ellos (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas , estudiantes), quienes por portar una bata o uniforme examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas"⁷

Los cambios de horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuyen a explicar porqué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma.⁸

ACTITUDES QUE ASUME EL NIÑO(A) HOSPITALIZADO

La permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes, como:

- Se siente enfermo, abandonado por sus familiares, no entiende por qué para estar bien tiene que estar solo. Si el niño se siente solo, es más propenso a estar triste, se desarrolla estrés y bajan las defensas, aumentando de esta manera el dolor.
- El niño hospitalizado se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social. En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una

⁷ CAMPOA, MOLINELLO H. y ESCALLÓN C. Trastorno de adaptación en niños hospitalizados. *Pediatría* 1997. Pág.32.

⁸ Ibid. Pág31

segunda evaluación realizada 78 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%, esto sugiere que contrario a lo que podría esperarse debido a fenómenos de habituación, la afectación emocional de los niños como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga.⁹

- El niño hospitalizado tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; e incluso refiere con sus expresiones el perder el deseo de vivir. Lloran prolongadamente cuando su mamá les deja una vez terminado el tiempo reglamentario de la visita y la llaman repetidamente como si pudiera hacerla regresar. Existen numerosas observaciones sobre trastornos emocionales que se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con sus seres queridos. Destacándose entre ellos el llanto prolongado, retraimiento, depresión, sentimientos de soledad, abandono o culpa, conllevando a obstaculizar gravemente el proceso de recuperación de su salud. Es decir; cuando los niños están acompañados de sus seres queridos, se sienten mejor, lo que contribuye a una rápida recuperación de su salud física.¹⁰
- Unido a la tristeza que siente el niño por la ruptura con el ambiente que le es familiar, encontramos el aburrimiento. El ambiente hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, moverse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad (esto para los que hablan...) Muchos niños manifiestan el deseo de tener un juguete con que jugar, leer un cuento o escuchar la música que más le gusta, salir al aire libre, tener recreación de algún tipo. Y desafortunadamente, la única alternativa que les queda la gran mayoría de veces es sentarse por largas horas frente a un televisor.
- El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización: Si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor, teniendo buena disponibilidad para el tratamiento sólo intentando comprender sus sentimientos podrá lograrse una mejoría real de la calidad de la atención que se les brinda, una atención que responda adecuadamente a sus más íntimas necesidades y sea consecuentemente respetuosa de sus derechos.

¹⁰ MAYA J. Ética en la Adaptación Neonatal. *Pediatría* 1998. Pág. 33

⁹ *Ibid* Pág. 34

- Durante la estancia hospitalaria debemos conservar dos frentes de ataque; el primero la prevención que aunque tiene tres niveles nos concentraremos en la prevención secundaria, en donde utilizando la estadística y la semiología, podemos construir unos indicadores tempranos de enfermedad de alta sensibilidad e inespecíficos, tamizando así los niños hospitalizados en casos probables y no probables, confirmando diagnósticos tempranamente con pruebas específicas y la clínica específica, disminuyendo así la morbimortalidad en los hospitalizados. El segundo frente de ataque es la prevención primaria de enfermedades adquiridas durante la hospitalización (infecciones, iatrogenia y psicosociales) evitando la exposición a agentes patógenos, mediante la disminución de la estancia hospitalaria, el aumento de la atención ambulatoria y la prestación de servicios más acordes con la realidad sociocultural, político-económica y científico-técnico de la población.

EL PAPEL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL DOLOR

El papel de Enfermería en el manejo del Dolor en el niño hospitalizado va más allá de la realización de ciertos procedimientos invasivos o no invasivos; se hace relevante tener la Calidez humana, rapidez y destreza para la realización de los mismos y de esta manera contribuir a minimizar el dolor en el pequeño paciente.

Como evitamos y/o minimizamos este dolor:

- La intensidad y duración del dolor puede algunas veces minimizarse por la rápida, eficiente y experta ejecución de los procedimientos invasivos, así: Facilitar el calentamiento con el roce de la mano en el sitio a puncionar para la extracción de muestras o instalación de catéteres venosos, acompañado de presión fuerte y rápida.
- Ejercer la mínima manipulación en Recién nacidos y pacientes quirúrgicos, especialmente.
- Estar pendientes del cambio de pañal y estar atentas en colaborar durante las necesidades fisiológicas de los más grandecitos, si les es imposible o esta contraindicado levantarse.
- Dejarles que se aferren a su juguete preferido y/o dejar que esté presente el familiar más allegado al niño, para disminuir el estrés y por consiguiente el dolor que le producen ciertos procedimientos.

- Propiciar una luz tenue y evitar hacer ruido con los diferentes instrumentos hospitalarios, que son agentes estresantes que en determinado momento le aumentan el dolor.
- Permitir el descanso de 2 a 3 horas sin perturbar.
- Cuadrar la hora de la administración de medicamentos por las diferentes vías, en horarios diferentes a la hora del sueño.
- Aspirar y realizar drenaje postural, según necesidad, no por rutina.
- Proporcionar comodidad con almohadas y cojines, dejar participar a los padres.
- En la administración de analgésicos se debe respetar el horario dependiendo de la patología presente y/o la cirugía. No debo esperar que le de el DOLOR, para administrarle el analgésico al niño. De igual manera antes de realizar las curaciones grandes.
- Es de tener en cuenta que en los neonatos la posible adición y la depresión respiratoria en el RN asociada a los opiáceos, hace que el personal de salud evite administrar y ordenarlos, lo que impide el efectivo manejo del dolor.
- Los no opiáceos como el acetaminofen, pueden ser usados para el dolor suave.
- Otros medicamentos como los sedantes, benzodiazepinas como el Lorazepan y el Midazolán, pueden ser utilizados para la agitación. Sin embargo estos deben ser utilizados únicamente cuando el dolor no ha sido detectado, porque ellos solamente deprimen el comportamiento y la expresión del Dolor y no tienen efecto analgésico y sedante.
- Usar la mínima cantidad de esparadrapo para fijar catéteres y protección de curaciones, teniendo la precaución antes de retirarlo aplicar sobre éste alcohol para facilitar su desprendimiento.

Para terminar nos remitimos al artículo 31 de la convención se resalta: el derecho de los niños AL DESCANSO, EL ESPARCIMIENTO, AL JUEGO, A ACTIVIDADES RECREATIVAS PROPIAS DE SU EDAD Y A PARTICIPAR LIBREMENTE EN LA VIDA CULTURAL Y EN LAS ARTES.

En los servicios de pediatría deberían fijarse espacios físicos y tiempos para estas

actividades, que son finalmente las que más contribuyen al bienestar emocional de los niños y las que facilitan de mejor manera un contacto amable entre niños, padres y funcionarios de la salud.¹¹

CONCLUSIONES

1. El DOLOR sin lugar a dudas es la "sensación desagradable y experiencia emocional asociada con daño actual o potencial al tejido", como la define la Asociación internacional para el estudio del dolor; pero de todos los males que afligen al hombre, el dolor parece ser el que más rápida y urgentemente necesita ser atendido y tratado. Es tan difícil entender a una persona que experimenta un dolor y que no lo describa, entonces cuando quien refiere el dolor es un niño, que con sus palabras y/o gestos según su edad la gran mayoría de veces es ininteligible, es cuando tenemos que estar entrenados y conocer las mil maneras de entender a estos adultos pequeños solucionándoles el problema, su DOLOR.
2. En la atención integral hospitalaria al paciente pediátrico es necesario el mantenimiento de la condición psicológica y emocional, para la completa recuperación biológica y social del niño.
3. Solo cuando se logre la transformación institucional, por medio de la autocrítica, buscando descubrir las fallas existentes, no para quedarse en la crítica, sino con una mirada de futuro cambio y transformación; se garantizará una atención de calidad y una verdadera calidad de vida en los niños y niñas hospitalizados.

*"EL NIÑO ES UN ADULTO EN MINIATURA
Y SU MENTE NO ES LA MENTE DE UN ADULTO EN PEQUEÑA ESCALA"
Rousseau*

¹¹ MOLINA, J. SAGASETA DE ILURDOZ, M. AZANZA, I. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. Unidad de Pediatría Oncológica. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pág. 1.

BIBLIOGRAFIA

AYLLON BARRAZA, Oscar. Desarrollo De La Nocicepcion En El Feto Y El Recien Nacido. Revista diagnóstico. Volumen 41 #3, Mayo-Junio 2003. Perú (on line) Aviable from internet: URL: www.revista diagnostico.com.

BEAZLEY, Mitchell .Enciclopedias Limited. Gran Enciclopedia Didáctica Ilustrada El Cuerpo Humano-Volumen 1 .Salvat Editores , S.A. 1988 Pág. 36-37

CAMPO A, MOLINELLO H. y ESCALLÓN C. Trastorno De Adaptación En Niños Hospitalizados. Pediatría 1997. Pág.31-32-34

DURAN E, JARAMILLO J, PEÑARANDA C y URQUIJI I. Como Conviven Los Niños Y Las Niñas, La Hospitalización? tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia, 1999. Pág. 20-27

GUYTON, Arthur C. Doctor. TRATADO De Fisiología Medica. Capítulo 50: sensaciones somáticas; dolor, dolor visceral, cefalea y temperatura. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V. México, D.F. 1986 SEXTA EDICIÓN. Pág 729

ITALMEX. "PRODUCTOS CIENTIFICOS". Revista: Usted Y Vergydol...¡Unidos Contra El Dolor! Pág. 4-8

MAYA J. Ética En La Adaptación Neonatal. Pediatría 1998. Pág. 33

MENDOZA TARAZONA Martha K, y colaboradores. Estudiantes de VI semestre de Enfermería .UFPS-Cúcuta (Norte de Santander) Investigación "Conocimientos, Y Practicas Del Personal De Enfermería En El Manejo Del Dolor Que Experimenta El Neonato Durante La Punción Venosa Y El Paso De Sonda Orogástrica, Realizados En Los Servicios De Cuidados Intermedios Y UCI Neonatal, De La E.S.E. HUEM En El Mes De Mayo Del 2006". Pág 10 y 12

MOLINA, J. SAGASETA DE ILURDOZ, M. AZANZA, I. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. Unidad de Pediatría Oncológica. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pág. 1.

ROMAN CAMPOS, Gustavo. Médico. Neurología Practica-principios de fisiopatología, clínica y terapéutica neurológicas. Capítulo Sexto DOLOR-.SALVAT EDITORES COLOMBIANA S.A., primera edición 1982. Pág. 297

SIERRA RODRIGUEZ, Pedro Alberto, MD. Revista NESTLE, fascículo N° 174. Temas de pediatría. Calidad de vida en el niño hospitalizado. Bogotá

SUAREZ DELGADO, José Manuel. MD. Evaluación del dolor.
http://www.forcona.org/feea/feea_temas/temas_curso_5/evaluacion_del_dolor.htm

LA SIMULACION CLINICA UNA EXPERIENCIA PARA CONTAR

Ruby Elizabeth Vargas Toloza*

RESUMEN

La presente revisión pretende mostrar los beneficios de la simulación clínica como método de enseñanza aprendizaje ideal en las ciencias médicas, actualmente utilizado en la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander dentro de los servicios de mayor innovación y con buenos resultados.

PALABRAS CLAVES: Educación médica, tendencias, simulación, cuidado, enseñanza - aprendizaje, ciencias médicas, enfermería, laboratorio, simulación, método científico.

SUMMARY

The present revision seeks to show the benefits of the clinical simulation as method of teaching ideal learning in the medical sciences, at the moment used in the Faculty Sciences of the Health of the University Francisco of Paula Santander inside the services of more innovation and with good results.

KEY WORDS: Medical education, tendencies, simulation, care, teaching - learning, medical sciences, infirmary, laboratory, simulation, scientific method.

Actualmente la tendencia mundial va dirigida a renovar las formas de enseñanza que han sido tradicionales para cambiarlas por otras más innovadoras, especialmente en el área

* Enfermera Docente Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Especialista en Enfermería Medico Quirúrgica con énfasis en Urgencias. Miembro Grupo de Investigación Salud Pública. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-mail dpclireh@motilon.ufps.edu.co.

de la salud, donde pretende favorecer no solo al estudiante sino también facilitar la practica docente, brindando otros recursos metodológicos modernos que fortalezcan la enseñanza - aprendizaje.¹

La Simulación Clínica se encuentra dentro de estos recursos metodológicos en el campo de la salud. Simular, consiste en crear situaciones reales y reproducir un evento donde el estudiante debe utilizar los conocimientos teóricos, aprender a desarrollar acciones, generar habilidades y destrezas las cuales aplicará posteriormente ya sea en sus prácticas formativas en el área clínica o en su ejercicio profesional.

TECNICAS DE SIMULACION

Son variadas las formas de aplicar la simulación clínica en salud, no solo se trabaja con los simuladores (maniqués) sino también es posible utilizar otras variantes que enriquecen la enseñanza aprendizaje.

Dentro de estas situaciones están:

- **Pacientes Simulados o estandarizados:**

Son pacientes reales entrenados para representar su propia enfermedad o personas sanas que simulan un cuadro clínico, estos últimos pueden ser los mismos estudiantes o docentes.

- **Utilización de Simuladores tridimensionales:**

Son maniqués tridimensionales electrónicos capaces de simular las características humanas, con la propiedad de programación según el objetivo de la práctica simulada. Dentro de estos están los simuladores de signos vitales, de auscultación pulmonar y cardiaca, de reanimación cardiopulmonar, simuladores de fondo de ojo, oído, venopunción entre otros.

- **Reproducciones de estímulos visuales y auditivos:**

Es posible complementar la práctica con la lectura, interpretación y análisis de material diagnóstico como son: las radiografías, los electrocardiogramas, fotografías, películas educativas sobre el tema, análisis de gases y laboratorios clínicos.

* Enfermera Docente Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Especialista en Enfermería Medico Quirúrgica con

- **Situaciones simuladas escritas de problemas clínicos:**

El manejo de problemas de pacientes simula la realidad y reproduce las decisiones que un profesional debe adoptar en el estudio y la conducta a seguir con un paciente. El educando tiene que estar activamente envuelto en el problema.

- **Simulación asistida por computadores:**

Permite que el estudiante desarrolle habilidades cognitivas, le admite autoevaluarse en un tema específico, le evalúa y le tiene en cuenta los aciertos y los errores durante su utilización.²

EXPERIENCIA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD EN SIMULACION CLINICA

El laboratorio de Simulación Clínica de Enfermería es una de las dependencias de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander, es visto como una estrategia educativa nueva que ofrece tanto a los estudiantes como a los docentes un mecanismo pedagógico innovador, cuyos beneficios obtenidos con este método de enseñanza - aprendizaje son favorables, entre ellos están:

- El fortalecimiento del proceso educativo.
- Facilidad en la enseñanza de los contenidos.
- Permite el desarrollo de habilidades y destrezas.
- Ideal como método de evaluación manteniendo constantemente el interés cognitivo.

Con la simulación Clínica se benefician el estudiante, el docente y los pacientes. El estudiante adquiere mayor seguridad a la hora de tomar decisiones y realizar procedimientos tanto en situaciones tranquilas como en situaciones de estrés, hay disminución de accidentes e iatrogenias durante las prácticas formativas, también le permite autoevaluarse y buscar los espacios para mejorar el aprendizaje.

El docente tiene diferentes mecanismos para desarrollar su práctica pedagógica como son: los ejercicios didácticos por medio de casos clínicos (enseñanza basada en problemas), donde puede repetir todas las veces que considere necesario la experiencia simulada con los estudiantes hasta que el concepto o procedimiento sea aprendido, planear el ejercicio concreto sobre el cual el estudiante debe trabajar, demostrar que tiene las habilidades y destrezas para la práctica profesional, utilizar la simulación como una

² La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza. Dr. Salas Perea Ramón S y Dr. Ardanza Zulueta Plácido. Calle Lines e l, vedado, Ciudad de la Habana, Cuba.

herramienta importante para la evaluación, donde se tendrá en cuenta la capacidad de análisis de datos clínicos y paraclínicos, identificación de problemas de salud, conductas terapéuticas, habilidades y destrezas al realizar procedimientos entre otros.

El paciente cuando reciba el cuidado del estudiante experimentará menos molestias e inseguridad. También es una gran ventaja para las instituciones formadoras de recurso humano en salud, contar con un espacio que les permita a los estudiantes el desarrollo de las habilidades cognitivas y destrezas en procedimientos antes de ir a la práctica clínica en las instituciones prestadoras de servicios en salud. Estas últimas se encuentran actualmente saturadas por diferentes instituciones formadoras de recurso humano, lo que lleva a reducir las oportunidades prácticas para los estudiantes, la disminución en los tiempos de rotación, además no es posible realizar todas las actividades y hay disminución del recurso material, lo que se convierte en una barrera para lograr una acción importante en el paciente. La creación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que no permiten la intervención en sus afiliados por parte de los estudiantes de pregrado, internos y aún de residentes, además del cierre de hospitales en Colombia.³

De ahí parte también la importancia de los laboratorios de simulación clínica, pues además de reproducir en su gran mayoría los eventos reales en el área clínica, ofrece mayores oportunidades de aprendizaje y asegura el establecimiento de un juicio clínico en el estudiante.

Actualmente el laboratorio se encuentra dividido en 3 unidades funcionales o 3 áreas, organizadas de la siguiente manera:

- Área No1: En este espacio se encuentran ubicados los diferentes simuladores en mesas de demostración, los equipos clínicos, recursos y materiales de consumo en diferentes closet.
- Área No 2: Pertenece al área hospitalaria donde se encuentran las camas, camillas, mesas auxiliares, equipos de rehabilitación física, oxigenoterapia, carros de curación y vitrina de medicamentos.
- Área No 3: Corresponde al sitio asignado para la sala de quirófanos que cuenta con un área para el lavado quirúrgico de manos.

³ Simulación Cibernética en la Enseñanza de las Ciencias de la Salud. Hernando Matiz Camacho M.D. FACP FACC pag 16. Claudia Cifuentes Aya M.D. Adriana Torres Navas M.D. Colección Educación Médica. Pag 16. Vol 39. 2005.

En estas unidades funcionales o áreas es donde se organizan diferentes escenarios de simulación clínica con variados modelos utilizados para tal fin, como son:

a- Simuladores para examen ginecológico: Es posible con ellos realizar diferentes procedimientos como son el examen digital pélvico, especuloscopia vaginal, toma de citología cervicovaginal y colocación de dispositivo intrauterino entre otros.

b- Simuladores de trabajo de parto: Que incluyen las estaciones de trabajo de parto, maniobras de Leopold y episiorrafia.

c- Modelos de reanimación cardiopulmonar básica: Tanto para adulto como pediátrico y el desfibrilador automático externo.

d- Simuladores de heridas quirúrgicas.

e- Simuladores útiles en semiología como son los modelos de auscultación cardiaca, pulmonar y abdominal (SAM), modelos para oftalmoscopia, examen de mama entre otros.

f- Simuladores que permiten realizar diferentes procedimientos invasivos como son: sonda nasogástrica, lavado gástrico, cateterismo vesical, enemas evacuadores, administración de medicamentos o venopunción,

g- Recurso material de consumo como son: Gasas, vendajes, jeringas, jercos, tubos endotraqueales, sondas, catéteres, micropore, soluciones entre otros y los equipos como son: los equipos de oxigenoterapia, martillos de reflejos, equipo de órganos, fonendoscopios, tensiómetros entre otros.

Con todos los elementos con que cuenta el laboratorio es posible realizar diferentes eventos simulados que permiten el fortalecimiento de la enseñanza - aprendizaje en los estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud, cuyo objetivo en general es ampliar las oportunidades de los estudiantes en el desarrollo de habilidades y destrezas, toma de decisiones para solucionar un problema de salud que posteriormente aplicará en las prácticas formativas reales.

La Metodología utilizada actualmente en el laboratorio de Simulación Clínica de Enfermería es la de enseñanza - aprendizaje que consiste en crear talleres formativos organizados en escenarios donde los estudiantes de diferentes semestres, según el nivel de conocimientos desarrollan con su respectivo docente la práctica simulada; dichas prácticas formativas cuentan con el apoyo de una enfermera quien brinda las asesorías

tanto al estudiante como al docente si es necesario.

El estudiante se beneficia también de las asesorías grupales e independientes que son voluntarias y complementarias, donde el solicita el servicio del laboratorio para fortalecer los talleres antes desarrollados con el docente, estas asesorías son apoyadas por la enfermera encargada del laboratorio, donde ella tendrá en cuenta los conocimientos teóricos adquiridos por el estudiante previamente. En la medida que el estudiante se involucra gradualmente con el laboratorio y los simuladores empezará a participar aún más en prácticas simuladas de mayor complejidad. Al estudiante se le permite practicar primero las veces que sea necesario con los simuladores donde adquiere las habilidades prácticas, para luego desempeñarse directamente con los pacientes en el área clínica.

El Laboratorio de Simulación Clínica de enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud durante su continuo crecimiento y desarrollo se ha basado en los diseños y tecnología cibernética del Dr. Hernando Matiz Camacho médico cardiólogo de la Universidad del Bosque, así mismo es de resaltar el laboratorio de simulación clínica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud quienes cuentan con simuladores también de última generación y con el apoyo del Doctor Adalberto Amaya coordinador del laboratorio de simulación clínica de la Universidad de la Sabana líder en simulación y habilidades clínicas quienes ofrecen un espacio organizado y amplio, que permite el entrenamiento adecuado de una práctica humana y tecnificada.

CONCLUSIONES

Para la Facultad Ciencias de la Salud, el Laboratorio de Simulación clínica se ha convertido en una fortaleza que facilita la enseñanza aprendizaje en los estudiantes de la modalidad presencial, a distancia y de post grados, permite el logro de las competencias, es un método novedoso que reemplazó la educación tradicionalista, manteniendo la atención de los educandos y permitiendo el desarrollo de las habilidades practicas y cognitivas. Se Justifica el laboratorio, teniendo en cuenta que cuando se utilizan diferentes procesos para la enseñanza aumenta el aprendizaje en los estudiantes, como lo demostró David Dale en 1960 en su estudio donde analizó las tasas de retención y comprensión de los alumnos que reciben información mediante diferentes canales informativos, encontrando que el educando retiene hasta un 10% de lo que lee, hasta un 30% de lo que ve, un 50% de los que ve y oye, un 70% de lo que dice y escribe y un 90% de los que hace.

La importancia de la simulación como método radica en que reproduce los objetos reales cuando por problemas de tiempo, recursos o seguridad no es posible realizar la actividad

en su medio natural, con sus verdaderos componentes. De ahí precisamente surge la utilización tan amplia de este método, pues se aplica prácticamente en todas las disciplinas y ramas de la ciencia.⁴

BIBLIOGRAFIA

CORONA MARTINEZ Luis A et al. Vinculación de los fundamentos filosóficos del método de simulación con la modelación como método científico general de investigación. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos. Cuba. Abril/ 2002.

GUTIERREZ Rodas y POSAS SALDARRIAGA Ricardo. Tendencias Mundiales en educación médica. Iatreia. Vol. 17.No 2. Junio/2004.

HERNANDO MATIZ Camacho M.D. FACP FACC; CIFUENTES AYA Claudia s Aya M.D y TORRES NAVAS Adriana. Simulación Cibernética en la Enseñanza de las Ciencias de la Salud. Colección Educación Médica. Bogotá. Vol 39. Pág. 16. 2005.

SALAS PEREA Ramón S y ARDANZA ZULETA Plácido. La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza. Calle Lines el, vedado, Ciudad de la Habana, Cuba.

⁴ Vinculación de los fundamentos filosóficos del método de simulación con la modelación como método científico general de la investigación. Dr. Luis A. Corona Martínez, Dra Mercedes Fonseca Hernández, Dr Benigno Figueira Ramos, Dr Yoel Hernández Rodríguez. Octubre 2002.

UNA PROPUESTA PARA LOGRAR LA ACREDITACION EN ENFERMERIA

Luz Marina Bautista Rodriguez*

RESUMEN

La evaluación es una actividad que todas las personas realizan constantemente para juzgar si algo está adecuado o inadecuado, satisfactorio o insatisfactorio, bueno o malo. Esta puede convertirse en un componente natural de la formación e interacción del grupo, un ejercicio indispensable que permite a una organización conocerse continuamente y actuar de una manera informada.

Para enfermería este aspecto del proceso administrativo es aplicable y vital para mejorar y mostrar el alcance que tienen o pueden alcanzar los servicios de enfermería.

El presente artículo retoma elementos teóricos y prácticos existentes en el medio sobre la evaluación y plantea finalmente los aspectos claves en los cuales enfermería debe enfatizar para lograr la acreditación.

PALABRAS CLAVES: Evaluación - Acreditación- Enfermería

SUMMARY

The evaluation is an activity that all the people make constantly to judge if something is suitable or inadequate, satisfactory or unsatisfactory, good or bad. This can become a natural component of the formation and interaction of the group, an indispensable exercise that allows an organization to know itself continuously and to act of an informed way. For east infirmary aspect of the administrative process is applicable and vital to improve and to

* Enfermera docente Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Especialista Gerencia en Servicios de Salud Universidad del Norte. Especialista en Gestión Aplicada de los Servicios de Salud, Universidad Javeriana de Cali. Especialista docencia universitaria, Universidad de Santo Tomas. Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Nacional de Colombia UFPS. Miembro Grupo de Cuidado de Enfermería GICE-UFPS. Trabajo recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 julio/06. E-mail luzmarinaboutista@latinmail.com

show the reach that they have or they can reach the services of infirmary. The present I articulate it retakes existing teóricos and practicos elements in means on the evaluation and finally raises the key aspects in which infirmary must emphasize to obtain the accreditation.

KEY WORDS: Evaluation - Accreditation infirmary.

EL CONTEXTO DE LA EVALUACION

La evaluación es un procedimiento de análisis sistemático que juzga la pertinencia, la eficiencia, los progresos y los resultados de un sistema, una política, un programa o una serie de servicios específicos en un periodo determinado y que permiten analizar detalladamente la gestión realizada.¹ Su objetivo fundamental es determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos y lo que se pudo haber alcanzado.²

La evaluación constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, entre otras cosas.³

Las herramientas fundamentales de las evaluaciones son los criterios y los indicadores. Los criterios son parámetros de la estructura, procesos y resultados de los servicios, programas, políticas o sistemas que nos permiten hacer un juicio sobre la bondad de estos últimos. Como ejemplos se pueden mencionar la suficiencia de recursos humanos en una unidad de cuidados intensivos (estructura), la realización de ciertos procedimientos esenciales en una consulta externa (proceso) o los daños a la salud en un programa de salud reproductiva (resultados). Los indicadores, por su parte, son variables que permiten especificar la magnitud o frecuencia de esos parámetros de estructura, proceso o resultado: número de enfermeras por cama en servicio de hospitalización o toma de la presión arterial en una consulta externa para adultos.⁴

Las funciones de evaluación y control son de fundamental importancia en cualquier organización y como pasos primordiales en el proceso administrativo, como procesos

¹ DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACION. Evaluación en el campo de la salud. México. 2002. Pág. 12

² GONZALEZ AVILA, Manuel . Departamento de Educación, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. Diciembre de 1998. Pág. 22.

³ DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACION. Ocippt Pág. 15

⁴ GONZALEZ AVILA, Manuel. Ocippt Pag 18.

generales ayudan a dar forma al futuro mediante el fundamento que proporcionan para realizar toma de decisiones asertivas. Así mismo contribuyen a asegurar que se alcancen los objetivos en los plazos establecidos y con los recursos planeados, proporcionan a la empresa la medida de la desviación que los resultados puedan tener respecto a lo planeado, comparan los resultados con los planes en general, confrontan los resultados contra los estándares de desempeño, idean los medios efectivos para medir las operaciones, sugieren las acciones correctivas cuando sean necesarias, informan a los miembros responsables de las interpretaciones, generan mejoramiento y cambio al interior de la organización.⁵

Por otra parte como procesos dinámicos no se encuentran establecidos de manera perfecta por lo cual presentan desventajas cuando se realizan de manera posterior y no es un aspecto considerado desde su inicio como una labor de previsión, centrándose en la investigación del pasado mediante la identificación de los errores y como consecuencia el hallazgo de los responsables o culpables. Esta metodología tiene un enfoque de vigilancia o policial y su efecto más visible y menos deseable es un sentimiento de inseguridad y desconfianza generalizada dentro de la organización generando un sentimiento de temor para el personal, por cuanto se evalúa y controla más a las personas que a los procesos mismos y los resultados.⁶

Así mismo son procesos exclusivos que asignan esta responsabilidad a determinado personal, en este sentido la evaluación y el control deben convertirse en procesos rutinarios y de todos los integrantes de la organización orientándolos al futuro, con el objetivo de identificar los puntos críticos, los problemas prioritarios y diseñar las soluciones en beneficio de la organización; llegando a generar una cultura del autocontrol y de la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

COMO ACERCARSE A LA ACREDITACIÓN EN ENFERMERÍA

En Colombia con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad; a través del entonces Ministerio de Salud se reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

⁵ TERRY, George y FLANKLIN, Stephen. Principios de administración. Editorial Continental. México, 1999. Pág. 64

⁶ TERRY, George y FRANKLIN, Stephen. Ibíd. Pág. 72

La norma expedida es fruto de un proceso que se inició en diciembre de 1999 cuando el Ministerio de Salud con el apoyo del consorcio conformado por el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, la Corporación QUALIMED de México y de la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, comenzaron a trabajar en un proyecto que fue la materia prima para que se implementara el actual Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.⁷

La acreditación es hacer digna de crédito a alguna cosa, probar su certeza, y que sea válida para el objetivo propuesto mejorando la calidad, contrastando una autoridad competente el cumplimiento de especificaciones o características homogéneas mediante la verificación de estándares por solicitud voluntaria.⁸

El Sistema Único de Acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada estas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.⁹ Hace parte de un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad.

Esta certificación será otorgada a las entidades del sector salud autorizadas por el Sistema Único de Habilitación, esquema que mide la accesibilidad al servicio de salud, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad.

Constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, así mismo, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.¹⁰

El Ministerio de Protección Social delegó la actividad acreditadora del Sistema Único de Acreditación (SUA), que no es obligatorio sino opcional, al Instituto Colombiano de

⁵ TERRY, George y FLANKLIN, Stephen. Principios de administración. Editorial Continental. México, 1999. Pág. 64

⁶ TERRY, George y FRANKLIN, Stephen. *Ibíd.* Pág. 72

⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Proceso de acreditación en salud. 2004. Pág. 5.

⁸ GAMBIN GUTIERREZ, Diego. Acreditación, certificación y homologación en enfermería. Revista enfermería Global. Ensayos y reflexiones.

Normas Técnicas (ICONTEC). Organismo de carácter privado, sin ánimo de lucro, reconocido por el gobierno Colombiano como organismo nacional de normalización.¹¹

ICONTEC realiza la evaluación con profesionales especializados en diferentes áreas, entrenados en técnicas de evaluación y procesos de acreditación, mediante la aplicación de la denominada ruta crítica, la cual va desde la decisión por parte del prestador de acreditarse, hasta la recepción del certificado de acreditación. Durante este proceso se desarrollará una auto evaluación de la institución, unos procesos de mejoramiento, una visita de los evaluadores de la Entidad Acreditadora y una aceptación de las recomendaciones de dicha visita por parte de la Junta de Acreditación.¹²

La Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea reconocen, que el gran reto de los próximos años en el sector sanitario deberá enfocarse en la calidad y el desarrollo de sistemas e instrumentos que la acrediten ante la sociedad, y faciliten la actuación de los profesionales.¹³

En Colombia desde el surgimiento del nuevo Sistema de Salud, ha sido motivo de preocupación el control de la calidad de los servicios de salud, integrando a todos los profesionales y por ende los de enfermería.

Para enfermería la acreditación no es desconocida, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la define como " el término que se aplica a los procesos utilizados para designar el hecho de que una persona, un programa, una institución o un producto cumplen las normas establecidas por un agente (gubernamental o no - gubernamental) reconocido como cualificado para llevar a cabo esa tarea". Es decir la acreditación se convierte en un medio que favorece la cualificación en la prestación de los servicios y por ende genera retos en la formación y en la atención que el profesional de enfermería pueda ofrecer.

La enfermera (o) incide en numerosos factores de la estructura, procesos y resultados de la atención en salud, se hace necesario establecer mecanismos de evaluación que permitan revisar, verificar y mejorar el cumplimiento de los objetivos de calidad del sistema de salud donde enfermería participa.

El buen desempeño profesional generara un impacto técnico y social; el uso eficiente de

⁵ TERRY, George y FLANKLIN, Stephen. Principios de administración. Editorial Continental. México, 1999. Pág. 64

⁶ TERRY, George y FRANKLIN, Stephen. Ibíd. Pág. 72

los recursos un impacto económico garantizando el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

En este sentido para lograr la acreditación de los servicios de enfermería se requiere establecer propósitos orientados: en primera instancia a mantener la calidad de la formación obtenida mediante el diseño de programas de educación continuada que garantice el conocimiento, la adquisición de habilidades, el fortalecimiento de las competencias adquiridas o permitan la adquisición de otras para favorecer una oferta de servicios con calidad técnica y humana.

En segunda instancia propiciar la calidad en la práctica profesional mediante la creación y el establecimiento de estándares e indicadores que permitan realizar comparaciones y establecer niveles de cumplimiento o no. Así mismo se debe fortalecer la investigación basada en la evidencia lo cual favorece la construcción de un cuerpo de conocimientos científicos, los cuales probados y mejorados se aplicarían favoreciendo la mejora de los cuidados que se brindan. Por otra parte es necesario desde lo administrativo contar con manuales y protocolos que orienten asertivamente el desempeño profesional.

En tercera instancia generar una cultura de calidad del día a día, fundamentada en cómo se hace, y que aspectos establecen la diferencia, de esta manera se generará un valor agregado, una cultura de servicio, el mejoramiento continuo de los procesos y un estilo diferencial de los cuidados realizados y ofertados por enfermería.¹⁴

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

Y finalmente en quinta instancia promover la sistematización de la información de tal manera que se pueda sistematizar la atención y administración del cuidado de enfermería.

CONCLUSIONES

La evaluación es una parte del proceso administrativo que busca determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos y qué podría

¹⁴ COSTA. Joan. Imagen corporativa en el siglo XX, el nuevo paradigma. I Congreso Iberoamericano de Comunicación Estratégica. Venezuela, 22-23 Noviembre de 2001.

hacerse para mejorar, requiere ser utilizada y aplicada en toda actividad o servicio con el fin de generar retroalimentación y mejoras en busca de la calidad.

Las transformaciones del Estado inciden para que las instituciones y personas mejoren con el fin de ser más competitivos y permanecer en el mercado. En el caso de salud la situación se hace más relevante por ofrecer servicios a las personas lo cual implica tener excelentes conocimientos, habilidades y actitudes profesionales que garanticen la atención ética, científica y responsable.

La acreditación para enfermería se convierte en una herramienta que permitirá resaltar la importante e indispensable labor que desarrolla en la prestación de servicios ambulatorios u hospitalarios. Así mismo sirve de motivador para que los profesionales de enfermería busquen estrategias que favorezcan la capacitación, fundamentación de las acciones desarrolladas y mejora de la calidad de la atención brindada.

BIBLIOGRAFIA

BEHRENSSEN, Celina. Crisis y cambio: abordaje desde el Análisis Organizacional. Argentina.2001. pag 12

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. La enfermería importa. Acreditación. 1989-2006 [ON LINE] \Documents and Settings\Auxiliar\Escritorio\ARTICULO\CIE [La enfermería importa- Acreditación] Consultado junio/06.

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

DE WELSCH,HILTON & GORDON. El proceso administrativo. Ed. Prentice Hall. México.1990. pag 65

DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACION. Evaluación en el campo de la salud. Mexico. 2002. Pag 12

GAMBIN GUTIERREZ, Diego. Acreditación, certificación y homologación en enfermería. Revista enfermería Global. Ensayos y reflexiones. ISSN16956141.Numero 8. Mayo/2006. servicio de publicaciones Universidad de Murcia. España.

GONZALEZ AVILA, Manuel . Departamento de Educación, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. Diciembre de 1998. Pag 22.

GONZALEZ JURADO, Maximo A. Discurso inaugural jornadas de presentación del Instituto Superior de acreditación para el desarrollo de la enfermería y otras ciencias de la salud. Madrid. 2000.

HOSTENCH, Antonio y HOFFMANN, Anhja. La consultoria estrategica. España. 2002. Pag 34.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Proceso de acreditación en salud. 2004. Pag 5.

KUBR, M. la consultoria de empresas: guía de la profesión. Limusa Noriega Editores. Mexico. 1993. Pag 7

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309/2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Santafé de Bogotá. 2002. Pag 14.

NEWMAN, William y Colabs. La dinamica administrativa: conceptos, funcionamiento y aplicaciones practicas. Editorial Diana. México. 1980.

PALACIO BETANCOURT, Diego. Ministerio Protección Social. Santafé de Bogotá. 2004.

TERRY, George y FLANKLIN, Stephen. Principios de administración. Editorial Continental. México, 1999. Pág. 64

TREJOS C, Julio León. Conceptos básicos sobre organización. Universidad de Antioquia. Medellin. 1990. Pag 32

CONTEXTO SOCIO POLITICO Y LEGAL QUE FUNDAMENTAN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS O PROYECTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

Maria Mercedes Ramírez Ordóñez*

RESUMEN

En el siguiente artículo se hace una revisión del contexto en relación con la situación social y epidemiológica de la cronicidad. Las políticas que se están desarrollando para afrontar esta realidad planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el proyecto CARMEN (Conjunto de acciones para la intervención Multifactorial de Enfermedades no transmisibles), en Colombia la Secretaria Distrital de Salud para el distrito capital y la red municipal en el Norte de Santander. Esta situación invita al profesional de enfermería a direccionar nuevas estrategias a nivel formativo y de atención que están acordes con nuestra realidad.

PALABRAS CLAVES: Situación de cronicidad, propuestas a nivel mundial, nacional y regional, la ley 266 que reglamenta nuestra profesión, nuevos retos para enfermería.

SUMMARY

In the following article a revision of the context of the social and epidemic situation of the chronicity is made. The politicians that are developing to confront this reality outlined by the OMS and OPS with the project CARMEN (Group of actions for the intervention Multifactorial of non transferable Illnesses), in Colombia the Secretary Distrital of Health for the capital district and the municipal net in the North of Santander. This situation invites the infirmary professional to address new strategies at formative level and of attention that you/they are in agreement with our reality.

* Enfermera Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Magister en Cuidado del Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia-UFPS. Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Enfermería Renal. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-Mail: mmro2000@hotmail.com

KEY WORDS: Situation of chronicity, proposals at world, national and regional level, the law 266 that it regulates our profession, new challenges for infirmary

La región de las Américas tiene una población de 774.220.000 habitantes ocupa un tercio del territorio del planeta, para un tercio de la población del continente la mayor parte de ellos reside en Estados Unidos y las condiciones de vida son las mejores del mundo. En cambio por lo menos 10% vive en la pobreza más extrema, con los recursos mínimos para sobrevivir.

Durante el transcurso del siglo, la tasa de crecimiento demográfico se ha desplazado de Estados Unidos y Canadá al resto del continente. La tendencia presente revela un mayor aumento de la población en los países más subdesarrollados de la Región. En Estados Unidos y Canadá se registra una disminución de 40% del crecimiento demográfico. En México y Brasil también está descendiendo el crecimiento de la población. Las tasas de crecimiento demográfico varían desde la más baja 1,06% Estados Unidos y Canadá, pasando por valores intermedios 2,75% para los países andinos, y llegando hasta un valor extremo 4,1% en Venezuela.¹

La salud de la población de la Región ha mejorado gradualmente en este siglo. En los países más desarrollados se ha registrado una disminución temprana de las enfermedades transmisibles y durante el primer cuarto de siglo su composición demográfica y perfil epidemiológico han cambiado drásticamente. El aumento de la disponibilidad de alimentos, la mejora de la vivienda y el saneamiento ambiental han desempeñado una función importante en este marco de transición epidemiológica y han promovido una era en la que los procesos degenerativos constituyen la mayor parte del perfil epidemiológico. Como consecuencia, el aumento de la esperanza de vida está produciendo una nueva era de supervivencia prolongada a los procesos degenerativos crónicos. La esperanza de vida de más de 80 años, como corolario del envejecimiento de la población, está planteada como un nuevo desafío para el sistema de seguridad social y la atención de salud.

La era de los antibióticos ha promovido una disminución rápida de la mortalidad infantil y de la mortalidad general por enfermedades infecciosas. Las enfermedades crónicas y la violencia (incluidos los accidentes, los desplazamientos y los conflictos) se encuentran entre las 10 causas principales de muerte, así mismo la articulación con movimientos

¹ OPS/OMS. La Enfermería en la Región de las Américas. Washington, 1.999: Pág. 1

ecológicos (bióticos) con miras a aumentar la conciencia y a abogar por cambios en el modo de vida es otra tendencia que tiene consecuencias en la salud. En América Latina, la reforma de los sistemas de salud está pautada por los principios de los derechos universales, la equidad y la descentralización administrativa.²

En la década de los 90 Colombia mostró cambios demográficos y epidemiológicos en los que se puede identificar mejoramiento en la situación de salud en algunos aspectos, aunque no se observa un comportamiento homogéneo en todas las regiones y grupos humanos, situación que comparte con otros países de América Latina. La situación de salud de los colombianos se encuentra en una transición caracterizada por una mejora progresiva pero desigual, por la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas que afectan con mayor severidad a la población más pobre, y con diferencias evidentes de género. Además el trauma y el homicidio han tomado preponderancia epidemiológica, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad con una tasa de 97.1 muertes por cada 100.000 habitantes, colocándose por encima de todos los países latinoamericanos. En igual medida, surgen nuevos retos relacionados con la movilización y desplazamiento forzado de las personas fruto de los problemas sociales y económicos del país. Así mismo, se observa una morbimortalidad creciente asociada principalmente a enfermedades relacionadas con malos hábitos alimenticios, al cigarrillo, consumo de bebidas alcohólicas y falta de ejercicio, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares que ocupan la primera causa de muerte con 113,4 muertes, y los tumores malignos el tercer lugar con 61,3 muertes por cada 100.000 habitantes.³

Las políticas de salud y las reformas insisten en que la meta a alcanzar es la equidad, sin embargo 21.030.394 personas que representan un 46% de población colombiana aún no se encuentra afiliada al SGSSS. Lo que muestra que a pesar de las buenas intenciones de la ley 100 aun persisten inequidades y bajas coberturas en la prestación de los servicios de salud.⁴

La situación social y de salud en el departamento Norte de Santander es muy similar a la del resto del país como lo muestra el Boletín Epidemiológico del año 2003:⁵

El departamento cuenta con una población de 1.475.235 habitantes donde el promedio de edad es de 35 años con una mediana de 21.6 años. En relación con la situación de

¹ OPS/OMS. La Enfermería en la Región de las Américas. Washington, 1.999: Pág. 1

² *Ibid.*, p. 7

³ Ministerio de Salud y OPS. "Situación de salud en Colombia Indicadores básicos 2001" Estándares (documento).

⁴ DANE, "Proyecciones Departamentales de Población por Sexo y Edad", 1990 - 2015

morbilidad en el Norte de Santander predominan las enfermedades infecciosas que son características de comunidades subdesarrolladas por las deficiencias en los servicios sanitarios básicos y por condiciones socioeconómicas; existen otras causas relacionadas con el estilo de vida, hábitos y costumbres de comunidades desarrolladas tales como las Cardiovasculares (hipertensión). Los adultos mayores ocupan la segunda tasa más alta de hospitalización de 534.5 x 10.000 habitantes y como primera causa esta la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, probablemente guardando relación a la alta prevalencia de hipertensión arterial en la población general y del adulto mayor.

El comportamiento de la mortalidad en el periodo 2000 y 2001 en el departamento Norte de Santander, según información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), corresponde al resultado del problema social que estamos viviendo actualmente, pues las muertes por agresión ocupan el primero, tercero y el octavo lugar en el año 2000 y el primero, cuarto y octavo en el año 2001, los otros lugares corresponden a problemas relacionados con enfermedades crónicas, degenerativas y muertes fetales.

La mayor carga de mortalidad esta dada por enfermedades crónicas no transmisibles, encabezando las enfermedades cardiovasculares y cáncer, patologías de mayor incidencia y prevalencia en la población adulto mayor.

Los cambios demográfico, sociales y económicos que se han ido produciendo, han generado nuevas maneras de adaptación al medio, lo que ha implicado un proceso de cambio de los problemas de salud (hay problemas que se han ido erradicando y a la vez han surgido otros nuevos), cabe destacar los problemas de salud producidos por las alteraciones del comportamiento causadas por el estrés; las alteraciones nutricionales por defecto o exceso; las alteraciones degenerativas relacionadas con la edad avanzada; la gran incidencia de la enfermedad infecciosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y algunos procesos infecciosos que, habiendo disminuido, hoy están aumentando como es el caso de la tuberculosis; los accidentes de tráfico y sus secuelas.

Identificada esta problemática, y teniendo claridad en los cambios epidemiológicos que se han presentado en la actualidad las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de mortalidad e incapacidad para la población adulta. Estas incluyen problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes y padecimientos renales.

Estas enfermedades ocasionan padecimientos de larga duración, de carácter no transmisible y degenerativo. Se caracterizan por una etiología incierta, múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, curso prolongado, fuente no contagiosa, discapacidad o alteración funcional e incurabilidad.

Son varias las causas que explican este cambio, todas ellas interrelacionadas, la rápida urbanización e industrialización; la disminución en las tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida y el mejor acceso a los servicios de salud.

Aun cuando las causas de muchas de las enfermedades crónicas siguen siendo desconocidas, los epidemiólogos han identificado factores de riesgo individuales asociados con su aparición y desarrollo, y que son comunes en muchas de ellas.

Las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de la sociedad e imponen dos tipos de carga por una parte, afecta la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por la otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo.

La ley 100 de 1993, que plantea los lineamientos legales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y señala que el estado debe garantizar el acceso progresivo de la población a la atención en salud con criterios de eficiencia y calidad, no han tenido en el Norte de Santander el desarrollo esperado.

En lo referente a la cobertura del Sistema General de Seguridad Social ha sido incipiente, producto entre otras causas a situaciones estructurales del ente de dirección y al escaso compromiso por parte de otros actores como los administradores municipales, las administradoras del régimen subsidiado y la misma comunidad usuaria de los servicios.

La ejecución del Sisben ha presentado problemas a nivel de los municipios tanto a nivel de tiempos, como de la calidad de la información. Así mismo, se ha detectado doble y hasta triple carnetización entre los afiliados al régimen subsidiado donde se encontró que aproximadamente 23.000 usuarios estaban repetidos los listados de las distintas ARS, negándole la posibilidad de acceso a otras personas de nivel I y II.

De la población estimada para el departamento por la Secretaria de Planeación Departamental para el año 1997 (1.129.996) y los registros que conforman el sistema de seguridad social, se estima una población potencial a afiliar de 934.047 habitantes. De los cuales aproximadamente un 27% (252.000 habitantes) tienen acceso a la atención en salud a través del régimen contributivo quedando un 73% (682.000 habitantes) que se distribuyen así: un 7% (65.000 personas) atendidas por el sistema de medicina prepagada y el restante 66% (617.000 habitantes) estaría a cargo del Estado no obstante con los recursos de la oferta (situado fiscal) solo se cubren 297.051 habitantes. Se concluye que aproximadamente 320.000 habitantes aun permanecen fuera de la cobertura del sistema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que cerca del 60% de las muertes que ocurren en el mundo hoy se deben a las enfermedades crónicas, en especial la enfermedad cardíaca, la enfermedad cerebro vascular, el cáncer y la enfermedad pulmonar.

Se aspira que para el 2020 todos los países hayan introducido y se encuentren manejando y evaluando estrategias que fortalezcan los estilos de vida saludables y debiliten aquellos que la obstaculicen, a través de una combinación de programas comunitarios, económicos, educativos, organizacionales y de regulación.

Los programas propuestos para esta población con patología de cronicidad han sido iniciativa de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, como el CARMEN (Conjunto de acciones para la intervención Multifactorial de Enfermedades no transmisibles), implementado recientemente en América Latina y el Caribe, son avances importantes en la organización social en este campo.

La finalidad del proyecto Carmen es mejorar la salud de la población de un país mediante la reducción de la incidencia de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles mediante acciones combinadas y coordinadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la comunidad y de sus servicios de salud.

Entre los factores de riesgo asociados con enfermedades no transmisibles y lesiones no intencionales abordados a través del programa CARMEN se encuentran:

- Factores biológicos, como la presión arterial, colesterol, sobrepeso y diabetes.
- Comportamientos de consumo, incluyendo tabaquismo, hábitos alimentarios, y consumo excesivo de alcohol.
- Ausencia de comportamientos promotores o protectores de la salud, como el estilo de vida sedentario y la falta de uso de cinturones de seguridad en vehículos.
- Ausencia de uso de los servicios preventivos o de examen selectivo como las pruebas de papanicolau y mamografías.
- Factores psicosociales, como el estrés, apoyo social y características del ambiente de trabajo.⁶

Igualmente en Colombia para el Distrito Capital a través de la Secretaria Distrital de Salud

6 OPS-Proyecto CARMEN. Enfermedades no transmisibles [en línea] actualizado el 27/5/97. s.n. 19/02/04. Disponible en Internet: <URN:http://165.158.1.110/spanish/hcn/hcnarm en.htm>.

se han elaborado unas líneas de acción de la política de las enfermedades crónicas por iniciativa de la Dirección de Salud Pública donde sus acciones buscan priorizar aquellas enfermedades no transmisibles de mayor carga de enfermedad, muerte y discapacidad, en la población.

Tales enfermedades son: las cardiovasculares con énfasis en hipertensión, las metabólicas como la Diabetes Mellitas y la hiperlipidemia, el cáncer con énfasis en los que producen mayor mortalidad y para los que existen medidas de prevención primaria y secundaria o de tratamiento costo efectivas, (estómago, pulmón, cerviz, mama, próstata), sin excluir a la hora de la presentación intersectorial las relacionadas más directamente con la contaminación del aire y las exposiciones ocupacionales.

Las líneas de intervención están: Promoción de una vida cotidiana saludable, extender el uso de actividades preventivas y de detección temprana, fortalecimiento de la regulación social.

Las estrategias como tal, atraviesan las distintas líneas de intervención entre estas están:

- h. Fortalecimiento de los sistemas de información, monitoría y control, en enfermedades crónicas.
- i. Coordinación intersectorial y desarrollo de alianzas estratégicas.
- j. Información, educación, comunicación.
- k. Mejoramiento de la cobertura del aseguramiento para lograr accesibilidad a la prestación de servicios de salud.
- l. Desarrollo de líneas de investigación e intervención en el campo de las enfermedades crónicas.
- m. Desarrollo de un área demostrativa.
- n. Fortalecimiento y capacitación del recurso humano.
- o. Participación Social.

Existe en el momento un grupo de personas del orden gubernamental en el Norte de Santander que vienen desarrollando a través de la red municipal de apoyo para la prevención y control de las enfermedades crónicas, con los siguientes objetivos:

- Integrar los esfuerzos públicos y privados para asesorar en el diseño y desarrollo de modelos de intervención comunitaria e intersectorial a nivel municipal basados en la protección de la salud, la detección temprana y el control de las enfermedades y factores de riesgo asociados.
- Favorecer el flujo de información e indicadores que permitan mejorar la calidad de

vida y oportunidad de la información sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

- Garantizar el derecho a la salud y a la atención individual integral a los grupos más vulnerables de enfermar y morir por enfermedades crónicas de vida saludables y prevenir y controlar enfermedades y factores de riesgo de acuerdo a los perfiles epidemiológicos locales.
- Fomentar el compromiso intersectorial, interinstitucional y comunitario de todo el municipio para promover comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables y prevenir y controlar enfermedades y factores de riesgo de acuerdo a los perfiles epidemiológicos locales.
- Diseñar estrategias, líneas de acción y formulación de políticas públicas involucrando a todos los estamentos públicos y privados que existen en el municipio, buscando un mayor impacto de sus acciones en la comunidad.
- Garantizar un manejo adecuado, oportuno, eficiente de todos los recursos humanos, físicos, técnicos, administrativos y financieros que posea la red.
- Gestionar la consecución de recursos internacionales, nacionales, departamentales, municipales tanto públicos como privados que permitan la consecución de los objetivos propuestos.
- Consolidar un trabajo de equipo con todas las instituciones que conformen la Red Municipal, despertando el sentido de pertenencia y compromiso con las tareas propuestas para lograr un mayor impacto en la comunidad.

Todos estos cambios plantean a la enfermería nuevos retos donde el cuidado de la salud y de la vida toma sentido. Quizá enfermería ha sido una de las profesiones que ha asumido la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como estrategia fundamental para mejorar las condiciones de salud y vida de la población.

La Ley 266 de 1996 de enfermería reglamenta nuestra profesión y propósito como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida

digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Teniendo como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

En lo referente al Artículo 4 del *Ámbito del ejercicio profesional*. El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.⁷

En forma excepcional algunas enfermeras(os) se han organizado y han ofrecido servicios de promoción y prevención logrando gran reconocimiento por su alta calidad y por los resultados de estos programas. En los últimos años se observa un incremento en oferta de servicios para la tercera edad, liderados por enfermeras, los cuales se caracterizan por brindar un cuidado integral a este grupo poblacional. Cada vez, se observa una mayor participación de las enfermeras en grupos interdisciplinarios tendientes a promover estilos de vida saludables en población del alto riesgo: niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva y ancianos.

Con respecto a las acciones de recuperación y rehabilitación las enfermeras han procurado calificarse accediendo especialmente a programas de especialización y maestría que favorecen un cuidado de enfermería de alta calidad, sin embargo la gran cantidad de funciones administrativas dificultan el cuidado directo a los pacientes.

Esto invita a tomar la bandera en el grupo poblacional del adulto mayor donde se ve venir en aumento las enfermedades asociadas a la vejez, con los problemas circulatorios, isquemias, accidentes cerebro-vasculares, demencia y pensar en direccionar estrategias dirigidas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación considerando que estos problemas llevan a un alto costo económico además del costo emocional para la familia y los cuidadores se conoce que muchos de estos riesgos pueden prevenirse con la concientización de la población hacia el fomento de hábitos saludables.

⁷ Congreso de Colombia Ley 266 de 1996. Diario oficial. Año CXXXI.N.42710.5, febrero, 1996. Pág 1

De otro lado los procesos de descentralización han llevado a la privatización de las empresas lo que ha ocasionado que existan fuentes de trabajo con mezcla de lo público y privado, corporaciones de salud que ofrecen servicios prepagados en diversas formas. Esto aumenta la exigencia en términos de productividad, mayor rendimiento, y reducción de costos; a reflexionar en los procesos y en el actuar pensando en un cuidado humano y de calidad; priorizando desde la formación para que en cada momento se de espacio a analizar las acciones que hacemos y se cree conciencia en un actuar ético, donde se cuestione los principios y se busque la presencia de dilemas que permitan escoger la alternativa que menos lesione al hombre.

El sistema ha priorizado la asistencia en los niveles de atención primaria, desarrollando acciones enfocadas al diagnóstico y detección oportuna de enfermedades. Lo que implica privilegiar el trabajo en equipos, eso implica cambios en los procesos de trabajo para los cuales la gran mayoría de profesionales actualmente en ejercicio no fueron formados.

Los esquemas actuales de atención, enfocados en la curación, desligan los conceptos de salud y enfermedad; es difícil lograr el cuidado de quienes viven una situación de enfermedad crónica. Estos esquemas dejan de lado tanto la calidad de vida de estas personas, como la de quienes los rodean.

Es entonces deseable para la enfermería trabajar con esquemas que promuevan la salud total de quienes viven esta situación y que permitan orientar los esfuerzos del cuidado integral y primordialmente en la vida, fomentar la autonomía y dignificar al ser humano inmerso en esta situación tal y como ellos la experimenten.

La situación anterior conlleva a la implementación de programas a nivel domiciliario que busque promover el desarrollo de habilidades en el individuo y las familias para que el auto cuidado y el control de la salud y la participación sean la base del empoderamiento. Se hace necesario reconocer en cada persona sus condiciones de vida, su entorno familiar y con la comunidad en que vive; estos elementos influyen en sus hábitos, higiene, alimentación, actividad física, actividad laboral, actividad social y hábitos tóxicos. Considerando de la misma forma su escala de valores, cultura y creencias dentro de una forma de organización social. Todo esto es determinante, sobre todo, en toda la actividad relacionada con la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Esto permitirá mejorar el bienestar y el desarrollo de las personas y los colectivos, controlando los factores de riesgo de las enfermedades prioritarias y ambientales, como también fortaleciendo los factores protectores. En este caso enfermería tendría un papel protagónico, mostrando su capacidad de gestión y negociando con habilidad los

problemas de salud, ejerciendo con mayor autonomía para el consenso y en la toma de decisiones en pro del bienestar de las personas y los colectivos.

Este trabajo deberá abarcar a la familia en su contexto quienes están mas cerca al paciente en su estado de cronicidad brindando apoyo en las intervenciones que realizan, integrándola en los procesos; considerándolos dentro del escenario de atención por ser elementos claves en las decisiones y relaciones que afectan la salud de sus integrantes. Se hace necesario realizar un acompañamiento y dar igualmente educación

Hay estudios que demuestran, que esta orientación es menos costosa para el Sistema de salud y más satisfactoria para las personas buscando una estancia mínima en el hospital, lo que significa que la atención a la población con problemas, que antes se entendían en hospitales (enfermos terminales, personas con patologías crónicas, incapacidad y gran dependencia), se ha de asumir en los domicilios y que la hospitalización tenga lugar sólo en periodos excepcionales.

Por todo esto, el desarrollo de la Atención Domiciliaria constituye no sólo una medida eficaz sino también una prioridad del Sistema de Salud para hacer frente al vertiginoso crecimiento de la demanda de atención de las personas dependientes en los próximos años.

CONCLUSIONES

La revisión realizada a nivel de las Américas, Colombia y Norte de Santander en relación con el aumento del promedio de vida, asociado a múltiples factores de tipo social, económico, demográfico y epidemiológico, muestra un cambio en la pirámide poblacional con el incremento de la población adulto mayor acompañado de la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, resultado en algunos casos por hábitos poco saludables.

Esta situación lleva a la presencia de discapacidad, alteración funcional e incurabilidad, ocasionando una carga de alto costo para la familia y en los servicios sociales y de salud donde es importante para enfermería como profesión con suficiente trayectoria en el cuidado de la población y su experiencia en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, liderar programas o proyectos que promuevan la salud de las personas hacia el cuidado integral incluyendo a su grupo familiar en actividades de autocuidado, control de la salud y participación responsable y comprometida de los miembros en el proceso, desplazándose a sus domicilios; logrando con este trabajo personalizado y

continuo disminuir los reingresos de pacientes a las salas de hospitalización, retardando la presencia de complicaciones agudas, bajar costos y disminuir la demanda de servicios de salud por este evento.

BIBLIOGRAFIA

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NORTE DE SANTANDER. Instituto Departamental de Salud. Vol.4 año 2003

CASTRILLON CONSUELO. "Reflexiones sociológicas acerca de enfermería", La Dimensión Social De La Práctica De Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, pág. 104-115

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO. "Desafíos Futuros Para La investigación En Salud En América Latina (Resumen), CIID-Publicaciones, Montevideo, Copyright 1997. Lacroinf@idrc.ca

Congreso de Colombia Ley 266 de 1996. Diario oficial. Año CXXXI.N.42710.5, febrero, 1996.pag1

DANE, "Proyecciones Departamentales de Población por Sexo y Edad", 1990 - 2015

DE OLIVEIRA Celina, CHompré Roseni. Estrategias para el desarrollo de la práctica de enfermería. Simposio Nacional de Enfermería Universidad de la Sabana. Chia. Septiembre 5 y 6 de 1996.

DURAN Maria Mercedes. Estrategias para la educación de enfermería en América Latina (siglo XXI). Simposio Nacional de Enfermería. Universidad de la Sabana. Chia. Septiembre 5 y 6 de 1996.

FARELL Marlene. Tendencias y proyección del ejercicio profesional de la enfermería. Simposio Nacional de Enfermería. Universidad de la Sabana. Chia. Septiembre 5 y 6 de 1996.

GARZÓN Nelly. Retos de enfermería para el próximo milenio: situación y tendencias en la práctica de enfermería. En: Cuidado Y Práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, 2000

GÓMEZ Consuelo, Gómez Hernando. "Retos y perspectivas para el próximo milenio" y "competencias en el proceso de formación de profesionales de enfermería" En: Modernización y modernidad de los programas de pregrado en enfermería. ICFES ACOFAEN. Bogotá, Mayo de 1997.

GOMEZ, Consuelo. "La profesionalización de la enfermería en Colombia", El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002, pág. 61-90

MANFREDI Marcel, "La construcción de un futuro para enfermería desde una perspectiva regional", Memorias de las ponencias centrales y paneles, VII Coloquio panamericano de investigación en enfermería, Bogotá, 9 al 12 de octubre del 2000, pág.96

MINISTERIO DE SALUD Y OPS. "Situación de salud en Colombia Indicadores básicos 2001" Estándares (documento).

OPS-Proyecto CARMEN. Enfermedades no transmisibles [en línea] actualizado el 27/5/97. s.n. 19/02/04. Disponible en Internet: <URN:http://165.158.1.110/spanish/hcn/hcncarm en.htm>

OPS/OMS. "La Enfermería en la Región de las Américas". Washington, 1999, pág. 1-56

OPS/OMS. "La Salud en las Américas", Programa de publicaciones OPS. Washington, 1998 y 1999; pág. 1-5

OPS/OMS. "Perfiles del Sistema de Servicios de Salud: Colombia". Washington, 1998 y 1999; pág. 1-20

CALIDAD O EXCELENCIA "UNA PREOCUPACIÓN DE LA GERENCIA"

Deysi Astrid Machucca Albarracín*

RESUMEN

Este artículo presenta la importancia de buscar la excelencia en la atención de enfermería dentro de los diferentes escenarios en los cuales se brinda cuidado, desde la administración, la docencia, la asistencia y la investigación, en el marco de la atención ambulatoria u hospitalaria.

Se pretende mirar más allá del solo concepto de calidad, entrar en el terreno de la excelencia como paso siguiente ante la necesidad de ser más que un perfil mínimo o que un estándar de calidad, en la gran empresa de la prestación de los servicios de salud, especialmente en la atención de enfermería.

PALABRAS CLAVES: Calidad, excelencia, satisfacción, gerencia

SUMMARY

This article presents the importance of looking for the excellence in the infirmary attention inside the different scenarios in which you offers care, from the administration, the teaching, the attendance and the investigation, in the mark of the ambulatory or hospital attention.

It is sought to look beyond the single concept of quality, to enter in the land of the excellence like following step in the face of the necessity of being more than a minimum profile or that a standard of quality, in the great company of the benefit of the services of health, especially in the infirmary attention.

* Enfermera, Docente ocasional Facultad Ciencias de la Salud- Universidad Francisco de Paula Santander, Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud. Diplomado en Atención de Adultos en Situaciones de urgencias. Miembro Grupo de Investigación de Cuidado UPFS. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-mail. damachuca@hotmail.com

KEY WORDS: Quality, excellence, satisfaction, management

“La reforma a los sistemas de salud constituye hoy un fenómeno generalizado en casi todos los países del mundo. Impulsada por mayores anhelos de equidad y de universalidad, pero también por el afán de racionalizar y optimizar el gasto público y privado en el consumo de los servicios de salud, la reforma ha llevado a cuestionar los modelos de gestión y prestación de los servicios actualmente existentes. En este escenario, aparece el aseguramiento de la calidad como una alternativa de competitividad, supervivencia y crecimiento, capaz de permitir tanto la racionalidad en el gasto como la satisfacción de las necesidades del paciente, el progreso de la medicina y de la institución hospitalaria¹.”

Cuando un usuario busca la atención en una Institución Prestadora de servicios (IPS), lo primero que se puede preguntar es ¿a cuál de estas podrá asistir dentro de su sistema de afiliación y encontrar una atención que satisfaga necesidades y expectativas, o según el caso, si sería necesario contratar la atención en forma particular?

Los gerentes por su parte se podrían preguntar ¿cuáles son las expectativas de los usuarios? ¿Será la alta tecnología, la gran preparación de su personal de salud, o una infraestructura moderna?; sin embargo en las últimas décadas se ha venido observando que aún desde el planteamiento de la plataforma estratégica de las IPS se nota un grado de sentido humano y de preocupación de la gerencia no sólo por brindar atención con alta tecnología, conocimientos e infraestructura moderna, sino también porque su personal sea idóneo, y que sus servicios sean ofrecidos con excelencia, lealtad, honestidad, compromiso, ética, respeto y equidad.²

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), una institución de tercer nivel de atención muy importante de la ciudad de Cúcuta realiza la invitación a las empresas para cotizar con el fin de contratar por medio de Outsourcing (contratación externa), la prestación de los servicios de enfermería para algunos servicios de la entidad. Dentro de las especificaciones, se encuentran las 45 funciones que deben realizar las enfermeras y enfermeros las cuales están relacionadas con la investigación, la asistencia y la administración; además se describen algunos aspectos relacionados con la calidad de estos profesionales y la responsabilidad de la entidad que realice la cotización al asegurarse de la calidad de sus proponentes. En la invitación se mencionan palabras como idoneidad, experiencia, formación universitaria, perfiles mínimos, certificaciones,

¹ DUQUE ZEA José Humberto, Gerencia por calidad. En Módulo de Calidad, Especialización Gerencia de los Servicios de Salud. Uninorte-UFPS. p. 1

² HOSPITAL FONTIBON E.S.E. Portafolio de Servicios (En línea) Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (May 2006) www.vicjemoseguros.gov.co/fontibon.htm

como algunos de los parámetros a seguir con el fin de asegurar la calidad del personal a contratar.³

Lo anterior refleja la preocupación de los gerentes de las instituciones por asegurar la calidad en la prestación de servicios a sus usuarios, muestra además, que se ha entendido la importancia de atender adecuadamente a los "clientes" de las entidades de salud, para poder mantener una institución; ya que esta herencia de la ley 100/ 93 donde se ha generado competencia entre las Institución Prestación de Servicios (IPS) es visible en el número de afiliados que posea, pero este número de afiliados refleja la satisfacción que los usuarios tengan de los servicios recibidos de las IPS.

El sector salud en Colombia se encuentra en un momento importante, es así como este año ha sido declarado el año de la calidad y en todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Institución Prestación de Servicios (IPS) se respira "calidad", todos se encuentran verificando el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por la resolución 01439 de 2002, revisando sus manuales de procesos, de funciones, de procedimientos, verificando la aplicación de las normas técnicas establecidas por el gobierno para cada uno de los servicios que oferta. Esto ha generado un grado de confianza en los usuarios de los servicios. Cuando se observa la red pública de prestadores de servicios de salud, da gusto ver sus instalaciones recién construidas, con ambientes agradables, y preocupados por cumplir con todos los requisitos para brindar calidad a los usuarios sin importar su nivel de Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN).

Desde 1990 y 1993 con la promulgación de la ley 10 y la ley 100 respectivamente los usuarios han venido cobrando importancia dentro del sistema de salud; éste es un factor determinante en la necesidad de la gerencias de la IPS por conseguir la calidad; ya que los antes llamados centros de salud o puestos de salud, con características particulares y a los cuales los usuarios asistían por necesidad, ahora se han convertido en instituciones necesitadas de "clientes" para poderse sostener; por tal razón los gerentes se ven abocados a velar por que los servicios se ofrezcan con calidad, con el fin de contar satisfacer las necesidades no solo de salud física, también de salud emocional de los usuarios.

Hasta aquí se puede pensar en la calidad desde tres ópticas diferentes; una, desde el estado quien se ha encargado de generar normativas, que al ser aplicadas, garanticen la calidad en la prestación de los servicios; la segunda, desde los gerentes de las EPS e IPS, los cuales se preocupan por verificar el cumplimiento de los estándares de calidad

³ E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Invitación a cotizar No. 031 (En línea), Cúcuta, Febrero 2006 (May 2006) www.herasmomeoz.gov.co/licitaciones/031enfermeras

propuestos para asegurar la calidad y el sostenimiento de su empresa en el mercado de la salud; y , la tercera desde el usuario de dichas entidades quienes valoran la calidad de las instituciones según las características de la atención recibida.

Pero, al interior de la profesión de enfermería, ¿cómo se puede determinar si la atención se está ofreciendo con calidad o no? y ¿cómo establecer si la calidad que se afirma tener según los estándares de calidad, es suficiente para satisfacer las necesidades del usuario?

En un estudio realizado por Carmen Velasco y colaboradores acerca de la calidad de los servicios de anticoncepción en el Alto Bolivia, se propusieron cuatro aspectos a tener en cuenta para la atención de calidad en dicho programa:

1. Las relaciones entre proveedores y los clientes
2. La disponibilidad de métodos anticonceptivos.
3. Las condiciones de los servicios
4. La satisfacción de los usuarios

Al analizar éstos factores, se puede encontrar que los tres primeros están relacionados, con circunstancias externas a la enfermera, en las cuales ella podría intervenir en determinados momentos aportando sus ideas para mejorar; sin embargo, la satisfacción del cliente puede mostrar información acerca de variables personales y que van más allá del cumplimiento de los estándares mínimos de calidad.

En Colombia existen, criterios para valorar, la atención del personal de enfermería, como la Resolución 1439 de 2002, que muestra las características en formación que el personal de determinada área debe cumplir, el decreto 2539 de 2005 donde se encuentran detalladamente descritas las competencias de cada uno de los empleados públicos según el nivel jerárquico que ocupe dentro de la institución, además, en cada manual de funciones, se encuentran las actividades que debe realizar dependiendo del cargo que ocupa, en el manual de procedimiento se establece, cada uno de los pasos en el accionar de enfermería, hasta con la explicación del procedimiento al paciente; aún más, si se mira detenidamente, en el Nursing Interventions Classification (NIC) se encuentran enumeradas las actividades que se deberían realizar según la intervención para cada caso específico, teniendo en cuenta la actitud de escucha y la necesidad de establecer relaciones adecuadas con el paciente (entre otras). Existe además la Ley 266 de 1996 que reglamenta la profesión de enfermería y la ley 911 de 2004 sobre las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica en el ejercicio de la profesión de enfermería.

Pareciera que todo está escrito con respecto a la calidad en la atención de enfermería y que todos los elementos para brindar cuidado con calidad están a la orden del día. Sin

embargo, ¿realmente el personal de enfermería estará brindando cuidado con calidad? Puede ser que cumpla con los perfiles mínimos, o con los criterios y/o estándares de calidad establecidos por la ley, pero, ¿estará la (el) enfermera (o) cumpliendo con los fundamentos de cuidador?

¿Realmente el usuario, encuentra en la atención de enfermería, la satisfacción a sus necesidades no sólo físicas sino emocionales?, ¿cuando asesora u orienta genera la (el) enfermera (o), la confianza suficiente para obtener la transformación que el usuario necesita para mejorar su calidad de vida?

Este es el momento de reflexionar y mirar más allá del cumplimiento de requisitos, que son necesarios para la estandarización y continuidad del cuidado, y apuntar a la excelencia en la profesión."La calidad en el cuidado de enfermería se orienta a prestar una ayuda eficiente, y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en valores, y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos. Esta calidad se refleja en la satisfacción del usuario, pero también se refleja en la satisfacción del personal de enfermería que presta el servicio⁴"

Lo anterior realmente influye en la calidad que se ofrece en cada procedimiento, en cada palabra que expresa de una persona altamente capacitada. Si el trabajo de enfermería además de cumplir con los estándares de calidad establecidos legalmente, satisface al usuario, pero además satisface al profesional que ofrece el cuidado, se habrá logrado la excelencia.

La satisfacción del usuario y su bienestar se deben convertir en la mayor aspiración del personal de enfermería, no en una obligación más establecida en un contrato firmado⁵.

CONCLUSIONES

La legislación que rige actualmente el sistema de salud en Colombia, está cargado de buenas intenciones en lo relacionado a la prestación de servicios con calidad; sin embargo para que estas intenciones se cristalicen en el diario interactuar con los usuarios, se necesita la sensibilidad de los profesionales de la salud, especialmente de Enfermería ya que sobre él reposa la responsabilidad de mediar entre el sistema y el usuario.

⁴ DONCEL LUNA LEONARDO, Responsabilidad Civil de la Enfermera, (En línea), En : Medico Legal AñoX, no. 3 2004 p.1 (May 2006) www.medicolegal.com.co/3-2004/resp-1.

⁵ IBID, p.1

Al hablar de excelencia en la prestación del servicio de cuidado por parte del profesional de Enfermería, se debe recordar que la satisfacción en la atención no solo la debe experimentar el usuario, sino que el profesional a su vez debe sentirse satisfecho de haber prestado un servicio con calidad y no solo de haber cumplido con los estándares mínimos impuestos por las normas legales.

BIBLIOGRAFÍA

BAUTISTA RODRIGUEZ LUZ MARINA , Para gerencia el cuidado de enfermería se requiere un cambio en la actitud profesional, En: Revista Ciencia y Cuidado vol 2 No 2 Cúcuta Ene-Dic 2005 pag. 67-72.

CONGRESO DE COLOMBIA, Ley 10, Enero de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud.

CONGRESO DE COLOMBIA, Ley 100, Diciembre de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CONGRESO DE COLOMBIA, Ley 266, Enero de 1996. Reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 911, Octubre de 2004. Disposiciones en materia de responsabilidad deontológica en el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, se establece el regimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA, Decreto 2539, Julio de 2005. Competencias laborales.

DONCEL LUNA LEONARDO, Responsabilidad Civil de la Enfermera, (En línea), En: Medico Legal Año X, no. 3 2004 p.1 (May 2006) Disponible en ww.medicolegal.com.co/3-2004/resp-1.

DUQUE ZEA JOSE HUMBERTO, Gerencia por calidad. En: Módulo de Calidad en Salud preparado por Lilian Cepeda Uninorte-UFPS.

E.S.E., HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, Invitación a cotizar No.031 (En línea), Cúcuta, Febrero 2006 (May 2006) Disponible en www.herasmomeoz.gov.co/licitaciones/031enfermeras

HOSPITAL FONTIBON E.S.E. , Portafolio de Servicios (En línea) Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (May 2006) Disponible en w.w.w.viajemoseguros.gov.co/fontibon.htm.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA, Resolución 1439, Noviembre de 2002.

VELASCO CARMEN Y COLABORADORES, Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia. (En línea)En: Revista Panamericana de Salud Pública. V5 n.6 Washingtong jun 1999 (May 2006) Disponible en articulos academicos para la calidad en la prestación de los servicios de enfermería www.scielosp.org/scielo.

MÁS KILOS DE PESO MENOS AÑOS POR VIVIR

María del Rosario Álvarez Ramírez*

La obesidad es el trastorno
Metabólico y nutricional más antiguo
Que se conoce en la historia de la humanidad.

RESUMEN

El ser humano tiene mayor riesgo de volverse obeso cuando la población dispone de gran variedad de alimentos, incluyendo los de proceso industrial, y la vida se hace más fácil, mecanizada y ociosa. Estos cambios en los estilos de vida propician el sedentarismo y, a su vez, el desequilibrio entre la energía que se ingiere y el gasto calórico necesario para satisfacer las necesidades metabólicas, termogénicas y de actividad física. Un desequilibrio calórico excesivo y sostenido ocasiona incremento exagerado de peso y depósito de grasa y como consecuencia la obesidad, que es uno de los factores más importantes de riesgo para la salud, tanto en la población de países industrializados como en el mundo en desarrollo.

PALABRAS CLAVES: Obesidad, desequilibrio, salud, sedentarismo, psicológicos.

SUMMARY

The human being has bigger risk of becoming obese when the population has great variety of foods, including those of industrial process, and the life becomes more easy, automated and idler. These changes in the lifestyles propitiate the physical inactivity and, in turn, the imbalance among the energy that is ingested and the necessary caloric expense to satisfy the metabolic necessities, corporal heat and of physical activity. An excessive and sustained caloric imbalance causes exaggerated increment of weight and deposit of fat and I eat consequence so much the obesity that is one of the most important factors in risk for the health, in the population of countries industrialized as in the world in development.

* Enfermera docente ocasional Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander, Especialista en Educación Sexual, Diplomado en Síndromes Coronarios Agudos y Complicaciones Eléctricas. Miembro Grupo de Investigación Salud Pública. Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E.mail maria_del_rosario_alvarez@telecom.com.co

KEY WORDS: Obesity, imbalance, health, physical inactivity, psychological.

La obesidad se ha considerado un problema de salud pública, y se puede definir como un desorden metabólico de alto riesgo para la salud, por la acumulación excesiva de tejido adiposo dando como resultado un desequilibrio en la homeostasis entre la ingesta de calorías, la termogénesis y la actividad física. El conocimiento sobre ¿cómo? y ¿porqué? se produce la obesidad es aún incompleto, pero está claro que el problema tiene su raíz en factores sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos.

Con frecuencia puede presentarse un aumento del 20% o más del peso corporal en relación con la talla, consistente en un porcentaje normalmente elevado de la grasa corporal y puede ser generalizado o localizado. Llegándose a presentar tanto en hombres como en mujeres pero se observa en mayor porcentaje en mujeres.

En conjunto puede haber dos principales causas:

- Mayor ingesta de calorías que las que el cuerpo gasta.
- Menor actividad física que la que el cuerpo precisa.

Alrededor del mundo, 1.700 millones de personas son obesas¹. Cientos de millones de ellas sufren de enfermedades debilitantes y 2,5 millones mueren anualmente por problemas de peso.

Los hechos están a la vista: 3.500 calorías equivalen a una libra de peso, por lo que comer 100 calorías al día (media galleta) más de las que quemamos añade casi una libra (0,45 kilogramos) de peso al mes. En promedio, el norteamericano acumula 30 calorías al día (los europeos y latinoamericanos algo menos), lo cual significa unos kilos de más cada año. Por ello aumenta la tasa de obesidad.

La obesidad lleva a varios problemas de salud crónicos, como:² la diabetes, la hipertensión, las enfermedades del corazón, accidentes cerebro vasculares, enfermedades de la vesícula y una variedad de formas de cáncer, Psicológicas y fisiológicas. Investigaciones recientes en los Estados Unidos muestran una posible relación entre los patrones alimenticios del niño en los primeros doce meses y la obesidad durante la niñez.

¹ El hambre de ayer se torna en obesidad por: Roger Bate. Pág. 1 Disponible en Internet <http://www.analitica.com/va/sociedad/articulos/7402387.asp> Jueves 4 de Septiembre de 2.003

² Obesidad y patrones alimenticios infantiles Pág. 1 Disponible en Internet <http://www.lalecheleague.org/Lang/LVJunJul02d.html>

La extensión rápida de la epidemia de obesidad y sus implicaciones para enfermedades y costos de salud enfatiza la urgencia mediante la cual deben ser implementadas estrategias efectivas particularmente aquellas con pocas consecuencias adversas. Los incrementos en la iniciación y duración de la lactancia materna pueden darnos una estrategia inmediatamente disponible y de bajo costo para prevenir la obesidad en la niñez y adolescencia. Y es que los niños alimentados con leche materna son más esbeltos a los doce meses, con mayor actividad en sus extremidades superiores lo cual pudiera contribuir a que sus cuerpos se desarrollen más delgados. Los índices de obesidad han empezado a aumentar en los países subdesarrollados, pero en este caso las razones son distintas a las de la simple "glotonería".

Factores que desencadenan la obesidad³

Un primer factor identificado es el de la **composición malsana de las dietas** en los países pobres: muchas harinas y azúcares pocas proteínas, grasa animal en lugar de vegetal, pocas vitaminas y mala combinación de alimentos.

Un segundo factor se relaciona con la **predisposición a la obesidad** observada en individuos con deficiencias nutricionales en la edad infantil (Popkin, Richards y Monteiro, 1996). Las deficiencias nutricionales se han asociado con factores de riesgo: Los metabólicos y psicológicos para la obesidad. Las razones fisiológicas se sustentan en que el escaso desarrollo muscular que ocurre en los niños mal nutridos afecta los procesos de oxidación, debido a la escasa disponibilidad de sustratos. Esto, sumado a que los niños con deficiencias nutricionales tienen una menor actividad física, converge en una falta de control en el consumo de comida en la edad adulta y en un mal funcionamiento de los controles de saciedad en periodos críticos.

El tercer factor tiene que ver con el efecto de la **"occidentalización de la dieta"** (Drewnowski y Popkin, 1997). Dado que el estilo de vida estadounidense se ha convertido en el paradigma para los jóvenes e incluso para los adultos del mundo, el cambio de las costumbres dietarias de nuestros pueblos hacia el consumo de comida rápida o comida "chatarra" ha generado un incremento adicional en las cifras de obesidad.

Es evidente que los países pobres no pueden sostener los costos de la desnutrición y de la obesidad simultáneamente. Si consideramos nuestros sistemas de salud y los dineros que se dedican a programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad nos

³ La obesidad en los gringos y la obesidad en el resto del mundo pág. 2 y 3 Disponible en Internet: http://www.deslinde.org.co/Dsl32/La_obesidad_de_los_gringos_y_la_desnutricion_en_el_resto_del_mundo.htm

damos cuenta que el problema nutricional al que nos enfrentamos es más grave de lo que los análisis muestran.

Existen otros factores como:

***Psicológicos** recientes descubrimientos han transformado la teoría de que las causas psicológicas pueden desarrollar la obesidad y ahora se considera que los cambios psicológicos en la obesidad, son una consecuencia y no una causa de la misma.

Definitivamente todo el entorno que nos rodea es una gran influencia para desarrollar la OBESIDAD. Todo el entorno social gira alrededor de la comida y la bebida. La comida se ha vuelto un "premio" al comportamiento, se ha vuelto el "mejor cierre" para un buen negocio. Todas las religiones tienen un entorno con el tipo de comida que deberá de ingerirse (vigilia, kosher, líquidos con luna llena, etc.).

* **El sedentarismo** es una de las principales causas de la OBESIDAD. Y está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo. El hecho de incrementar la actividad física hace que el cuerpo tenga que utilizar más calorías y lograr que el balance calórico del cuerpo sea más favorable para no desencadenar la obesidad.

* **Los medicamentos** como: Los antidepresivos de origen tricíclico y los tratamientos extensos a base de corticoides han demostrado un aumento de grasa y una ganancia de peso importante, presentando cuadro de obesidad.

Más de la mitad de la población en los Estados Unidos tiene sobrepeso⁴. Sin embargo, ser obeso es distinto a presentar sobrepeso. Un hombre adulto es considerado obeso cuando su peso está 20% o más por encima del peso máximo ideal para su estatura; mientras que una mujer se considera obesa cuando está en un 25% o más por encima de su peso máximo ideal. Cualquier persona con más de 45 kg (100 libras) de sobrepeso se considera que sufre obesidad mórbida.

Las tasas de obesidad están aumentando. Una estadística preocupante es que el porcentaje de niños y adolescentes obesos se ha duplicado en los últimos 20 años.

Las necesidades nutricionales básicas de la mayoría de las personas son de aproximadamente unas 2.000 calorías al día para la mujer y 2.500 para el hombre. Sin embargo, las personas muy activas, como los atletas profesionales o los obreros de

⁴ Obesidad concepto, clasificación y diagnóstico Pág. 1 Disponible en Internet <http://www.cfnavarra.es/salud/analest/textos/vol25/sup1/suple2.html>.

trabajos manuales, pueden necesitar 4.000 calorías o más. Las mujeres embarazadas y las madres lactantes requieren de 300 a 500 calorías más al día que las demás mujeres que no se encuentran en este estado.

Dado que el cuerpo no puede almacenar **proteínas** o **carbohidratos**, su exceso es convertido en grasa y almacenado. Una libra (450 g) de grasa representa cerca de 3.500 calorías de exceso.

La obesidad resulta cuando se aumenta el tamaño y el número de las células grasas (adipositos) de una persona⁵. Un individuo adulto de tamaño y peso promedio tiene entre 25 y 30 billones de adipositos, pero cuando su peso se eleva, estas células aumentan de tamaño inicialmente y luego su número se multiplica. Cuando una persona comienza a perder peso, las células grasas disminuyen de tamaño pero el número se mantiene constante, lo cual explica la dificultad de bajar en forma permanente el peso excesivo. Cada célula grasa pesa muy poco (alrededor de 0.4 a 0.6 microgramos). Sin embargo, el peso de billones y millones de células grasas elevan significativamente el peso corporal.

En términos cuantitativos, el sobrepeso en personas adultas se define como un índice de masa corporal (IMC) de 25 a 29.9 kg./m² y la obesidad como un IMC de 30 kg/m² ó más. Un IMC aceptable está entre 22 y 24.9 kg./.

La regulación de la ingesta de alimentos:⁶

Existe en el hipotálamo dos centros nerviosos, uno es el hipotálamo lateral, llamado el centro del hambre y el otro en el hipotálamo ventromedial, llamado el centro de la ansiedad.

Las lesiones destructoras del hipotálamo ventromedial (HVM) produce polifagia compulsiva que lleva a grados extremos de obesidad. Por lo tanto las mismas lesiones en el hipotálamo lateral (HL), llevan a la anorexia y al enflaquecimiento. Si se mide la actividad eléctrica de estos centros cuando se tiene hambre, se observa que la del "centro del hambre" (HL) se incrementa y la del "centro de la ansiedad" (HVM) se disminuye.

Sobre el problema de la obesidad se culpan a la cultura y el ambiente quienes tienen la mayor influencia en la obesidad, no se puede culpar a los individuos; la responsabilidad de la obesidad es individual y de los padres con respecto a sus hijos. Pero la realidad es la

⁵ Colombia Médica vol. 33 N° 2 año 2002 corporación editora médica del valle paginas 72 - 80

⁶ ORREGO M. Arturo Fundamentos de Medicina "Endocrinología" 3ª Edición 1.986 Cáp. 22 pág. 589 y 590

calidad de vida que los padres han enseñado a sus hijos desde sus primeros años de vida. Hoy en día la industrialización de los países desarrollados y en desarrollo se consiguen gran cantidad de ventas de comida a precios económicos y de fácil accesibilidad a cualquier persona; donde un alto porcentaje se preocupa es por comer sin tener presente la calidad del alimento que consume diariamente. Es necesario crear conciencia en cada individuo que el culpable de esos kilos de más es cada uno y como tal debe empezar a identificar y eliminar los factores de riesgo nutricionales presentes.

Se considera que las personas obesas reaccionan más a los factores externos, psicológicos, que los individuos delgados. La situación es si esta sensibilidad es la que lleva a la obesidad o a la inversa, si la obesidad misma es la que lleva a un incremento de la sensibilidad.

Una persona con hambre revela cierto comportamiento irritable, pierde interés en el sexo, disminuye la actividad laboral, disminuye la productividad intelectual, se vuelve más sensible, a los estímulos externos que llevan a la alimentación, piensan con frecuencia en la comida y este comportamiento es justamente el mismo que presenta un alto porcentaje de obesos.

Una alimentación saludable:

Una de las causas del fracaso y deserción en el manejo de los problemas de sobrepeso u obesidad es no tener claro en que consiste el manejo alimentario. No se trata de "hacer una dieta" por quince días y ya, resuelto el problema. De seguro al terminar esa "dieta", el siguiente fin de semana recobrará los kilos perdidos e incluso ganará unos adicionales.

Se debe ser realista del problema de salud que esta viviendo el individuo: Es necesario suprimir ciertos alimentos, disminuir otros, modificar algunos y aumentar el consumo de otros. Lo que molesta a la persona es pensar que estos cambios son para toda la vida. No es así, o sí lo es, pero solamente respecto a las cantidades y la frecuencia con que se pueden comer.

No hay duda que inicialmente es difícil dejar alimentos que habitualmente se han consumido durante casi toda la vida, pero al ver como se baja de peso y se percibe mejoría se va haciendo más fácil dejarlos. Seguramente más adelante los podrá volver a consumir en cantidades adecuadas y racionales, no en grandes porciones como lo hacia antes. Comer bien no es comer bastante. Disfrutar una comida: no es acabar con un succulento plato en tres minutos y seguir con otro. No. Es saborearla, degustarla, sentirla: Comer despacio y con agrado. Luego levantarse de la mesa sin tener que recurrir a un antiácido, pues la pesadez y la sensación de llenura es molesta casi no lo deja

incorporarse, ni tener que desabrocharse el pantalón y aflojarse la correa para poder respirar bien.

Las únicas personas que han logrado sus objetivos de adelgazar, y mantener esa baja de peso en el tiempo, son aquellas que han elaborado su propia estrategia considerando sus propias fortalezas y debilidades, y analizando cuidadosamente la situación que los han llevado a fracasar en intentos anteriores.

Para obtener buenos resultados en la baja de peso, es fundamental cambiar en forma permanente los hábitos alimenticios.

Es importante hacer notar que cambios en los hábitos alimenticios, no significa reducir la cantidad de alimentos ingeridos, solo cambiarlos. Adicionalmente en la medida que vaya cambiando sus hábitos alimenticios, sufrirá menos ansiedad o urgencia por comer en forma excesiva.

Dentro de los principios generales de una dieta saludable se tiene presente:

- Comer menos alimentos preparados o enlatados con preservantes o químicos.
- Comer más proteínas vegetales y menos animales.
- Comer menos grasa de todo tipo.
- Comer con menos sal.
- Beber mucha agua al día pero no en la comida si no a lo largo del día.

También se recomienda tener presente diariamente: REDUCIR: Alcohol, grasa, Bebidas y comidas enlatadas; AUMENTAR la ingesta de: pan integral, cereales, tubérculos, verduras, ensaladas. Legumbres y frutas

Enfermería puede contribuir a disminuir las tasas tan altas de morbimortalidad por la obesidad mediante la aplicación de factores protectores como:

- Moderación en el consumo de alimentos y de alcohol
- Hábitos alimentarios saludables
- Control frecuente de peso
- Actividad física con regularidad
- Manejo del estrés y ansiedad
- Detectar el sobrepeso para evitar la obesidad

CONCLUSIONES

Definitivamente en la **OBESIDAD** es más fácil y menos complicado **PREVENIR** que tratar esta enfermedad.

Tendríamos que empezar por la labor educativa, por enseñar desde pequeños a los niños a conocer los alimentos que les pueden producir daño a corto, mediano y largo plazo.

Reforzamiento positivo de sus actitudes sin que estén involucrados los alimentos.

Aprender como algunos alimentos pueden ser substituidos por otros de menores valores calóricos y más saludables.

Identificar y modificar patrones de vida que puedan desencadenar en un problema de **OBESIDAD**. Un cambio gradual en los hábitos de alimentación, disminuir gradualmente el uso de grasas en la alimentación.

BIBLIOGRAFIA

CLUB XENICARE de Roche disponible en Internet.
<http://www.xenicare.cl/new/alimentacion/mitos.asp>

Colombia Médica vol. 33 N° 2 año 2002 corporación editora médica del valle paginas 73-75

El hambre de ayer se torna en obesidad por: Roger Bate. Pág. Disponible en Internet
<http://www.analitica.com/va/sociedad/articulos/7402387.asp> Jueves 4 de Septiembre de 2.003

La obesidad en los gringos y la obesidad en el resto del mundo pág. 2 y 3 Disponible en Internet:
http://www.deslinda.org.co/Dsl32/La_obesidad_de_los_gringos_y_la_desnutricion_en_el_resto_del_mundo.htm.

Obesidad concepto, clasificación y diagnóstico Pág. 1 Disponible en Internet
<http://www.cfnavarra.es/salud/analest/textos/vol25/sup1/suple2.html>.

Obesidad Disponible en Internet <http://www.aula21.net/Nutriweb/obesidad.htm>.

Obesidad y patrones alimenticios infantiles Pág. 1 Disponible en Internet
<http://www.lalecheleague.org/Lang/LVJunJul02d.html>

ORREGO M. Arturo Fundamentos de Medicina "Endocrinología" 3ª Edición 1.986 Cáp.
22 pág. 589 y 590.

Principios Básicos de Nutrición. Disponible en Internet
[http://www.campusdeportivo.com/formaciondeportiva/cursos/cienciasbiologicas/Archivos %20Nutricion/principios.asp](http://www.campusdeportivo.com/formaciondeportiva/cursos/cienciasbiologicas/Archivos%20Nutricion/principios.asp).

Últimas Normas Servicio de Salud de Colombia. Guía de Atención de la Obesidad
Pág. 2 Disponible en Internet
<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntobesid.htm>.

LA SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL

Patricia Vélez Laguado*

RESUMEN

Una realidad es que hombres y mujeres con discapacidad funcional están inmersos en las sociedades que, siendo internamente imperfectas, han establecido un modelo de perfección al que ningún miembro concreto de ellas tiene acceso, y que definen la manera de ser física, sensorial o psíquicamente y las reglas de funcionamiento social. Y esto se relaciona con las ideas de perfección y "normalidad" establecidas por un amplio sector que tiene poder y por el concepto de mayorías meramente cuantitativas.

La sexualidad y la función sexual en las personas discapacitadas son aspectos no aceptados por la sociedad en general que, por el contrario, los estigmatiza, conllevando a la marginación, malos tratos, violación de los derechos sexuales y reproductivos, explotación, asignación de papeles pasivos, olvido y la creación de un sinnúmero de mitos y tabúes en torno a la salud sexual y reproductiva de ellos.

SUMMARY

A reality is that men and women with functional disability have to do with the societies that, being internally imperfect, they've established a model of perfection to which no concrete member of them access, and that they define the physical, sensorial personality or psychically and the rules of social operation. And this related with the ideas of perfection and "normality" settled down by a wide sector that has to be able to and for the concept of merely quantitative majorities.

The sexuality and the sexual function in people disabilities are not accepted by the society in general and on the contrary it stigmatizes them, bearing to the exclusion, bad treatments, violation of the sexual and reproductive rights, exploitation, assignment of passive papers, forgetfulness and the generation of many myths and taboos around the sexual and reproductive health of them.

"Pies para que los quiero si tengo alas para volar"
Frida Kahlo

* Enfermera Docente Universidad Francisco de Paula Santander, Especialista en Educación Sexual. Miembro Grupo de Investigación en Salud Pública. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-mail: patricia-velez@hotmail.com

PALABRAS CLAVES: Función sexual, Placer sexual, Derechos Humanos, Derechos sexuales y Reproductivos.

KEY WORDS: Sexual function, sexual pleasure, Human Rights, Sexual and Reproductive Rights.

La Sexualidad Humana, definida por Helí Alzate como “el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana”, es inherente a la vida misma y adquiere dimensiones diferentes a las de otros seres vivos; la sexualidad en el ser humano adquiere matices más complejos, ya que la capacidad de reflexión, de previsión y análisis de la propia conducta sumada a la fuerza emocional produce el deseo y la fantasía.

La persona al ejercer su sexualidad obedece a su naturaleza biológica, a sus deseos y a condiciones del medio en el cual interactúa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace diferenciación conceptual de los términos: minusvalía, deficiencia y discapacidad; deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, psicológica o anatómica. Discapacidad, es toda restricción o ausencia funcional de lo considerado como normal a causa de una deficiencia y Minusvalía, indica la desventaja social de un individuo para desempeñar su rol a consecuencia de una discapacidad o deficiencia.²

El estado de idoneidad sexual guarda una estrecha relación con la condición física global de la persona: una y otra dependen de la ausencia de limitaciones ya sean orgánicas o emocionales.

Con relación a la sexualidad no todo está dicho; hasta el advenimiento de la sexología moderna finales del siglo XIX-, se limitó al aspecto reproductivo y todo lo que se apartaba de esto, se consideraba “pecaminoso”. En la actualidad y a pesar del “Boom” de la Educación Sexual, el tema sigue siendo “álgido”, pues continúan manejándose actitudes, miedos y prejuicios que hacen ver la sexualidad general como un “tema tabú”. Pero si la sexualidad general es problema, ¿Qué será la sexualidad de las personas con deficiencias físicas? El tabú de los tabúes.

La discapacidad y el sexo despiertan reacciones personales y subconscientes en muchos de nosotros. La sexualidad existe en sí misma desde el principio y son las emociones, los

¹ Alzate, Helí. Sexualidad humana. Editorial Temis. 2da. Edición. Año 1987. Página 5

² Programa de Acción Mundial para personas discapacitadas, <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/ex/pam.htm>.

sentimientos, las expresiones afectivas, las vivencias, las miradas, los gestos, la ternura, y otros. ¿Acaso todo esto no lo vive una persona discapacitada? No existe una sexualidad especial para las personas discapacitadas.

Es por esto, que aparecen los mitos sobre la sexualidad de estas personas (más aún los discapacitados intelectuales y motrices) haciendo referencia de ser seres asexuados, dependientes y necesitan protección, discapacitados sexualmente como consecuencia de la discapacidad física y por lo tanto deben hacer su vida, uniéndose con personas como ellos; al ser niños no se les debe enseñar educación sexual. No debe extrañar entonces, que estas personas estén convencidos que difícilmente serán aceptados y se sientan incapacitados para poder relacionarse con los demás. Se sienten desfavorablemente diferentes por su autoimagen, como consecuencia de interactuar en un mundo donde lo importante es lo bello, limpio, educado, ser joven, tener capacidad para un buen empleo, estar casado y con hijos sanos; de ser lo contrario, pueden ser marginados. La gente del común se resiste a creer y aceptar que estas personas puedan y deban ejercer su potencial erótico-sexual. De hecho la sociedad en general, se resiste a aceptar la sexualidad en los discapacitados y por lo tanto cuando se da, suelen ser juzgados como perversos, desinhibidos, o sexualmente depravados. Este estigma puede derivar en discriminación proveniente de las instituciones, medios de comunicación y exclusión en las políticas públicas.

Por lo anterior, se hace necesario abordar el tema de la discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos, contribuyendo a ver que no se trata de sólo un problema físico, sino igualmente de una actitud de la sociedad, de una construcción cultural, para verlos tal como son y no, con sentimentalismo, asistencialismo y paternalismo. En el marco de los Derechos Humanos están contemplados los Derechos Sexuales y Reproductivos y pueden clasificarse como términos en construcción basados en las vivencias de las personas desde la cotidianidad. Estos fueron definidos con base en documentos aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995.

Por su parte, en Colombia la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fue adoptada por el Ministerio de Protección Social en Febrero de 2003, e implica los siguientes elementos esenciales:

- Un estado general de bienestar, más allá de la ausencia de la enfermedad.
- Es un derecho humano fundamental
- La posibilidad de gozar de una sexualidad libre, satisfactoria y sin riesgos.
- El derecho y las condiciones necesarias para tomar decisiones libres e informadas sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción.

- El acceso a servicios de calidad.
- Derecho a no sufrir discriminación de ningún tipo en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, incluyendo el derecho a no sufrir violencia doméstica, ni sexual.

La sexualidad y la Reproducción van mucho más allá de la genitalidad y la maternidad; atraviesan todos los aspectos esenciales de la vida humana, desde la identidad individual y las relaciones interpersonales, hasta el proyecto de vida, las opciones de desarrollo personal y familiar, el ejercicio de los derechos y deberes y la participación en la vida social. Se da una vida digna cuando existen condiciones para el ejercicio de una sexualidad responsable y libre y para la toma de decisiones reproductivas autónomas.

Organismos Internacionales establecieron estrategias para “incluir” en la sociedad a las personas discapacitadas; En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993, se aprobó la Declaración y Programa de Acción de Viena, la cual establece dar una “especial atención” que asegure “la no discriminación y el disfrute, en igualdad de condiciones, por parte de los discapacitados de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluida su participación activa en todos los aspectos de la sociedad”. De igual manera el Programa de Acción Mundial de Discapacitados aprobado por la resolución 37/52 del 3 de Diciembre de 1982, de la Asamblea general de las Naciones Unidas tiene como propósito, “Promover la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas discapacitadas en la vida social y del desarrollo. Igualdad de oportunidades a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico”.³

En Colombia, las Políticas Públicas para los discapacitados tienen el Plan Nacional de Intervención en Discapacidad establecido en la Ley 812 de 2003 donde se aprueba el “Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un estado Comunitario”. El Decreto 519 de 2003 crea la Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE), como apoyo al Gobierno Nacional en la consecución de las metas que en la Política Social están planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo y desarrolla sus programas en cuatro grandes áreas: Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz, Programa de Apoyo a la Discapacidad, Primera Infancia y Participación Comunitaria y Participación Social⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que la discapacidad afecta directamente a un 10% de la población mundial y a un 18% en países en conflicto. La cifra general en Colombia es del 10% y la incidencia de minusválidos puede estimarse entre

³ Plan Nacional de Intervención en discapacidad, http://www.discapacidad.gov.co/p_publica/PLAN%20NACIONAL_2005.doc

⁴ Programa de Acción Mundial para discapacitados, www.iesalc.unesco.org.ve/programas/discapacitados/instrumentos/%20Internacionales/programas%20cte%20

1.500.000 a 2.000.000 de personas.⁵

Al hablar de personas con deficiencia física o mental, se refiere a invidentes, sordomudos, afecciones del Sistema Nervioso (Parkinson, parálisis cerebral, hemiplejías, etc.); enfermedades degenerativas e inflamatorias (secuelas de Poliomiелitis, Artritis deformantes, etc.); accidentados sin alteraciones del Sistema Nervioso (amputados) y las lesiones medulares (paraplejías).

Cuando la discapacidad es adquirida, el nivel de los problemas sexuales, es considerado por todos, el problema central; entonces, la persona discapacitada siente miedo de ser incapaz de funcionar en todos los aspectos, ocasionándole mayores preocupaciones que la misma alteración.

Master y Johnson, dicen en su libro "Vínculo del placer" que el sexo es una "función natural" como respirar y tan "universal" como comer. Por esto cuando nos entregamos a una función natural experimentamos placer, el cual percibimos e integramos a nivel de la zona mejor estructurada del cerebro: la corteza; teniendo posteriormente memoria del placer recibido. En efecto, aunque el cerebro es realmente el principal órgano sexual, puesto que el orgasmo es básicamente un fenómeno psíquico (cerebral), es posible decir que en el hipotálamo y en el sistema límbico hay núcleos o áreas sexualmente dimórficas, sobre las cuales ejercen efectos diferenciales las hormonas sexuales.⁶

El placer es posible para toda persona que lo desee. Viendo la situación actual de cómo se vive la sexualidad y los obstáculos tanto personales como sociales que existen para desarrollarla, es necesario generar posibles soluciones relacionadas con el cambio de actitud, mejorando la información sobre las posibilidades sexuales y anulando los mitos y tabúes respecto a la sexualidad, tanto si somos o no discapacitados. Es necesario que también las personas discapacitadas no permitan que quienes le rodean interfieran en sus necesidades sexuales y afectivas y si potenciar una actitud positiva para que pueda escoger su mejor forma de vivir.

Aloyma Ravelo cita "El Tratado de Medicina Sexual"⁷ que aconseja estas sabias recomendaciones a las personas discapacitadas:

- Un pene erecto no hace sólida una relación como tampoco una vagina húmeda.
- La ausencia de sensaciones no significa ausencia de sentimientos.

⁵ Programa de Derechos Humanos y discapacidad, <http://www.discapacidad.gov.co/estadisticas>.

⁶ Op. Cit. 1, página 51

⁷ Ravelo, Aloyma. Sexualidad y discapacidad. 2003. La Habana. Cuba

- La imposibilidad de moverse no representa imposibilidad de sentir.
- La incontinencia urinaria no significa incompetencia en la respuesta sexual.
- La presencia de deformidades no significa ausencia de deseo.
- La dificultad para realizar el coito no significa incapacidad de disfrutarlo.
- La pérdida de los genitales no representa la pérdida de la sexualidad.

La rehabilitación para estas personas, consiste en una metodología terapéutica que aprovecha al máximo las partes del cuerpo y de las funciones que han quedado parcial o totalmente indemnes y no tener en cuenta la funcionalidad y el rendimiento de las partes lesionadas, las cuales deben cuidarse para evitar complicaciones. Así mismo consiste en darle al discapacitado los elementos físicos y psicológicos para que entienda y acepte su situación y estado. En cuanto a la terapia de rehabilitación sexual, debe ser realizada por un terapeuta sexual, el cual debe conocer los aspectos médicos y psicológicos de la afección de la discapacidad, su función sexual y posibilidades de respuesta sexual.

Los niños (as) que padecen discapacidad no deben ser tratados de manera diferente que a los demás; la sexualidad en ellos evoluciona del mismo modo que en los otros niños siendo necesario desarrollar la educación sexual a través de esquemas de correcto-incorrecto, aceptable-no aceptable. La actitud debe ser de respeto, evitando disminuir su autoestima; por lo tanto el profesor juega papel importante y ha de estar preparado para llevar a cabo esta ayuda en donde también participa la familia en un ambiente de consejería y orientación.

Vale la pena reflexionar e insistir que el papel de la integración a través de la convivencia de personas con o sin discapacidad es un objetivo y una estrategia para eliminar prejuicios ya que en el intercambio social se revalora la diversidad humana produciendo un trato igualitario y la posibilidad de fortalecer nuestra sociedad.

CONCLUSIONES

La creencia popular establece que las personas discapacitadas pierden su sexualidad y con ella toda posibilidad de construir un proyecto de vida familiar; sin embargo la sexualidad es una dimensión presente en la conducta humana que además de ser una función biológica es una fuente de intimidad y comunicación de sentimientos y afectos. Todos somos primero personas, por consiguiente se debe mirar inicialmente a la persona y dejar a un lado los calificativos; siendo necesario enseñar a las nuevas generaciones a querer, aceptar y cuidar su cuerpo y el de los demás respetando y aceptando las diferencias individuales. Aún con las limitaciones que todos tenemos lo importante y lo que merece la pena: **ES VIVIR.**

BIBLIOGRAFIA

ALZATE Helí, Sexualidad Humana, Editorial Temis, 2ª edición, Bogotá- Colombia 1987, páginas 5 y 55.

MOGOLLON, María Esther, Cuerpos diferentes: sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad, www.udc.es/cufie/uadi/doc/cuerpos_difrentes_M_Mogollon_pdf marzo de 2002.

PAREJA Y SEXUALIDAD: Parejas y minusválías, Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Psicología, Memorias V Seminario de Sexología, Bogotá- Colombia 1989.

Programa de Derechos Humanos y Discapacidad.
[Http://www.discapacidad.gov.co/estadisticas](http://www.discapacidad.gov.co/estadisticas)
www.discapacidad.gov.co/p.publica/PLAN%20NACIONAL2005.doc

RAVELO, Aloyma. Sexualidad y discapacidad. 2003. La Habana. Cuba

ROMERO Leonardo, Elementos de la Sexualidad y Educación Sexual, Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla- Colombia 1999. pgs. 68, 69 y 70.

SEXUALIDAD Y REPRODUCCION: ¿Que derechos tienen los colombianos y colombianas? Revista Profamilia, Bogotá- Colombia 2005, Págs. 27 a 31.

VILLA María Elena, Abordaje Institucional y familiar de la sexualidad de las personas con deficit intelectual. [Http:// www.sexovida.com/colegas/abordaje.htm](http://www.sexovida.com/colegas/abordaje.htm). Junio de 2001

IV ENCUENTRO BINACIONAL CUIDADO DE ENFERMERIA 24 Y 25 DE AGOSTO DE 2006



La Facultad Ciencias de la Salud a través del Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería GICE interesada por fortalecer el conocimiento de enfermería alrededor de los fenómenos de su competencia: El cuidado de la salud, ha venido desarrollando de manera continua desde el año 2003 encuentros de carácter Binacional; Celebrando el pasado 24 y 25 agosto el IV Encuentro Binacional Del Cuidado de Enfermería con la temática central experiencias de cuidado a grupos específicos.

En el IV Encuentro participaron como conferencistas por Colombia representantes de prestigiosas instituciones como la Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Industrial de Santander y la Clínica IMBANACO; por la hermana República Bolivariana de Venezuela profesionales de enfermería del Hospital Guillermo Hernández Jacobsen. De igual manera integrantes del grupo de investigación socializaron experiencias y proyectos en la línea Saber y Práctica del cuidado.

Como resultados del IV Encuentro se destaca el establecimiento de vínculos con redes y grupos de investigación; el desarrollo de proyectos de carácter Binacional y la edición del libro memoria del evento con ISBN 958-97357-4-6

DIPLOMADO CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL ADULTO EN SITUACIÓN CLÍNICA DE URGENCIA

La universidad Francisco de Paula Santander y la Facultad Ciencias de la Salud específicamente el programa de Enfermería interesados en la formación continua de los profesionales de la salud ofertó el Diplomado Cuidado de Enfermería en el Abordaje del Adulto en Situación Clínica de Urgencia.

Temática de gran relevancia porque en el diario acontecer de las ciudades se presentan situaciones que generan urgencia y requieren de talento humano capacitado que pueda brindar una atención de calidad científica y humana.

Es necesario ser concientes que en una urgencia cada segundo es muy importante para garantizar tomar decisiones con responsabilidad y asertividad de tal manera que se contribuya a mejorar el estado actual de la persona con la mayor calidad.

El propósito del diplomado fue contribuir a mejorar los conocimientos que favorezcan una interacción de cuidado fundamentada en el proceso de enfermería como herramienta indispensable en la plantación y ejecución de intervenciones disciplinares.

**REVISTA CIENCIA Y CUIDADO
NORMAS DE PUBLICACION**

La Revista Ciencia y Cuidado, publica trabajos de investigación originales, artículos recopilación u opinión, experiencias profesionales, vivencias y eventos.

**NORMAS GENERALES PARA LA REPRESENTACION
DE ARTICULOS**

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 Time New Roman No.12, en hoja tamaño carta, por una sola cara a espacio sencillo, con márgenes de 4cm. arriba, 3 cm izquierda, 3 cm. a la derecha y 2 cm. Abajo, se deben numerar las páginas y no utilizar abreviaturas, siglas, ni símbolos.

La extensión máxima del artículo será de 10 páginas, teniendo en cuenta las normas ICONTEC 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.

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

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

La recepción de un escrito no implica obligación del Comité Editorial de la Revista Ciencia y Cuidado para su aceptación y su publicación en la revista, 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 este.

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

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.

NORMAS SEGUN TIPO DE SECCIONES

A. INVESTIGACION

Título

Debe indicar en forma clara el trabajo de investigación o artículo realizado.

Autor (es)

Se indican los nombres y apellidos con llamada pfe 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.

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

Las referencias bibliográficas consisten en un listado enumerado consecutivamente según orden de aparición en el texto.

Las citas bibliográficas deben ser presentadas de acuerdo a lo planteados en normas ICONTEC.

B. OTRAS SECCIONES

Título

Debe indicar en forma clara el tema del artículo.

Autor (es)

Se indican los nombres y apellidos con llamada pte 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 Clave

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

Texto Central

Incluye el desarrollo del artículo y conclusiones.

Conclusiones

Debe plantear ideas generales con relación al artículo desarrollado.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas consisten en un listado enumerado consecutivamente según orden de aparición en el texto.

Las citas bibliográficas deben ser presentadas de acuerdo a lo planteados en normas ICONTEC.

Tablas - Gráficos

Se deben colocar

* Indicando el título que contenga (Qué es, Cuándo, Donde y Fuente.)

SECCIONES DE LA REVISTA

INVESTIGACION

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

PRACTICA CLINICA

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

EDUCACION

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

ADMINISTRACION Y GESTION

Trabajos relacionados con la administración de servicios de salud, indicadores, auditoria, 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 CIENTIFICOS

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

NIVEL DE PREGRADO

MODALIDAD PRESENCIAL

Enfermería

MODALIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Tecnología Regencia en Farmacia

Tecnología Administración en Salud

Administración en Salud

Salud Ocupacional

NIVEL DE POSTGRADO Y MAESTRIA

Especialización en Medico Quirúrgica con énfasis en Cuidado Intensivo

(Convenio Universidad de Cartagena)

Especialización Salud Ocupacional (Convenio Universidad de Cartagena)

Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud (Universidad Jorge Tadeo Lozano)

EDUCACIÓN CONTINUA

Reanimación Básica Avanzada

Manejo Integral del paciente Renal

Nutrición Enteral y Parenteral

Métodos Alternativos en el Manejo del Dolor

Manejo Postural del Paciente Hemipléjico

Electrocardiografía

Cuidados Paliativos y Tanatología

Manejo del Estrés Profesional

Prevención de Riesgos Escolares y Laborales

Primeros Auxilios y Prevención de Desastres

PROYECCIÓN SOCIAL

Proyecto Escuela Saludable

Consultorio integral en salud sexual y reproductiva

ced@unipublicidad: 5711393 cel. 311-2237565

