

Oleo donado por Javier Velázquez (Egresado Enfermería 1995)

Ciencia y Cuidado

Volumen 4 / Número 4 / Enero-Diciembre de 2007 - ISSN 1794-9831



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



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

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

EDITOR
CÓDIGO PUBLICIDAD

CORRECTOR DE ESTILO
Comunicadora Social Yolja Hernández Waldo

FOTO PORTADA
Óleo donado por Javier Velásquez, 1995
Egresado Programa de Enfermería

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

SUMARIO

	Pág.
Misión y visión de la Facultad ciencias de la Salud	4
EDITORIAL	6
SECCIÓN INVESTIGACIÓN	7
Apoyo social a la adolescente gestante	7
Conocimientos y prácticas 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 la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz (ESE HUEM) en el mes de mayo del 2006	13
SECCIÓN PRÁCTICA CLÍNICA	21
Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería, pieza clave en la atención	21
Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales	28
Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos	36
SECCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	45
Enfermería y Salud Pública... Reto o Compromiso	45
La Auditoria, concepto actual o antiguo	51
SECCIÓN TRABAJOS LIBRES	58
La resiliencia: nuevo abordaje del trauma	58
Barrera del desempeño laboral	63
Concepción del maltrato infantil y los patrones de crianza	72
PARTICIPACION GRUPOS DE INVESTIGACIÓN	82
NORMAS DE PUBLICACIÓN REVISTA CIENCIA Y CUIDADO	85

MISIÓN

Formar profesionales en salud de calidad técnica, científica y humanística, con actitud positiva hacia la educación continuada que garantice una óptima atención en la promoción, prevención, curación y rehabilitación. Se promoverán 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.

VISIÓN

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 y el mejoramiento como institución líder e idónea en el ámbito regional y nacional.

PARES EVALUADORES EXTERNOS

MYRIAM CONSUELO SUAREZ TOVAR
Psicóloga
Magíster en Educación de Adultos
Jefe División Servicios Asistenciales y de Salud UFPS

MARIA NANCY OBREGON
Enfermera
Especialista en Gerencia Servicios de Salud
Jefe Servicio Pediatría Hospital Universitario Erasmo Meoz

MONICA YAJAIRA MORENO VERA
Enfermera
Especialista Cardiovascular
Jefe Unidad Cuidados Intensivos Clínica Norte

MONICA PEÑALOZA GARCIA
Enfermera
Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Cardiovascular
Jefe Unidad Cuidados Intensivos Clínica Médico Quirúrgica

DIANA MARCELA ACHURY SALDAÑO
Enfermera
Magíster en Enfermería con Énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular
Profesor Asistente Universidad de la Sabana

NELLY ESTUPIÑAN ROA
Psicóloga
Especialista en Orientación Vocacional, profesional y ocupacional
Coordinadora en Servicios de Salud (e) UFPS

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

GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
Enfermera
Especialista en Servicios de Salud
Especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud
Asesora de Planeación ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz

CLAUDIA ELIZABETH TOLOZA MARTINEZ
Psicóloga
Especialista en Teoría, métodos y técnicas de investigación Social
Secretaria General UFPS

ALBERTO SARMIENTO CASTRO
Licenciado en Filosofía e Historia
Magíster en Pedagogía
Especialista en Docencia Universitaria
Profesor Asociado UFPS

ADRIANA VILLAMIZAR GANDOLFO
Psicóloga
Especialista en Orientación Vocacional, profesional y ocupacional
Psicóloga División Servicios Asistenciales UFPS

MARTHA LIGIA VELANDIA GALVIS
Enfermera
Especialista Cuidado Intensivo
Docente Universidad de Pamplona

EDITORIAL

La tradición escrita como uno de los aspectos que se tienen en cuenta en el proceso de profesionalización de la Enfermería, es un elemento poco desarrollado en Colombia, 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 médicas y cuyos textos han sido creados por médicos por ser un saber no propio. 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.¹

Para la comunidad académica de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander, este contexto no es indiferente, por ello, se han realizado esfuerzos conjuntos de los directivos, docentes y sector productivo que han permitido elaborar una propuesta característica de la región denominada Revista Ciencia y Cuidado.

El propósito de la Revista es publicar trabajos de investigación originales, artículos de reflexión y revisión.

La Revista Ciencia y Cuidado viene circulando a nivel regional y nacional desde hace 5 años, convirtiéndose en una motivación para estudiantes, docentes, egresados y profesionales del área de la salud, quienes realizando exhaustas revisiones bibliográficas y dedicando suficiente tiempo proponen artículos científicos críticos, resultado de investigaciones o del interés por una temática especial en esta área.

En la edición del año 2007 la comunidad académica aborda temáticas de gran relevancia como el duelo, la resiliencia, el estrés, la salud pública, la auditoría, el manejo del dolor y los modelos teóricos de enfermería, entre otros. Se espera que los artículos de esta edición se constituyan en fuentes de consulta para profesionales y estudiantes de enfermería y otras profesiones del área de la salud.

¹ 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

APOYO SOCIAL A LA ADOLESCENTE GESTANTE

Directora Investigación
Zambrano P. Gloria Esperanza *

Autores
Jaramillo G. Edison **
Carrillo Melina Estefanía ***

Recibido: Abril 10/2007 Aceptado: Junio25/2007

Resumen

El presente artículo es el resultado de un estudio investigativo desarrollado con base en las características del apoyo social recibido por la adolescente gestante que asiste al programa de control prenatal en la Empresa Social del Estado IMSALUD en San José de Cúcuta entre el 2004 y el 2005. Se realizó partiendo de la conceptualización del apoyo social e importancia del mismo durante las etapas vitales estresantes considerándose una de ellas la gestación en adolescentes. La finalidad de este estudio es describir las variables relacionadas con el apoyo social como son: el tipo de apoyo, red más frecuente y frecuencia de contactos, satisfacción y disponibilidad en cuanto al apoyo social recibido, aspectos que en conjunto permiten comprender fácilmente los elementos para que el apoyo social funcione como un todo y de la misma forma conocer la situación actual de la relación apoyo social con embarazo en adolescentes.

Palabras Claves

Red social, embarazo

Summary

The present articulates it is the result of a developed investigative study with base in the characteristics of the social support received by the pregnant teenagers, that assist to the prenatal control in the basic units of ESE IMSALUD San José of Cúcuta between the 2004 and the 2005, one carries out leaving of the conceptualization of the social support and importance of the same one during the stages vital stress considering you like one of them the pregnant teenagers. The purpose of this study is to describe the variables related with the social support as they are it the support type, more frequent net and frequency of contacts, satisfaction and readiness as for the received social support, aspects that on the whole they allow to understand the elements easily so that the social support works as an everything and in the same way to know the current situation of the relationship social support with pregnancy in adolescents.

Key Words :

Pregnancy, Social net

INTRODUCCIÓN

El objetivo central del presente estudio es describir las características del apoyo social a partir del conocimiento acerca de la importancia del mismo durante las diferentes etapas de la vida. El embarazo en las

*Magíster en Enfermería materno perinatal. Directora Programa Enfermería Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante Grupo Investigación Salud Pública. E-mail: gloriae91@hotmail.com

**Enfermero. elked330@hotmail.com

***Enfermera. naky1218@hotmail.com.

adolescentes es un problema cada día más frecuente, la ausencia de apoyo social en la adolescente gestante incrementa los problemas asociados a complicaciones obstétricas, sociales y emocionales. Se ha descrito en la literatura que cuando el apoyo social es deficiente, se puede generar en la madre adolescente una angustia considerable, por la escasez de identidad así como de medios sociales y personales para alcanzarla. El apoyo social es un factor fundamental para un desarrollo integral de la gestación así como también para el afianzamiento de la actitud y comportamiento adecuado frente a la gestación, permitiéndole a la adolescente adquirir mayor compromiso en cuanto a su condición de futura madre; de ahí la importancia de describir el apoyo social en las adolescentes gestantes en la ciudad de Cúcuta, y de esta forma proveer información valiosa a las enfermeras responsables de cuidado prenatal para que orienten acciones tendientes a fortalecer la red de apoyo social como factor protector para la gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio aplicado fue descriptivo exploratorio, de naturaleza cuantitativa y de corte transversal. La población fue de 296 adolescentes gestantes inscritas en el programa de control prenatal en la E.S.E IMSALUD de Cúcuta y se calculó una muestra de 167 adolescentes gestantes con un nivel de confiabilidad del 98% y un margen de error del 0,5%. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia distribuido proporcionalmente en cada una de las unidades de atención básica (UBA) de la E.S.E IMSALUD, (Puente Barco - Leones 46.1%,

La Libertad 26.1%, Comuneros 26.1%).

La recolección de la información se hizo mediante entrevista en la que se aplicó el instrumento (test de apoyo social); estas entrevistas se realizaron en las instituciones de salud durante el control prenatal y en algunos casos en la residencia de las adolescentes. El instrumento "test de apoyo social" está conformado por preguntas estructuradas, validado estadísticamente, que permite medir las variables y los elementos propuestos en este estudio y cuyo test es confiable y válido porque tiene consistencia interna y estabilidad significativa estadísticamente¹

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el apoyo social recibido por la adolescente que acude al programa de control prenatal de la Unidad Básica de Atención Comuneros, La Libertad y Puente Barco Leones de la ciudad de San José de Cúcuta durante octubre del 2004 y julio del 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio
- Identificar el tipo de apoyo social recibido por la adolescente gestante que asiste al control prenatal en la Unidad Básica de Atención Comuneros, La Libertad y Puente Barco Leones durante octubre del 2004 y julio del 2005.
- Identificar fuente y frecuencia de apoyo recibido por la adolescente gestante que asiste al control prenatal en la Unidad

¹ HERRERA JULIÁN. Aplicación del modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad materna y perinatal. Segunda edición. Ministerio de Salud. Colombia, 2001

Básica de Atención Comunereros, La Libertad y Puente Barco Leones durante octubre del 2004 y julio del 2005.

- Establecer grados de satisfacción en relación al apoyo social recibido por la adolescente gestante que asiste al control prenatal en la Unidad Básica Comunereros, la Libertad y Puente Barco Leones durante octubre del 2004 y julio del 2005.
- Establecer el grado de disponibilidad de las redes de apoyo en la adolescente gestante que asiste al control prenatal en la Unidad Básica de Comunereros, La Libertad y Puente Barco Leones durante octubre del 2004 y julio del 2005.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La mayor proporción de la población objeto de estudio se encuentra ubicada en la adolescencia tardía (58%). Similar a los resultados arrojados en los estudios elaborados en Villavicencio por Camacho Parra N. 2003² y en Cúcuta por Jaramillo et al. 2004³. En estos lugares la población objeto de estudio se ubica en este mismo grupo de edad, etapa en que la adolescente adquiere independencia y capacidad para integrar la imagen corporal con la personalidad; sus relaciones se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía e intimidad de los otros; prefiere relaciones sociales con individuos que con grupos, definiendo planes, metas y su sistema de valores e ideologías⁵

En la población estudio el estado civil que mas predominó fue la unión libre (52%) y el solterismo (35%), hallazgos similares a los reportados en Villavicencio por Camacho Parra N. 2003⁶ y Cúcuta Jaramillo et al en el 2004⁷, aspecto desfavorable teniendo en cuenta que la unión libre obedece a relaciones consensuales e inestables y el solterismo indica la ausencia de un compañero que brinde apoyo. La gestación es una etapa de crisis y si a esto se le suma la crisis propia de la adolescencia, para la futura madre contar con un compañero se constituye en un recurso valioso para la adaptación a su nuevo rol.

En cuanto al nivel socioeconómico predomina el estrato 2 (45 %), situación igual a la presentada en Villavicencio por Camacho Parra N. 2003⁸ y Cúcuta por Jaramillo et al. 2004⁹. Esto obedece a que la ubicación de los sitios de realización del estudio se encontraba en la clase baja y media baja de la ciudad, aspecto que puede influir especialmente en cuanto al apoyo tangible a la adolescente gestante.

Con respecto a la convivencia se encontró que la mayor proporción de las adolescentes gestantes (60.4 %) convive con su pareja, seguido de las que viven con sus padres, similar a los resultados reportados en Cúcuta¹⁰ donde se halló que las adolescentes gestantes conviven con su compañero y sus padres. En menor proporción (5%) se encontró que las

² CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las IPS Popular y Recreo, entre julio-agosto-septiembre del 2000. Revista Avances en Enfermería. Volu. XIX NO. 2 del 2001. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Jun. 2003. (Sep. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.unal.com>>.

³ JARAMILLO, Edison, et al. Apoyo Social Recibido Por La Adolescente Embarazada Que Asisten A Control En La Unidad Básica Comunereros, Programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, 2004.

⁵ ZAMBRANO PLATA, Gloria Esperanza. El apoyo social como componente del cuidado de la salud. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Material impreso. Cúcuta: 2004. 10 p.

⁶ CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Op. cit.

⁷ JARAMILLO. Op. cit.

⁸ CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Op. Cit..

⁹ JARAMILLO Op. cit.

¹⁰ Ibíd.

adolescentes gestantes viven solas, situación que se considera de riesgo porque estas madres no cuentan con una persona que les pueda proporcionar ayuda en situaciones de tipo obstétrico y sicosociales, generadas por la gestación.

La mayor proporción de la población tiene como escolaridad la secundaria incompleta (45%) y completa (25%). Se observa un porcentaje con primaria incompleta (9%). Estos hallazgos son similares a los encontrados en Villavicencio por Camacho Parra N. 2003¹¹, y en Cúcuta Jaramillo et al en el 2004¹², evidenciándose deserción escolar de las adolescentes gestantes, interfiriendo en las metas trazadas y en la posibilidad de llevarlas a cabo en etapas posteriores.

Con respecto al tipo de apoyo las adolescentes expresaron que reciben mucho apoyo emocional (65%) y en la misma proporción refieren que reciben muy poco apoyo instrumental y espiritual, igual a los resultados reportados en Villavicencio por Camacho Parra N. 2003¹³, donde el apoyo emocional fue el más brindado, lo que tiene un impacto positivo porque este es uno de los tipos de apoyo más importante, debido a que comprende la empatía, el cuidado, fomenta el bienestar a través de la comunicación y de esta forma satisface las necesidades afectivas de las adolescentes gestantes..¹⁴

Con relación a la red de contacto más frecuente se halló a la pareja (82%), seguida de las instituciones de salud (76%) y la familia

cercana (73%) resultados similares a los hallados por Jaramillo et al. 2004¹⁵ en los que se observa la misma situación. Este es otro factor positivo ya que estas redes sociales son fuente de apoyo social, que se constituye en un determinante del cuidado de la salud y la vida, destacando como aspecto importante que las adolescentes identifican a las instituciones de salud como red frecuente de apoyo siendo útil para buscar nuevos elementos que beneficien la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, teniendo en cuenta que el apoyo social está relacionado positivamente con la salud¹⁶.

Las adolescentes que participaron en el estudio manifestaron que su contacto con las redes de apoyo es poco frecuente (43%), seguido de las que expresan que son frecuentes (33%), siendo preocupante que un 14% manifieste que el contacto con las redes de apoyo es nulo. De igual forma, los resultados arrojados por el estudio realizado en Cúcuta por Jaramillo et al. 2004¹⁷ muestra que la frecuencia de contacto es poca, lo que es un aspecto negativo ya que el apoyo social depende de una red estable y frecuente que la afecta en caso de que se encuentre alterada.¹⁸

En cuanto a la satisfacción con el apoyo social recibido por la adolescente, el estudio revela que la mayor parte de la población se encuentra muy satisfecha (59%) y algo satisfecha (26%), resultados similares a los hallados en Cúcuta por Jaramillo et al. 2004¹⁹, donde las adolescentes gestantes afirman lo anterior. Aspecto positivo ya que la

¹¹CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Op. cit.

¹²JARAMILLO. Op. Cit.

¹³CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Op. cit.

¹⁴SEPÚLVEDA. Op. cit.

¹⁵JARAMILLO. Op. cit.

¹⁶ZAMBRANO. Op. cit.

¹⁷JARAMILLO. Op. cit.

¹⁸CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Op. cit. t.

¹⁹JARAMILLO. Op. cit.

adolescente gestante se encuentra satisfecha con relación a la percepción del apoyo que se le ha brindado durante su proceso de gestación, lo cual se hace importante debido a que el apoyo genera la satisfacción de necesidades básicas a través de la interacción con otros²⁰, moderando así el estrés y llevando a la creencia de que se es valorado y se pertenece a una red, todos estos aspectos importantes durante el proceso de gestación, cuando el apoyo se hace indispensable²¹.

Con respecto a la disponibilidad de las redes de apoyo la mayor proporción de las adolescentes expresó que la red de apoyo está disponible siempre (57%) y casi siempre (24%), similar a los resultados hallados en Cúcuta por Jaramillo et al. 2004²² donde se presenta la misma situación. Lo anterior permite establecer que la gestante percibe gran disponibilidad en cuanto al apoyo social y sus redes, aspecto positivo ya que la adolescente identifica ayuda disponible por parte de otros, lo cual puede generar que la magnitud del proceso de gestación sea viable, teniendo impacto directo sobre la salud y el desempeño del rol²³.

CONCLUSIONES

La población objeto de estudio en su mayor proporción se encontró en el rango de edad entre los 17- 19 años, por lo cual se puede decir que la mayor parte de la población atravesaba la adolescencia tardía; en cuanto al estado civil se destacó la unión libre, con predominio del nivel socioeconómico 2, muy probablemente porque en los sitios donde se llevó a cabo el estudio viven personas de estratos bajos; con

relación a la convivencia de los adolescentes se destacó la pareja, teniendo en cuenta que ésta juega un papel importantísimo durante el proceso de gestación se convierte en un aspecto positivo y en cuanto a la escolaridad de los adolescentes en mayor proporción se encontró un grado de escolaridad de secundaria incompleta, teniendo ya como referencia que el embarazo propicia deserción escolar.

El tipo de apoyo mas frecuente fue el emocional, resultado positivo ya que se considera uno de los tipos de apoyo mas integrales que se le puede brindar a un individuo que atraviese por una situación que demande este tipo de ayuda; el tipo de apoyo menos frecuente fue el espiritual, aspecto importante en la orientación de la adolescente para su autorrealización y el instrumental muy probable, debido a la ubicación geográfica y socioeconómica de la población de estudio, aspectos que se deberían fortalecer para el desarrollo adecuado del proceso de gestación en las adolescentes.

En cuanto a la red mas frecuente de apoyo se encontró entre ellas, en su orden, a la pareja, instituciones de salud y a la familia cercana, resultados muy positivos ya que son las redes mas importantes y cercanas a las que puede recurrir la adolescente para recibir el apoyo necesario durante su situación vital, resaltando la importancia de la pareja y las instituciones de salud como pilares básicos del apoyo que recibe la adolescente. Con relación a la frecuencia de contactos la mayor proporción de la población se refirió a la escala de poco frecuente, lo cual hace pensar que la adolescente cuenta con redes de apoyo muy importantes durante su proceso vital pero el contacto con estas redes es poco, situación posiblemente propiciada porque la adolescente atraviesa una situación en la que se identifica con un proceso ambivalente de dependencia-independencia y eso altera en

²⁰ZAMBRANO. Op. cit.

²¹CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Op. cit.

²²JARAMILLO. Op. cit.

²³PEREZ. Op. cit.

cierto grado la frecuencia en su interacciones con los demás.

La satisfacción con el apoyo recibido revela un resultado positivo ya que la mayor parte de las adolescentes se encuentran satisfechas con el apoyo que se les ha brindado durante este proceso vital, en el cual se hace necesario que las jóvenes adquieran sentimientos y actitudes saludables, las cuales están ligadas directamente a la percepción de apoyo que ellas identifican en el medio que se desenvuelven y que permiten un mejor desarrollo del proceso de gestación a su edad; de la misma forma el estudio muestra que siempre hubo disponibilidad de las redes, aspecto importante ya que esto les permite tener la certeza de que cuentan con unas redes de apoyo estables y constantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMACHO PARRA, Nelsy Janeth. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las IPS Popular y Recreo, entre julio-agosto-septiembre del 2000. Revista Avances en Enfermería. Volu. XIX NO. 2 del 2001. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Jun. 2003. (Sep. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.unal.com>>.

CLARO, Ángel. Influencia de la red social en salud. [Online]. Medellín. UAM. Jun. 2002 (Jul. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.UAM.es/departamento/MED/preventiva/especifica/congresoxtvHTML>>.

FLOREZ ARANGO, E. Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y prevención de las adolescentes gestantes. Bogotá: Universidad Nacional, 2004. 312 p.

HERRERA SANTI, Patricia. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales.

[Online]. s.l. BVS. Ago. 2002 (Jul. 2002) disponible en Internet. <URL: <http://www.bvs.sid.wb./revistas/mgi/vol18/02/02/MGI13202HTML>>

JARAMILLO, Edison, et el. Apoyo Social Recibido Por La Adolescente Embarazada Que Asisten A Control En La Unidad Básica Comunerios, Programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, 2004

MONSALVE, Luz Elena. Dialoguemos sobre salud sexual y reproductiva, Embarazo en adolescentes. Bogotá: s.n., 1998. 6p.

PADILLA, Manuel Jesús. Hola vives sola. [Online]. España. COP. Abr. 1999 (Sep. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.cop.es/colegiados/pag4.>>.

PAPALIA E., Diane. Psicología del desarrollo, Adolescencia. Bogotá: Mc Graw Hill, 2001. 594 p.

PEREZ, Bilbao y DAZA, Feliz. Tipos de apoyo. [Online]. España. s.n. May. 2004 (Ago. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.mtas.es/insth/npt/439>>.

SEPULVEDA, Rafael. El papel del apoyo social. [Online]. s.l. s.n. Ago. 1998 (Ago. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.RMS.c/sicologiaysalud.com.>>.

SICOLOGIA Y SLAUD, Tipos de apoyo. [Online]. s.l. s.n. Ago. 1998 (Ago. 2004) disponible en Internet. <URL: <http://www.RMS.c/sicologiaysalud.com.>>.

ZAMBRANO PLATA, Gloria Esperanza. El apoyo social como componente del cuidado de la salud. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Material impreso. Cúcuta, 2004.

ZAMBRANO PLATA, Gloria Esperanza. Embarazo en adolescentes. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Material impreso. Cúcuta, 2004.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

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 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN), DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ (ESE HUEM) EN MAYO DEL 2006

Director reinvestigación
Carvajal de Molina María Esther *

Autores
Angarita Mojica Marcela**
Mendoza Tarazona Martha
Montalvo Oscar
Botello Ingrid
Ureña Maria del Pilar
Jaime Betty

Recibido: Marzo 21/2007 Aceptado: Mayo 4/2007

Resumen

Al realizar una revisión exhaustiva se encuentra que a nivel mundial, nacional y en los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), existe una evidente carencia en la atención del dolor del recién nacido. Con la presente investigación se pretenden describir los conocimientos y prácticas del personal auxiliar de enfermería en el manejo del dolor neonatal, durante la punción venosa y paso de sonda oro gástrica; para lograr esto se requiere determinar el nivel de conocimientos acerca del dolor en neonatos que maneja el personal,

así mismo se identifican las prácticas en el manejo del dolor durante los procedimientos invasivos ya mencionados; y se convierte en un objetivo la creación de un protocolo de atención para el manejo del dolor.

Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas diligenciado individualmente por las 28 auxiliares que laboran en los dos servicios, y que hacen parte de la muestra. El segundo instrumento corresponde a la aplicación de dos listas de chequeo, mediante la observación realizada por los estudiantes mientras las auxiliares realizaban los procedimientos; finalmente se concluye que la gran parte de la muestra presenta regulares conocimientos y regulares prácticas, pero no se presentaron malos conocimientos y malas prácticas a la vez.

Palabras claves

Dolor, neonato, conocimientos, prácticas, procedimientos.

Summary

When making an exhaustive revision is that at the world-wide, national level and in the services of neonative intermediate cares and

* Enfermera, Jefe del Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Universitario Erasmo Meoz. Docente de la Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander.

** marge840@hotmail.com, marthakarimemendoza@latinmail.com, osed1235@hotmail.com, cachetona1584@yahoo.es

UCI of the HUEM, an evident deficiency in the attention of the pain new born exists, with the present investigation is tried to describe the knowledge and you practice of the auxiliary personnel of infirmary in the handling of the neonative pain, during the venous punción and passage of gastric sounding gold; in order to obtain this it is required to determine the level of knowledge about the pain in neoborn that handles the personnel, also are identified you practice them in the handling of the pain during the invasive procedures already mentioned; also one becomes as an objective to create a protocol of attention for the handling of the pain. I am applied a questionnaire of 15 questions hastened individually by the 28 aids who toil both in services, and who are part of the sample, the second instrument corresponds to the application of two lists of control, by means of the observation made by the students while the aids made the procedures, finally concludes that the great part of the sample presents/displays regular knowledge and regular you practice, but bad knowledge did not appear and bad you practice simultaneously, for it it is recommended to actually adopt clinical scales of valuation of the pain and the beginning of a protocol for his handling.

Key Words

Pain, neoborn, knowledge, procedure.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una entidad que no es una patología en sí, pero sin embargo su repercusión al nivel fisiológico y conductual enmarca gran importancia en el pronóstico y bienestar del neonato, más aún en aquellos que ya tienen una patología de base, por lo tanto es función ética y profesional de enfermería hacer visible el dolor de los niños que no hablan, “visible” para el personal sanitario mediante una documentación de sus signos y síntomas y de

esta manera asegurar un buen manejo del dolor. Cabe destacar que al conocer las secuelas a corto y largo plazo que ocasionan, y así mismo las falencias en este tipo de atención que posee el personal encargado del cuidado de los neonatos, se consideró necesaria la realización de una investigación que permita dar solución al siguiente interrogante: ¿Cuales son los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en el manejo del dolor que experimenta el neonato durante la punción venosa, y paso de sonda orogástrica realizados en los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), en el mes de mayo del 2006?

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

La presente investigación se desarrolló con un diseño observacional de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo de corte transversal.

Población y Muestra

La población y muestra está conformada por 28 auxiliares de enfermería que laboran en los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), en los turnos de la mañana y tarde durante el mes de mayo del presente año.

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la recolección de la información.

La recolección de la información se llevó a cabo utilizando 2 formatos; el primer instrumento diseñado por los estudiantes de VI semestre, revisado y validado por profesionales de la salud (enfermeras) es un test de 15 preguntas de elección múltiple con única

respuesta que busca medir los conocimientos sobre el manejo del dolor en el neonato durante la realización de la punción venosa y el paso de sonda orogástrica, por parte de las auxiliares de enfermería de los servicios de unidad de cuidados intensivos (UCI) y cuidados intermedios de neonatos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM); este instrumento fue aplicado por los estudiantes de sexto semestre de enfermería en forma individualizada al personal auxiliar de enfermería durante el mes de mayo del presente año.

El segundo instrumento es una lista de chequeo, diseñada por los estudiantes de VI semestre basándose en los protocolos existentes de estos procedimientos del Hospital Universitario Erasmo Meoz y en la teoría encontrada en la literatura sobre el manejo del dolor neonatal para tales casos, validándose así en ello y en la revisión hecha por los profesionales de la salud (enfermeras), en la cual se evaluaron, por medio de la observación, la práctica en los procedimientos de punción venosa, y paso de sonda orogástrica, permitiendo identificar si realiza o no los pasos necesarios antes, durante y después de los procedimientos invasivos, enfocados en la valoración y manejo del dolor que puede sentir el neonato. Dicha lista será diligenciada por el investigador observando a la auxiliar sin que ésta se de cuenta para obtener de esta manera, datos confiables y válidos.

Durante la etapa de ejecución de la presente investigación se explicó a la población objeto de estudio el propósito, objetivos y beneficios de la misma. De igual manera se enfatizó en que la investigación se realizará con fines netamente académicos y por tanto no generaría ningún beneficio de tipo económico, haciendo claridad en que su participación sería de carácter voluntario, pudiendo retirarse del estudio, de considerarlo necesario.

La información será confidencial, los datos personales no podrán usarse como pruebas fiscales, judiciales u otras, según el decreto 163 de 1960 que establece secreto estadístico del Ministerio de Salud. El principio de respeto a las personas exige que los individuos otorguen su consentimiento informado para participar en una investigación.

Los elementos de autonomía, información y comunicación fueron expresados al personal objeto de estudio de esta investigación, con el resultado de su aprobación a través de su consentimiento informado para la aplicación de los diferentes instrumentos empleados en dicha actividad.

OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en el manejo del dolor que experimenta el neonato durante la realización de la punción venosa y el paso de sonda orogástrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los conocimientos sobre el dolor en neonatos del personal de enfermería de los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM).

Identificar las prácticas en el manejo del dolor neonatal que ofrece el personal de enfermería durante la ejecución de la punción venosa y el paso de sonda orogástrica.

Crear un protocolo de atención para el manejo del dolor neonatal en el servicio de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) (sujeto a evaluación y aprobación posterior del HUEM).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Conocimientos sobre el manejo del dolor neonatal del personal de enfermería de los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM)

Tabla 1. Nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor del personal de Enfermería de los servicios cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM).

NIVEL	FRECUENCIA	%
Bueno	7	25
Regular	19	67,9
Malo	2	7,1
TOTAL	28	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos del manejo del dolor neonatal.

El 67.90% de las enfermeras poseen regulares conocimientos en cuanto al manejo del dolor neonatal ya que obtuvieron puntajes entre 3.6 - 7 puntos; sumado a esto el 7.14% se encuentran en categoría de malos conocimientos, lo que indica que el 74.99% que corresponde a las tres cuartas partes de la muestra, carecen de los conocimientos necesarios para brindar una atención integral al neonato sometido a procedimientos invasivos. De tal manera se infiere que sólo la cuarta parte de las enfermeras que brindan cuidado neonatal

(cuatro (4) pertenecen a la unidad de cuidados intensivos neonatales y tres (3) a cuidados intermedios) poseen un buen nivel de conocimientos para el manejo de esta entidad que es tan frecuente e influyente en el bienestar del neonato. Esto muestra la necesidad imperiosa de concientización sobre el dolor en el neonato para así luego poder aplicar escalas de valoración que pueda indicar el nivel de dolor y por ende la implementación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para tratarlo.

El 53.6% de la muestra manifiesta que el neonato siente dolor y escogen la opción que ofrece una explicación válida de su causa; esto quiere decir que la mitad de la población tiene un fundamento científico que apoya la idea del dolor neonatal.

Como manejo no farmacológico del dolor, el previo calentamiento de la zona a puncionar no se considera efectiva para mitigar el dolor durante la punción para el 60.72% del personal, siendo esta la opción correcta. Sólo el 39.3% conoce la utilidad de esta medida, lo que revela carencia de conocimientos en este aspecto.

Al indagar sobre conocimientos de escalas de valoración del dolor se encuentra que el 57.1% conoce alguna de las escalas (susans givens y/o comfort); sin embargo, no es un porcentaje significativo puesto que lo ideal sería que para brindar un cuidado de calidad cada enfermera (o) debería realizar una valoración del dolor empleando escalas validadas, antes y durante la ejecución de cualquier procedimiento potencialmente doloroso.

El protocolo de mínima manipulación hace parte de los cuidados brindados en estos servicios, evidenciado porque el 100% del personal sabe en qué consiste dicho protocolo,

lo que aporta un beneficio al bienestar y la evolución del neonato hospitalizado.

El 50% de la población reconoce medidas eficaces utilizadas para disminuir el dolor, no obstante la otra mitad del personal no las identifica, lo que pone de manifiesto una vez más la gran falencia en este aspecto manejada por el personal que integra dichos servicios.

2. Prácticas sobre el manejo del dolor neonatal del personal de enfermería de los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM).

Tabla 2. Nivel de manejo del dolor del recién nacido, del personal de enfermería de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), durante el procedimiento de la punción venosa.

NIVEL	FRECUENCIA	%
Bueno	4	14.3
Regular	24	85.7
Malo	0	0
TOTAL	28	100

Fuente: Lista de chequeo para la práctica de punción venosa.

Durante la observación del manejo del dolor en el neonato antes, durante y después de la realización de la punción venosa, por el personal de enfermería se encontró que el 85,7% correspondió a una calificación de Regulares prácticas siendo esta una mayoría

considerable; evidenciando que no se han adquirido las prácticas suficientes para lograr un adecuado manejo del dolor del neonato en dicho procedimiento, y por tanto cabe la probabilidad de contribuir al incremento de posibles secuelas o consecuencias que afectan el bienestar físico del paciente, demorando igualmente su pronta recuperación .

Tabla 3. Nivel de manejo del dolor del recién nacido RN ,del personal de enfermería de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) durante el procedimiento de paso de sonda Orogástrica .

CALIFICACION	FRECUENCIA	%
Bueno	3	10,7
Regular	25	89.2
Malo	0	0
TOTAL	28	100

Fuente: Lista de chequeo para la práctica de paso de sonda orogástrica.

Durante la observación del manejo del dolor en el neonato antes, durante y después de la realización del paso de sonda orogástrica , por el personal de enfermería se encontró que el 89.2% correspondió a una calificación de Regulares prácticas siendo esta una mayoría considerable; evidenciando que no se han adquirido las prácticas suficientes para lograr un adecuado manejo del dolor del neonato en dicho procedimiento, y por tanto cabe la probabilidad de contribuir al incremento de posibles secuelas o consecuencias que afectan el bienestar físico del paciente, demorando igualmente su pronta recuperación .

3. COMPARACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

Tabla 4. Comparación de conocimientos y prácticas del manejo del dolor neonatal del personal de Enfermería de los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), para el procedimiento de la punción venosa.

CONOCIMIENTOS \ PRÁCTICAS	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BUENO	0	0	3	15,8	1	50	4	14,3
REGULAR	7	100	16	84,2	1	50	24	85,7
MALO	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7	100	19	100	2	100	28	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos del manejo del dolor neonatal; Lista de chequeo para la práctica de punción venosa

De las auxiliares que obtuvieron buenos conocimientos el 100% lograron regulares prácticas. De las auxiliares que obtuvieron regulares conocimientos, el 15,8% lograron buenas prácticas, mientras que el 84,2% presentaron regulares prácticas. De las auxiliares que obtuvieron malos conocimientos, el 50% logró buenas prácticas y el otro 50%, regulares prácticas. Ninguna de las auxiliares que obtuvieron buenos, regulares

o malos conocimientos presentó malas prácticas.

Tabla 5. Comparación de conocimientos y prácticas del manejo del dolor neonatal del personal de Enfermería de los servicios de cuidados intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), para el procedimiento de paso de sonda orogástrica.

CONOCIMIENTOS \ PRÁCTICAS	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BUENO	1	14,3	1	5,3	1	50	3	11
REGULAR	6	85,7	18	94,7	1	50	25	89
MALO	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7	100	19	100	2	100	28	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos del manejo del dolor neonatal; Lista de chequeo para la práctica de paso de sonda orogástrica.

De las auxiliares que obtuvieron buenos conocimientos el 14,3% presentaron buenas prácticas, mientras que el 85,7% lograron regulares prácticas. De las auxiliares que obtuvieron regulares conocimientos el 5,3%

presentaron buenas prácticas, mientras que el 94,7% lograron regulares prácticas. De las auxiliares que obtuvieron malos conocimientos el 50% presentaron buenas prácticas, y el otro 50% lograron regulares

prácticas. Cabe destacar que ninguna de las auxiliares que obtuvieron buenos, regulares o malos conocimientos, presentaron malas prácticas.

CONCLUSIONES

El tratamiento de toda patología tiene su base en el conocimiento de la misma con la valoración continuada del paciente. El dolor, aunque no es considerado como una patología en sí, es el acompañante de la gran mayoría de los procedimientos y más aún de los que son invasivos, que se llevan a cabo durante la hospitalización; teniendo en cuenta lo anterior es de importancia recalcar que aproximadamente la mitad de la muestra no reconoce el dolor como una vivencia del neonato, cuestión que es alarmante ya que sumado al desconocimiento de las escalas para valoración del dolor (48%) de la población, repercutirá negativamente en la atención y manejo del dolor y así mismo en el bienestar y recuperación del recién nacido hospitalizado.

El calentamiento de la zona a puncionar, la succión no nutritiva, proporcionar solución glucosada y disminución de estímulos externos reduce la percepción dolorosa del neonato, esto ha sido demostrado con estudios anteriores; pero desafortunadamente según la presente investigación estas medidas no son tenidas en cuenta y en otros casos no son conocidas por el personal asistencial, por lo tanto, la aplicación es infrecuente en los cuidados brindados en los servicios de cuidados intermedios y la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Como otro aspecto importante se menciona el conocimiento de las manifestaciones conductuales y fisiológicas del dolor constituyéndose como un factor positivo del personal, pero es de recalcar que este

conocimiento no es utilizado como un indicador objetivo del dolor de tal manera que pierde su validez, ya que al no conocer su funcionalidad se pierde una herramienta fundamental para la toma de decisiones que conlleven a mejorar la estancia hospitalaria del neonato, consiguiendo un mayor grado de bienestar o cumpliendo así uno de los objetivos centrales del quehacer de enfermería.

Al observar las prácticas que ha ejercido el personal de enfermería en el manejo del dolor en el paso de sonda orogástrica y punción venosa se encontró como resultado concluyente que la mayoría tiene prácticas regulares pero ninguna de ellas calificó como mala, sin embargo, ello no es satisfactorio para la pronta recuperación del estado de salud del recién nacido enfermo, ya que ambos procedimientos son de continua realización y de vital importancia diagnóstica y terapéutica para el mismo.

Como conclusión general de la comparación realizada entre los resultados de conocimientos y prácticas de ambos servicios se encontró que la gran mayoría presentó regulares conocimientos y a su vez regulares prácticas, pero no se presentaron malos conocimientos y malas prácticas al mismo tiempo. Otro dato significativo es el haber encontrado que una auxiliar pese a tener malos conocimientos haya obtenido buenas prácticas. Lo anterior pone de manifiesto que a pesar de poseer conocimientos regulares que pueden ser aplicados en la práctica no se está ofreciendo el manejo adecuado para mitigar el dolor en el neonato como sencillamente es favorecer la succión no nutritiva y administrar agua glucosada antes y después del procedimiento, entonces se corroboran una vez más las razones que expone la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) sobre la aparente carencia de atención del dolor en los neonatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASOCIACIÓN Nacional de Enfermeras. Manejo del dolor neonatal. Tomado de Guía N° 6 de Intervención en Enfermería basada en la Evidencia Científica Convenio ISS ACOFAEN. Edición n° 56 .sección científicas .Colombia. 2006. (on line). Aviable from Internet: URL: www.anec.org.co

AYLLON Barraza Oscar. Desarrollo de la nociocepcion en el feto y el recién nacido. Revista diagnostico, volumen 41, numero 3, Perú. mayo-junio 2002. (on line). Aviable from Internet: URL: www.revistadiagnostico.com

CARVAJAL Esther. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Enfermera Jefe. Servicio de Neonatología .Colombia. 2006 (cuidados intermedios).

FERNANDEZ Uberos José. Guía de manejo del dolor en el recién nacido. Sociedad Española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria. Prevention and management of pain and stress in the neonate. Pediatrics 105 (2): 454-461; 2000. España .27/05/05. (on line). Aviable from Internet: URL: www.google.com

IBARRA Fernández Antonio José. Valoración del dolor en pediatría y neonatología. Unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales. Hospital Torrecardenas. Almeira. Capitulo 163. España. 07/02/06. (on line). Aviable from Internet: URL: www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo163/capitulo163.htm

IBARRA Fernández Antonio José. Valoración Sistemática de Enfermería del Dolor en Neonatología. Estudio Preliminar de la valoración sistemática del dolor en niños pre-verbales. España. 2004. (on line). Aviable

from Internet: URL: www.aibarra.org/Dolor/Preliminar/default.htm

LLANOS Ortega, IM. Ibarra Fernández, A.J. Escala de Valoración del Dolor en Neonatología Comunicación Oral presentada en el IV Congreso de la SAECC (otorgándole el Primer Premio a la mejor Comunicación Oral). Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico VOL 4 NUM 1, España .2004. (on line). Aviable from Internet: URL: www.aibarra.org/Dolor/Preliminar/default.htm

MAGARICE Meyer. Nuevas pautas para el manejo del dolor neonatal. México. 06/03/01. (on line). Aviable from Internet: URL: www.tupediatra.com

MENDIVIL Apolinario, Roxana Emilia. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2002. Unmsm - Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central. Perú .2006. (on line). Aviable from Internet: URL: www.monografias.com

MEOZ Erasmo, Hospital Universitario. Servicio de Neonatología y UCI Neonatal.Colombia. 2006. (on line). Aviable from Internet: URL: www.herasmomez.gov.co

GÓMEZ E. Simón, Analgesia en Pediatría: ¿cómo sabremos si es eficaz? servicio de farmacia. Hospital central de Asturias Oviedo. V Congreso de la Sociedad Española ante el Dolor. España. 2002. (on line). Aviable from Internet: URL: www.revista.sedolor.es/pdf/2002_10_25.pdf

CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO: ENFERMERÍA PIEZA CLAVE EN LA ATENCIÓN

“Una mano cálida, una mirada de confianza, una actitud de respeto y consideración son muestras de interés por el ser humano... una experiencia de vida menos traumática para narrar”

Ruby Elizabeth

Autor

Vargas Toloza Ruby Elizabeth*

Recibido: Abril 30/2007 - Aceptado: junio 27/2007

Resumen

Para el personal de enfermería que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos es claro que la experiencia vivida por estos pacientes en situación crítica depende de la ansiedad y la angustia albergada, la cual está influenciada por las experiencias previas hospitalarias, sus creencias culturales como el temor a la muerte y la necesidad de sus seres queridos, sumado a esto la sensación de impotencia frente a una situación amenazante sobre la cual no se tiene el control y se depende totalmente de otros para salir triunfante. Esto lleva a que el cuidado ofrecido por el profesional de enfermería identifique las respuestas humanas frente a la enfermedad y su adaptación al evento patológico, sin dejar a un lado la fundamentación científica y los avances tecnológicos para ofrecer el cuidado.

Palabras Claves

Situación crítica, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), enfermería, ansiedad, experiencias.

Summary

For the infirmary personnel that works in the Units of Intensive Cares it is clear that the experience lived by these patients in situation criticizes it depends on the anxiety and the harbored anguish, the one which this influenced by the hospital previous experiences, its cultural beliefs as the fear to the death and the necessity of its dear beings, added this the sensation of impotence in front of a threatening situation on which one doesn't have the control and you depends totally of other to leave triumphant. This takes to that the care offered by the infirmary professional has identify the human answers in front of the illness and its adaptation to the pathological event, without still leaving side the scientific foundation and the technological advances to offer the care.

Key Words

Situation criticizes, Unit of Intensive Cares (UCI), infirmary, anxiety, experiences

Este documento tiene como finalidad realizar una revisión sobre el cuidado del profesional de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, el cual gira alrededor de ese ser humano frágil, indefenso, que requiere de una

* Enfermera. Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica con énfasis en Urgencias. Directora Departamento Atención Clínica y Rehabilitación, Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante Grupo Investigación Salud Pública. E-mail: dpclireh@motilon.ufps.edu.co

atención cálida, decente y solidaria, cuya atención debe estar soportada por la ética, los conocimientos científicos y ayudados por los avances tecnológicos.

¿QUÉ SIGNIFICA CUIDAR EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO?

Cuidar es para enfermería la promoción, el mantenimiento de la salud y la continuidad de la vida en individuos o colectivos, sanos o enfermos y/o el acompañamiento al ser humano en fase Terminal. Para brindar este cuidado de enfermería se requiere de principios éticos, conocimientos, destrezas y calidad humana, cualidades que identifican y legitimizan la profesión de enfermería.

Natividad Pinto Afanador (2001) en su artículo de Indicadores de Cuidado presenta la siguiente definición: “Se dice que cuidar es la esencia de Enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud”, también manifiesta claramente que: “cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro”¹.

En las Unidades de Cuidados Intensivos se brinda un cuidado especial y para tal fin se requiere de un profesional de enfermería con cualidades especiales cuyo significado de cuidar no es sólo vigilar el comportamiento

hemodinámico, la identificación de problemas y/o la administración de medicamentos por vías invasivas entre otras; implica también tener una formación basada en el interés real de restablecer la condición del otro, sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos y para mantener la confidencialidad e intimidad, capacidad para actuar y humanizar su accionar basado en conocimientos científicos.

Aranda Otero D. Antonio (2005 - 2006) en su artículo 'La ética del cuidado' manifiesta: “adaptando el lenguaje médico que emplea Diego Gracia a la profesión de la enfermería, un acto de cuidado no se justifica moralmente por la simple indicación profesional (no-maleficencia y beneficencia) sino también, y principalmente, por las opciones de la persona a la que se atiende (principio de autonomía e individualización) y por las consideraciones socio-económicas (principio de justicia)”. Igualmente refiere: “cuando se trata de unir teoría y práctica, Wolf hace la siguiente afirmación: “Los médicos, la mayoría de las veces, a través de instrumentos externos (cirugía, tratamientos o regímenes concretos) amplían los recursos que provienen del entorno. Las enfermeras/os utilizando habilidades de comunicación y relación así como actitudes empáticas amplían los recursos internos de la persona”. Finaliza manifestando: “desde el punto de vista ético podría llegar a la conclusión de que cuidar, en su más amplio y rico sentido de la palabra, es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia”².

María del Carmen Solano (2005) describe: “la elevada instrumentalización de los cuidados,

¹ PINTO AFANADOR, Natividad. Indicadores de Cuidado. En Actualización Enfermería. Bogotá: s.n. 2001. v.4, n.1. p. 13 19. ISSN: 01235583. [En línea]. URL: [Http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm](http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm). (Consulta: 5 junio/07)

² ARANDA OTERO D. Antonio. La Ética del Cuidado. “Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. [En línea]. URL: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articulos%20opinion/La%20etica%20del%20cuidado.htm> (Consulta 5/Junio/07)

así como la incorporación de los importantes avances tecnológicos a las Unidades de Cuidados Intensivos, favorece una visión reduccionista de los pacientes por parte del personal de enfermería, algunos autores como Cash (1996), Guntupalli (1996) y Allue (1997) manifiestan que en las unidades de pacientes críticos se produce una gran despersonalización (entendiendo ésta como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuidan). El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido”.³

El profesional de enfermería tiene un reto grandioso, el cual es lograr la humanización del cuidado en las Unidades Intensivas, es importante el análisis de las situaciones que influyen en que se automatice en algunas oportunidades este cuidado; por tal razón enfermería debe ser líder dentro de las instituciones de salud, promover el respeto por los derechos de los pacientes y lograr la humanización de todo el equipo de salud sin dejar a un lado el conocimiento, la tecnología y los avances científicos bajo la premisa de respeto a la vida y a la dignidad humana.

PRINCIPALES ESTRESORES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) ya sean coronarias ó médico quirúrgicas son consideradas tradicionalmente como áreas

generadoras de estrés: la amenaza vital que implica el ingreso en ella, la separación de seres queridos, el lenguaje incomprensible, el miedo a las técnicas y procedimientos invasivos, diagnósticos o de tratamiento, algunos dolorosos; las situaciones bastantes desagradables como la pérdida de su independencia y autonomía a la hora de tomar sus propias decisiones tales como: el limitarle a realizar sus actividades en la cama, igualmente el baño, limitar la entrada de sus seres queridos, escuchar comentarios incomprensibles del equipo de salud los cuales son interpretados por el paciente como una realidad difícil que se avecina, entre otros; son algunas de las causas que favorecen este tipo de sentimiento y contrasta con aquellas pocas situaciones que se convierten en experiencias positivas.

Las Unidades de Cuidado Intensivos cuentan con unas características que hacen que el ambiente que rodea a estos pacientes sea especial y se diferencie de otros servicios, existen otros factores que además del miedo aumentan la ansiedad del paciente crítico como son: el monitoreo continuo, la variedad de equipos, la ubicación de las camas que llevan a la pérdida de la privacidad, el ruido de las alarmas, el dolor, ya sea el propio o la evidencia del dolor del otro, los tubos y sondas, la ausencia de acceso a la luz natural que confunde al paciente con relación a las horas del día y que llevan a alteraciones del ciclo circadiano.

Esta privación sensitiva y del sueño que los pacientes padecen en la Unidad de Cuidados Intensivos en momentos de extrema labilidad al estrés, parecen estar relacionados con la aparición de cuadros psicóticos, la falta de

³ TORRES PÉREZ L. La pesadilla de no poder dormir: ¿Una realidad para el paciente de cuidado crítico? Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. Vol. 2. Num. 2002.

reposo fue siempre relacionada con la mala salud física, psíquica y moral.⁴ Los estresores se definen como estímulos precedentes o precipitantes de cambio, clasificados en internos o externos, la respuesta al estrés es influenciada por la intensidad, duración y alcance del estresor, así como, por el número de estresores presente en el momento.⁵

Un reto para el profesional de enfermería es no hacer parte de los estresores del paciente crítico sino por el contrario lograr tranquilizar al paciente, brindarle un cuidado humanizado rodeado de un espacio agradable en medio de todos los factores enunciados anteriormente con el fin de disminuir el impacto que ocasiona el hecho de estar en una UCI y así aportar a su recuperación. Sin embargo existen diferentes aspectos que pueden influenciar el cuidado humanizado por el personal en salud como lo describen en su estudio: Rubio Rico Lourdes, Marsans M. Cosi, Martínez Márquez C., Miró Borrás A., Sans Riba L. (2006), donde concluyen que la humanización requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupala y el compromiso explícito de la institución, la construcción de un entorno tolerante y el reconocimiento institucional como factores favorecedores de la atención humanizada; ellos encontraron también que la falta de tiempo y recursos son obstáculos a la humanización de la atención.⁶

CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO CUIDADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

El cuidado humanizado debe ser proporcionado por un profesional de enfermería con características especiales como son: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. Furegato (1999) manifiesta que “los pacientes describen a las enfermeras como personas competentes, bondadosas, entregadas y cariñosas, que luchan a cada instante por el bienestar de quien cuidan; además, están constantemente próximas para aliviar el dolor, el sufrimiento y propiciar alternativas de mejoría y distracción ante la situación actual. Por encima de las intervenciones técnicas, indispensables para mejorar su estado de salud, las enfermeras están siempre ahí presentes para atender su llamado, escuchar su angustia y esto es justamente lo que hace la diferencia en el cuidado”.⁷ Da Silva (2002), identificó que para los pacientes el cuidado de enfermería se configura en la aplicación de los conocimientos científicos y la manifestación de actitudes de cariño, preocupación y paciencia propias de la afectividad humana y que deben ocurrir cuando las personas pasan a vivir el ambiente hospitalario.⁸

⁴ TORRES PÉREZ L. La pesadilla de no poder dormir: ¿Una realidad para el paciente de cuidado crítico? *Tempus Vitalis*. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. Vol. 2. Num. 2002.

⁵ MAROSTI Carina Aparecida; SPADOTI DANTAS Rosana Aparecida. Relación entre estresores y características sociodemográficas y clínicas de pacientes internados en una unidad coronaria. *Rev. Latino Americana de Enfermagem* V.14 n.5. Sept./Oct. 2006.

⁶ RUBIO RICO Lourdes, COSI MARSANS M, MARTÍNEZ MÁRQUEZ C, MIRÓ BORRÁS A, SANS RIBA L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. ISSN 1130-2399, Vol.17, No 4, 2006. Págs.141 -153.

⁷ FUREGATO A. O que a população sabe e espera do enfermeiro. *Gaucha Enf* 1999; 20: 80-90. [En línea] URL: <http://www.ufrgs.br/eenf/revistagaucha.htm>. (Consulta:)

⁸ DA SILVA L. Cuidados de enfermería: el sentido para enfermeras y pacientes. *Revista de Enfermería de Chile*. Universidad de Concepción, 2002. [En línea] URL: http://www.colegio de enfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf. (Consulta: Febrero 15/03)

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

Un número importante de profesionales de enfermería interesados en la humanización del cuidado, se interroga constantemente sobre los sentimientos que realmente experimentan estos pacientes frente a su situación clínica y la atención que reciben con el fin de generar un proceso de enfermería acorde con esas necesidades que permitan brindar un cuidado humanizado y eficiente. En el estudio realizado por Solano Ruiz M y González José Siles (2005) se encontró que los sentimientos dependían de las experiencias vividas previamente, las cuales si habían sido positivas consigo mismo o con un familiar desencadenaban confianza en la unidad, en el personal, en los conocimientos y en la tecnología existente, sin embargo si la experiencia había sido negativa ocurría todo lo contrario.⁹

Dentro de los sentimientos encontrados en el estudio de Solano Ruiz M^a del Carmen y González José Siles (2005)¹⁰ al ingreso de los pacientes a la UCI fueron: Aceptación convencida del ingreso en la unidad, negatividad absoluta, confianza en los profesionales, confianza en la tecnología, sensación de muerte cercana y asociar a la UCI con experiencias de familiares y amigos; las sensaciones durante la estancia en la unidad fueron: percepción de invalidez, búsqueda de justificación de la enfermedad, evocación de recuerdos, añoranza de los familiares, preocupación con relación a seres significativos, detenimiento en el tiempo, esperanza en la curación, reflexiones sobre la muerte, sentimientos de soledad y

aburrimento.

Teniendo en cuenta los sentimientos que expresan los pacientes críticos con relación a su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, se evidencia la importancia del profesional de enfermería y el cuidado basado en las respuestas humanas dadas por la condición crítica que experimentan; la enfermera (o) hace parte del personal de salud indicado para dar apoyo a este paciente, ya que se encuentra más tiempo a su lado, en contacto directo y comunicándose continuamente con él, es quien si se lo propone conoce todos los sentimientos que lo afectan.

Para ofrecer una atención humanizada, ética y digna se necesitaría, antes de cualquier otro tipo de formación, humanizar a los profesionales sanitarios. Esta humanización podría llevarse a cabo a través del conocimiento de los conceptos básicos que la integran y el cultivo de nuevas costumbres y posturas. Determinar qué papel tiene la familia del paciente o aquellas personas que son significativas para él sería otro reto para el futuro de la asistencia humanizada. Para humanizar a los profesionales sería necesario considerar los límites, potencial y necesidades de cada uno de ellos. De esta manera, tanto los clientes como la propia institución, tampoco deberían ignorar las preferencias y particularidades del personal sanitario es imposible desarrollar un ambiente humanizado si el personal que imparte la asistencia está insatisfecho; los profesionales sanitarios también deben ser vistos como seres humanos. Probablemente, una atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud.¹¹

⁹ SOLANO, Op. Cit.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ HELUY DE CASTRO Carolina, DE FARIA Taís Efigênia, CABAÑERO Rosa Felipe, CASTELLÓ CABO Miquel. Humanización de la Atención de Enfermería en el quirófano. *Index de Enfermería*. 2004;44-45. [En línea] http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_18-20.php (consultado Junio 5/07)

CONCLUSIONES

El gran reto de la humanización está en nuevamente juntar y/o vincular las investigaciones, los conocimientos y principalmente, los valores éticos, morales y sociales. Rediseñar un nuevo horizonte, apartándose del debate reducido de los derechos individuales, estando más preocupado con el rescate mas amplio relacionado a la dignidad humana y a la destrucción de las particularidades para una construcción ecológica del conocimiento más humano. La humanización es, en suma, un proceso de transformación de la cultura organizacional que necesita reconocer y valorar los aspectos subjetivos, históricos y socioculturales de los clientes y profesionales, para mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de la asistencia, por medio de la promoción de acciones que integren los valores humanos a los valores científicos.¹²

El cuidado humanizado en las UCIs hace referencia a la capacidad de brindar la atención de enfermería, basado en las necesidades del otro, apreciando hasta lo más mínimo que incomoda o percibe el paciente como amenaza, el acompañamiento constante partiendo del respeto y la consideración de ese ser humano que requiere de la explicación de cada actividad a realizar con el fin de disminuir el sufrimiento y el miedo, integrando a la familia en el proceso de recuperación para que estos últimos se conviertan en uno de los motores que fortalezcan la recuperación del paciente críticamente enfermo, todo lo anterior sin obviar que este profesional de enfermería debe basar su cuidado en la formación disciplinar con el desarrollo de habilidades, destrezas y el

crecimiento continuo que afiance sus conocimientos para lograr la meta final con cada paciente, como es la recuperación e integración a la sociedad para que sea nuevamente productivo con una historia de vida menos traumática para narrar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANDA OTERO, D. Antonio. La Ética del Cuidado. En: "Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. Málaga España. 2005 -2006.

<http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articulos%20opinion/La%20etica%20del%20cuidado.htm>

DA SILVA, L. Cuidados de Enfermería: El sentido para enfermeras y pacientes. En: Revista de Enfermería. Chile: Universidad de Concepción 2002.

URL: http://www.colegio de enfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf. (Consulta Feb 15/03)

FUREGATO, A. O que a população sabe e espera do enfermeiro. En : Gaucha Enf. s.l. : s.n. 1999. p. 80-90. [En línea]. URL: <http://www.ufrgs.br/eenf/revistagaucha.htm>. (Consulta: Feb 15/03)

HELUY DE CASTRO, Carolina. DE FARIA, Taís Efigênia. CABAÑERO, Rosa Felipe. CASTELLO CABO, Miguel. Humanización de la Atención de Enfermería en el quirófano. En: Index de Enfermería. s.l. : s.n. 2004. p. 44 - 45. URL: http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_18-20.php> (Consultado Junio 5/07)

¹² STEIN BACKES Dirce; SANTOS KOERICH Magda; ALACOQUE LORENZINI Erdmann. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.15

MAROSTI, Carina Aparecida. SPADOTI DANTAS, Aparecida Rosana. Relación entre estresores y características sociodemográficas y clínicas de pacientes internados en una unidad coronaria. En : Rev. Latino Americana de Enfermagem. s.l. : sn. 2006. v.14, n.5.

Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. S.l. : sn. 2002. v. 2, n. 1.

PINTO AFANADOR, Natividad. Indicadores de Cuidado. En Actualización Enfermería. Bogotá: s.n. 2001. v.4, n.1. p. 13 - 19. ISSN: 01235583. [En línea]. URL: [Http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm](http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm). (Consulta: 5 junio/07)

RUBIO RICO, Lourdes. COSI MARSANS, M. MARTÍNEZ MÁRQUEZ, C. MIRÓ BORRÁS, A. SANS RIBA, L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de Cuidados Intensivos. En : Enfermería Intensiva. s.l. : sn. 2006. v.17, n. 4, p. 141 -153. ISBN 1130-2399.

SOLANO RUÍZ, Ma. del Carmen. SILES GONZÁLEZ, José. Las vivencias del paciente coronario en la Unidad de Cuidados Críticos. En Index Enferm. Granada: s.n. 2005. v.14, n.15. http://www.scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&ing=pt&ting=es (consulta 5 junio/07)

STEIN BACKES, Dirce. SANTOS KOERICH, Magda. ALAROQUE LORENZINI, Erdmann. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. S.l.: s.n. 2007. v.15, n.1.

TORRES PÉREZ, L. La pesadilla de no poder dormir: Una realidad para el paciente de cuidado crítico? En: Tempus Vitales, Revista

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: INTERPRETACIÓN DESDE LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES

* Olga Marina Vega Angarita

** Dianne Sofia Gonzalez Escobar

Resumen

El artículo presenta una síntesis de la teoría enfermera del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem. Su descripción plantea un acercamiento a la definición que esta teórica da a los conceptos centrales del metaparadigma: Persona, entorno, salud y enfermería.

Lo contenido es producto de la revisión de referentes bibliográficos y de la literatura de enfermería, del desarrollo de encuentros binacionales de cuidado liderados por el grupo de investigación y asesorías académicas de profesionales familiarizadas con su aplicación en la docencia, investigación y proyección social. Pretende ayudar a estudiantes, docentes y profesionales que inician el estudio y comprensión del marco conceptual del Autocuidado.

Palabras Claves

Autocuidado, teoría, enfermería

Abstract

The article presents a display of the theory of self-care deficit theory propose by Dorothea

Orem. Its description raises an approach to the definition that this theoretics gives to the central concepts of metaparadigma: Person, environment, health and nursing. The content is referring product of the revision of bibliographical and the Literature of nursing, of the development of binational encounter of care led by the group of investigation, and academic consultants familiarized with its application in teaching, investigation and social projection. It tries to help students, educational and professional who initiate the study and understanding of the conceptual frame of the Autocuidado

Key Words

Self-Care, Theory, Nursing.

En la estructura del conocimiento de enfermería el componente de mayor abstracción es el metaparadigma, unidad encapsulante, o marco de referencia, del cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas.¹ Académicas de enfermería consideran que existe suficiente evidencia acumulada que soporta la existencia del paradigma de enfermería. Villalobos al citar a Flaskerud y Halloran (1980), plantea que aunque existen diferencias en las interpretaciones sobre lo que constituye una teoría, la mayoría de las

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

** Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander. Docente Asociado Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Integrante Grupo de investigación de cuidado de enfermería E-Mail: dsgonzal@bari.ufps.edu.co.

¹ VILLALOBOS, María Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Proyecto INNOVAR, Primera Reimpresión 2001. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. P. 77

enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos, personas y eventos que requieren estudio en el área de conocimiento de enfermería. De la misma manera que existe acuerdo sobre los conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional. Estos conceptos son: persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería.²

En la clarificación de los conceptos centrales o nucleares de enfermería, la persona es vista como receptor del cuidado de enfermería. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y se desarrolla la persona, en el que se reconocen componentes sociales, culturales, físicos, espirituales y psicológicos. La salud considerada la meta o finalidad de la acción de enfermería, proceso dinámico y evolutivo. El cuidado de enfermería son las intervenciones de enfermería con el cliente, lo que hace la enfermera para, por y con la persona.³

CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA DE OREM.

Para Orem (1991), la Persona es un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de

autocuidado y el cuidado dependiente⁴. Unidad que posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano⁵. El entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona.⁶ La cultura se considera como el contexto dentro del cual se aprenden los comportamientos de autocuidado. Ve la Salud como un estado y establece “salud es un término que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos”.⁷ Este concepto lo relaciona con la percepción de bienestar que tiene una persona de su condición existencial, caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, experiencias espirituales, la realización ideal del ser y una continua personalización (Rivera, 2006). Enfermería la define como un servicio humano, proceso interpersonal y una tecnología (métodos o técnicas formales) que se presta cuando la persona no puede cuidarse por si misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar. Dichas acciones están orientadas hacia el fortalecimiento de la capacidad de autocuidarse o de realizar el autocuidado terapéutico⁸

² VILLALOBOS, María Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Ibid, P. 77

³ VEGA ANGARITA, Olga Marina, Estructura del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería, En Revista Ciencia y Cuidado, 2006; Volumen 3 Número 3, Enero - Diciembre, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. 57

⁴ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado, En Revista Avances en enfermería, Vol. XXIV No.2 Julio-Diciembre 2006, Universidad Nacional de Colombia, PP91,97

⁵ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, Op.Cite p. 31

⁶ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, Ibid. p. 31

⁷ OREM Dorotea, Enfermería: conceptos de práctica, Editorial Mc Graw Hill, segunda edición, 1980, pp.118-119

⁸ PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Teoría y Enfermería. Un punto de vista sistemático Antología Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 1987, p.21

PRINCIPALES CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dentro de su trayectoria como teorista, D. Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. Particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formulación de su teoría.⁹

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de autocuidado (TDAC) y la teoría de los sistemas de enfermería (TSE).

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”¹⁰. Los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud.

Esta teórica enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está

condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado (Orem, 1993)¹¹.

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.¹²

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos: el de agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado; el agente de autocuidado al dependiente que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él; y el de agente de autocuidado terapéutico, en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería.

Expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece.¹³ Así mismo,

⁹ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, el Pensamiento enfermero, Massón, Barcelona España, 2005, p. 10

¹⁰ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado, En Revista Avances en Enfermería, Vol. XXIV N° 2 Julio-Diciembre 2006, Universidad Nacional de Colombia p. 92

¹¹ DOIS Angelina, PEREZ Claudia, GÓMEZ Carolina, Instrumento de Valoración de Enfermería: Una aplicación del Modelo de Dorotea Orem, En Revista Horizonte de Enfermería, volumen 14, 2003, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

¹² CABRERA Chávez, J; CARVAJAL Navarrete, M; PINEDA Cáceres, L; Ramírez Araneda, K. Medidas de Autocuidado adoptadas por estudiantes que cursan octavo año básico en el 2005 de Escuelas Municipalizadas de la ciudad de Punta Arenas. Biblioteca Lascasas, [2006]; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0136.php>

¹³ LEDDY Susan, PEPPER J. Mae, Bases conceptuales de la enfermería profesional, Organización Panamericana de la Salud, Primera edición, 1992, p. 165

la teoría sustenta que algunos factores condicionan (FCBS) de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado; de particular interés, cita factores relacionados con la edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud.¹⁴

Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los Requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez¹⁵.

Dichos requisitos son categorizados como universales, del desarrollo o de desviaciones de la salud (Tabla 1). Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos: hombres, mujeres y niños (R. Sisca), constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital. Los segundos se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo¹⁶. En este requisito Orem identificó tres grupos; el primer grupo hace referencia a la

provisión de condiciones que promuevan el desarrollo, el segundo grupo son los requisitos orientados al compromiso del crecimiento propio, y el tercer grupo establece los requisitos para la prevención de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.¹⁷

Por último, los requisitos derivados de las desviaciones de la salud son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades.¹⁸

Los requisitos de autocuidado exigen que se tomen medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo, a las que le da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. En opinión textual de Leddy y Pepper (1990), “los requisitos de autocuidado universales y asociados con el desarrollo dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades específicas, conocidas como demandas de autocuidado para la prevención primaria. Los requisitos de autocuidado relacionados con desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándoles el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Las demandas de autocuidado relacionadas con la prevención terciaria tienen que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes”.

¹⁴ GALLEGOS Esther, BAÑUELOS Barrera Patricia, Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes, En Desarrollo Científico de Enfermería, Volumen 9Nº 4, Mayo 2001, México, P. 101

¹⁵ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y Capacidad de agencia de autocuidado, Óp.cite.,p. 95

¹⁶ LÓPEZ Díaz Alba Lucero. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem, En Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2006; (24)2: 90-100 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

¹⁷ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Op. Cite, P. 94

¹⁸ J. RIEHL-Sisca. Modelos Conceptuales de Enfermería. Doyma. Op.cite pp.: 289

Tabla 1. Requisitos de Autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud.
<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. ● Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. ● Proporción de cuidados asociados con la eliminación ● Prevención de peligros. ● Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem,1980;pág.42) 	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en deprivación educacional, desadaptación social, p érdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem,1980;pág.47)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. ●Atención a los resultados del estado patológico. ●Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. ●Atención a los efectos molestos de la terapia médica. ●Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. ●Aprender a vivir con la patología. (Orem,1980;pág.51)

Tomado textualmente de Riehl Sisca, Teoría general de enfermería de Orem, Editorial Doyma p.291 (Tabla 31.2)

La teoría del **déficit de autocuidado** considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con Orem (1979), la intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

De lo anterior surge la teoría de los **Sistemas de enfermería**. Se refiere “a la secuencia de

acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”¹⁹. Según Cavanagh (1993)²⁰, cuando las personas están incapacitadas para proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a problemas de salud se plantea la intervención de enfermería. Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente, son estos: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y la voluntad de la persona,

¹⁹MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligoog Martha, Modelos y teorías en enfermería, Editorial Harcourt Brace , cuarta edición, 1999, p.178

²⁰CAVANAGH, Stephen J., Modelo de Orem, aplicación Practica, Barcelona 1993, Ediciones Masson - Salvat. P. 45

los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería (Tabla 2.), definidos como totalmente compensatorio cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio cuando la enfermera y paciente realizan conjuntamente el cuidado; y el educativo de apoyo cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir los conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado. (Orem, 1991).

El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimiento y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de los objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria y utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.²¹

Tabla 2. Sistemas de enfermería²²

TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	EDUCATIVO DE APOYO
Realiza el autocuidado.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Apoya y protege al paciente.
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar hacer al otro.

Respecto al uso de la Teoría General de Orem, López (2006)⁴⁷ en su estudio plantea que ha sido utilizada en el ámbito institucional y comunitario, principalmente en el cuidado de adultos y ancianos aunque se reporta su aplicación en población adolescente, gestante y puerperas, niños y grupos familiares. La autora citando a Meleis (2005), explica que la prevalencia del trabajo con adultos es un

indicador de desarrollo en la identificación de las necesidades con las que puede trabajar enfermería en ese grupo poblacional y se constituye en una oportunidad de tomar distancia de las consideraciones médicas, especialmente para promover el cuidado en el ámbito institucional.

²¹ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero, Perspectiva Internacional del Uso de la teoría General de Orem. En Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín Volumen XXIV N° 2, septiembre 2006. Universidad de Antioquia. P. 92

²² BENÍTEZ Castelblanco, A; Pérez Cárdenas, D P. Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Biblioteca Lascasas, [2006]; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0092.php>

²³ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero, Perspectiva Internacional del Uso de la teoría General de Orem. En Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín Volumen XXIV N° 2, septiembre 2006. Universidad de Antioquia. P. 94

De igual manera señala que de la Teoría General de Orem, están siendo más aplicadas la Teoría del Autocuidado y la del Déficit de Autocuidado que la de los Sistemas Enfermeros, lo cual se identifica en el énfasis de los estudios en relacionar la agencia de autocuidado, factores condicionantes básicos y agente de cuidado al dependiente. Características que pueden señalar el interés de las enfermeras por comprender y potenciar las capacidades de las personas. Así mismo es posible que el trabajo con diferentes grupos etarios esté mostrando que la visión metaparadigmática de persona planteada por Orem, sea apropiada para la enfermería.²⁴

CONCLUSIONES

La Teoría General de Orem y las tres teorías que la integran, están estructuradas por conceptos, primarios y derivados, definidos y descritos con claridad que permiten identificar los límites de su naturaleza y relaciones en el contexto de la teoría. Los conceptos teóricos y sus relaciones muestran correspondencia con la orientación filosófica expresada en los conceptos del metaparadigma.

La construcción teórica y la claridad de los conceptos permite diversas interpretaciones y la aplicación en diferentes ámbitos de desempeño profesional, grupos poblacionales y situaciones de salud.

La propuesta como modelo conceptual permite al profesional de enfermería ubicar en situaciones de la práctica los elementos del paradigma y los conceptos teóricos aplicándolos al cuidado con una orientación propia desde lo disciplinar y lo profesional, y como parte de un equipo interdisciplinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENÍTEZ Castelblanco, A; Pérez Cárdenas, D P. Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0092.php>

CABRERA Chávez, J; CARVAJAL Navarrete, M; PINEDA Cáceres, L; Ramírez Araneda, K. Medidas de Autocuidado adoptadas por estudiantes que cursan octavo año básico en el [2005] de Escuelas Municipalizadas de la ciudad de Punta Arenas. Biblioteca Lascasas, 2006; 2(2). Disponible <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0136.php>

CAVANAGH, Stephen J., Modelo de Orem. Aplicación Práctica, Barcelona 1993, Ediciones Masson - Salvat. P. 45

DOIS Angelina, PEREZ Claudia, GOMEZ Carolina, Instrumento de Valoración de Enfermería: Una aplicación del Modelo de Dorotea Orem, En Revista Horizonte de Enfermería, volumen 14, 2003, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. PP. 77-85

GALLEGOS Esther, BAÑUELOS Barrera Patricia, Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes, En Desarrollo científico de enfermería, Volumen 9Nº 4, mayo 2001, México, P. 101

GRIFFIT J W Cristine, Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, Guías y Modelos, México. Manual Moderno, 1986, p.6

²⁴ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero, Op. cite P. 96

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

LEDDY Susan, PEPPER J. Mae, Bases conceptuales de la enfermería profesional, Organización Panamericana de la Salud, Primera edición, 1992.

LÓPEZ Díaz Alba Lucero. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem, En Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2006; (24)2: 90-100 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligoog Martha, Modelos y teorías en enfermería, Editorial Harcourt Brace, cuarta edición, 1999, p.178

OREM Dorotea, Enfermería: conceptos de práctica, Editorial Mc Graw Hill, segunda edición, 1980, pp.118-119

OSTIGUIN Melendez, Rosa María, El proceso de atención de enfermería y los modelos de enfermería: Una estrategia para la práctica, En Revista Desarrollo Científico de enfermería, Volumen 9 N° 8 (septiembre) 2002, México, p.240.

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

RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado, en revista avances en enfermería, Vol. XXIV N° 2 Julio-Diciembre 2006, Universidad Nacional de Colombia p. 92

VEGA ANGARITA, Olga Marina , Estructura del Conocimiento Contemporaneo de Enfermería, En Revista Ciencia y Cuidado,

2006; Volumen 3 Número 3, Enero - Diciembre, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. PP. 53-67

VILLALOBOS, María Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Proyecto INNOVAR, Primera Reimpresión 2001. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.

LOS ESTADOS EMOCIONALES EN LOS MOMENTOS DE DUELO Y LA FORMA DE ABORDARLOS

Autor: Ramírez O. Maria M.*

Recibido: Abril 16/2007 Aceptado: Junio 25/2007

Resumen

Los momentos de crisis ante los eventos de pérdida de la salud y de amenaza de muerte en los seres humanos ocasionan en ellos múltiples sentimientos de impotencia, rabia y desesperanza que nos debe llevar a los profesionales de la salud a conocer los procesos que se presentan y las formas de reducir la tensión y aumentar la confianza de acuerdo al resultado final de esta experiencia.

Palabras Claves

Situaciones de pérdida, muerte, sensaciones en el ser humano, afrontamiento.

Summary

The crisis moments before the events of lost of the health and of threat of death in the human beings cause in them multiple feelings of impotence, it rages and it discourages that it should take us to the professionals of the health to know the processes that are presented and the forms of to reduce the tension and to increase the trust according to the final result of this experience

Key-words

Situations of lost, death, sensations in the human being, Confrontation.

-SITUACIONES DE DUELO

En la vida existen situaciones en las que se presentan cambios desfavorables en el estado de salud, independientes de la edad y condición en que las personas se encuentren, y ocasionando en ellas el verse enfrentadas a vivir sentimientos de pérdida en el desempeño de su rol o en procesos extremos de la propia vida.

Enfermería en sus actividades de atención al individuo, familia o comunidad debe afrontar situaciones adversas para el ser humano que le generan sentimientos de desesperanza, angustia, depresión, en las que se hace necesaria una intervención oportuna que busque potenciar las fortalezas del paciente y ayudarlo a salir de la encrucijada que no le permite ver los recursos que puede utilizar para su crecimiento dentro del proceso, bajo el acompañamiento constante del personal de salud que le permita aumentar su confianza.

Los seres humanos, al ver amenazada su integridad por la pérdida de habilidades

* Profesora asociada Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Magíster en Cuidado del Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia. UFPS. Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Enfermería Renal. E-Mail: mmm2000@hotmail.com

para llevar a cabo actividades que antes realizaban, sienten que su valor como personas puede verse afectado por el hecho de no sentirse seres productivos. Esta situación los lleva a sentir pérdida del control de su propia vida que se agudiza por el miedo a la muerte, lo que incrementa su angustia y sensación de aislamiento y a dar una mirada retrospectiva de lo que ha hecho en la vida.

El primer paso en la prevención o reducción de la tensión psíquica consiste en determinar cómo perciben el paciente y su familia la situación desencadenante. Dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la salud psicológica en ese momento, la comprensión de la situación que se está viviendo, las expectativas, la tolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar las situaciones. La percepción inicial suele afectarse profundamente por la experiencia previa de situaciones similares, sean negativas o positivas y por el grado de familiaridad con el ambiente médico hospitalario.

-MEDIDAS A CONSIDERAR

A continuación cinco medidas descritas por: (García 2002)¹ que se pueden poner en práctica en cualquier circunstancia y sirven para reducir la tensión psíquica que la enfermedad produce en la familia.

A. Reconocer, aceptar y animar al paciente y a su familia a expresar sus sentimientos

Si se anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del

porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Tanto la enfermera, como cualquier otro miembro del equipo asistencial, deben estar preparados para aceptar lo que el paciente dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado. El reconocimiento y la aceptación desapasionada de los sentimientos del paciente, le refuerza en su derecho a sentirlos.

La enfermera(o) puede comprender el estado afectivo del paciente por su aspecto, por su conducta y saber qué tipo de preocupaciones es más probable encontrar en el paciente. Una forma de lograr que el paciente exprese sus preocupaciones consiste en que la enfermera(o) enumere las probables inquietudes y permita al paciente sentir cuando reconoce una como propia

B. Informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas.

El dolor, la debilidad, la ansiedad y la confusión transitoria constituyen algunos de los obstáculos que experimentan estos pacientes en su proceso de aprendizaje.

A pesar de estos obstáculos, los pacientes y sus familias necesitan explicaciones repetidas y sencillas de todos los procesos y del propósito de cada intervención, así como una introducción a los planes de rehabilitación y de mantenimiento de la salud. Es posible que al principio los pacientes no comprendan o no crean aquello que se les dice, o que la ansiedad y la negación les impida recordarlo. Es

¹ GARCIA HERNANDEZ, A Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencias y cuidados críticos, citado por Castañeda, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.[online] citado en el 2003. Disponible en: www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001.pag.2-5

probable que haya que repetir y reinterpretar el diagnóstico, el pronóstico, los objetivos del tratamiento, los procedimientos y las expectativas del paciente y su familia.

El paciente y su familia podrán percibir la situación con mayor claridad y hacer planes realistas si se les mantiene informado y al día en cuanto a la evolución del paciente y las modificaciones de los planes asistenciales, además, motiva la cooperación porque los convierte en miembros del equipo sanitario.

C. Estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la asistencia y la toma de decisiones.

Se hace necesario establecer objetivos a corto plazo para el paciente y su familia; las opciones posibles son limitadas. A medida que la situación se estabiliza, aunque no deje de ser crítica, se da más información al paciente y su familia y se les exige mayor responsabilidad en el establecimiento de metas comunes y en la elección de otras posibilidades de conductas. Cuando el paciente y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico del paciente, su estado actual y el pronóstico, se les puede hacer participar en muchos aspectos de la planificación asistencial y son capaces de tomar decisiones coherentes con el tratamiento.

Aún cuando el paciente esté en coma, las visitas de personas claves desde el punto de vista afectivo, que le hablen y toquen, puede tener efectos positivos, aunque difíciles de objetivar, y ayudar a disminuir la sensación de desamparo de los familiares. Los pacientes sin compromiso de su estado mental, pueden participar directamente en el establecimiento de objetivos terapéuticos y en la planificación asistencial. Una forma de aumentar la sensación de control por parte del paciente consiste en motivarlo para que planifique el

programa de actividades diarias. La certeza de que sus preferencias no importantes para el equipo sanitario y de que se le trata como un individuo capaz de tomar ciertas decisiones, mejorará la autoestima y reforzará la sensación protagónica del paciente en cuanto a su recuperación.

D. Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado

Estos individuos necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua. Aunque algunos factores ambientales no se pueden modificar, hay acciones que la enfermera (o) puede llevar a cabo con el fin de crear un ambiente sensorial adecuado.

La situación de tensión emocional puede llegar a su máximo con la muerte del paciente. Las siguientes son algunas indicaciones en caso de tener a su cargo un paciente en fase terminal de la vida.

- Analizar sus propios sentimientos en relación a la muerte.
- Valorar las necesidades del paciente y la familia es preciso escuchar.
- Estar siempre disponible; estar presente tanto física como emocionalmente.
- Ayudar en los requisitos administrativos tales como llamadas telefónicas y obtención de permisos de visita.
- Tranquilizar a la familia, asegurándole que el paciente está bajo vigilancia permanente, aún sabiendo que está indicado no practicar la reanimación. Proporcionar información.
- Respetar la relación individuo-familia que existía mucho antes que la relación paciente-hospital.
- Tratar de no emitir juicios de valor acerca de la familia o asuntos relacionados con el hospital.
- Hacer participar a la familia en la

asistencia.

- Velar por la intimidad del paciente y su familia.
- Dar oportunidad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.
- Actuar con tacto en la asistencia al paciente y a la familia.

- ENFRENTAMIENTO CON LA MUERTE

Según O'CONNOR (2005)² “entre los mecanismos de defensa más conocidos se encuentran la negación, la intelectualización, la simulación, la proyección, el desplazamiento, la fantasía, la represión, la disociación, entre otros. Cada uno de ellos se activa de acuerdo con la estructura de la personalidad que el sujeto posea, y a partir de la fase de la enfermedad en la que se encuentre: todo esto, con respecto del conocimiento que tiene de que en cualquier momento morirá.

Desde esta perspectiva, la etapa de desarrollo evolutivo en la que se encuentre el individuo, cumple un papel fundamental, pues sugiere, en términos existenciales, la identificación de su posición frente a la vida y a su ser en el mundo. Las actitudes individuales hacia nuestra vida y muerte cambian con los años, lo cual a su vez afecta la forma en que una persona manejará la noticia de su muerte.

- Entre los 5 y 7 años de edad los niños desarrollan el conocimiento de que la muerte es un estado irreversible, universal y que todas las funciones de la vida terminan con la muerte

- Los adolescentes tienden a concebir la muerte como algo romántico y involucrarse en su propia fábula, creyendo que pueden tomar cualquier riesgo sin correr ningún peligro.
- Los adultos jóvenes que están a punto de morir se resienten de su inhabilidad de coronar los sueños que se habían empeñado en realizar.
- Generalmente en la edad intermedia cuando muchas personas se dan cuenta perfectamente de que su muerte es inminente empiezan a pensar en cómo lograr que los años que les restan sean los mejores.
- En su vejez muchas personas aceptan el pronóstico de su muerte tranquilamente si han hecho de su vida algo importante.

Elizabeth Kübler-Ross (1969)³ pionera en el estudio de la muerte y la agonía, propone que existen cinco estados que se presentan al finalizar la vida donde se perciben las siguientes emociones:

Negación. Lo primero que se piensa es “oh no, esto no me puede estar sucediendo a mí”. Cuando las personas que rodean al paciente también niegan la realidad, éste no tiene con quién hablar y, como resultado, se siente solo y aislado. Cuando existe alguna esperanza y se le asegura que él no estará solo no importa lo que ocurra, las personas pueden reducir el impacto y la negación inicial más bien rápidamente.

Ira. después de darse cuenta de que están muriendo. Las personas se ponen iracundas. Preguntan: “¿Por qué yo?” se vuelven

² O'CONNOR, Nancy. Déjalos ir con amor. Citado por: Pardo Bayron Dario. Revista electrónica de Psicología Social. Psicodinámica en la intervención del paciente Terminal {en línea}. 9 ed. Lugar de publicación desconocido. s.n. Disponible en Internet: <http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion009/poiesis9.pardo.html>. Junio 2005. ISSN 1692-0945.

³ KÜBLER-ROSS. Elisabeth. On Death and Dying. Citado por: PAPALIA Diane E. y cols. Desarrollo Humano. Editorial McGRAW-HILL. Cuarta edición. 1994. pag. 595, 597

envidiosos con los que están a su alrededor que son jóvenes y sanos. Sienten ira no hacia las personas sino hacia la juventud y la salud que no tienen. Necesitan expresar su rabia para liberarse de ella.

Negociación. El próximo paso puede ser: “Sí, me está ocurriendo a mí, pero. El pero es una tentativa de negociar el tiempo. Las personas pueden rezarle a Dios: “Si tú sólo me permitieras vivir para ver a mi hija graduada...o a mi hijo casado....o nacer a mi nieto...seré una persona mejor... o yo no pediría más...o yo aceptaré mi suerte en la vida”. Estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita. Cuando las personas dejan escapar el pero, son capaces de decir “sí, yo”.

Depresión. En esta etapa, las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida. Al expresar la profundidad de su angustia, pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.

Aceptación. Finalmente, las personas pueden reconocer “Mi tiempo esta muy cercano ahora, y está bien”. No es necesariamente una época feliz, pero la gente que ha trabajado a través de su ansiedad y su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallece con un sentimiento de paz consigo mismo y con el mundo.

- RECURSOS PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA

Los familiares en luto viven su duelo en el

contexto de una realidad social que tiene su propio peso en el proceso de recuperación de la pérdida. Existe una red de sostén social la cual tiene un rol propio según las situaciones y las necesidades de cada uno. Vollman (1971)⁴ ha observado que las familias que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos tienen mayor probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican en cambio un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

La familia también está inserta en un mundo cultural, con sus comportamientos, tradiciones, valores sociales, expectativas, etc., y las distintas culturas afrontan el problema del duelo y de la muerte de maneras diferentes. Mientras existen culturas en las que se alienta y exterioriza la expresión de los sentimientos, en otras se impone una actitud de reserva y anonimato. Resulta evidente que el clima cultural con sus condicionamientos y múltiples facetas influye en la elaboración de la experiencia luctuosa.

La red de sostén social da ayuda a los supervivientes mediante un soporte. En el caso de la dimensión religiosa la iglesia aporta sus ritos y valores. El consuelo y guía, amigos y voluntarios, información y aportaciones específicas para superar momentos críticos suelen venir dados por profesionales tales como enfermeros, médicos, psicólogos, sacerdotes y terapeutas.

Un sistema de apoyo que otorga realmente ayuda a individuos en situación de duelo está representado por los llamados grupos de ayuda (support-groups) formados por personas que

⁴ VOLLMAN .1971. citado por Castañeda, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.[online] citado en el 2003.Disponible en:www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001.pag.6

han sufrido pérdidas y que tienen un encuentro cada cierto tiempo para intercambiar sus experiencias, para darse ánimo y crear una red de mutuo sostén tanto dentro como fuera del grupo.

Los recursos personales que permiten al individuo canalizar sus energías, diversificar el uso del tiempo y del ambiente social se convierten en el camino hacia la curación y la salud. Entre ellos cabe destacar: la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad, la apertura a la amistad, etc.

- REACCIONES CUANDO SE PRESENTA LA PÉRDIDA

Según refiere Hables Gilberto (2007),⁵ educador cristiano y rector del Seminario Reina Valera, se ha encontrado que en las pocas horas o días que siguen al fallecimiento de un pariente cercano o de un amigo, la mayoría de los afectados se siente simplemente aturcidos o confundidos ya que no se llega a creer lo que realmente ha ocurrido. Esta sensación puede tener lugar a pesar de que el fallecimiento hubiera sido esperado. Este entumecimiento o adormecimiento emocional puede ser de ayuda a la hora de afrontar los importantes cometidos que hay que llevar a cabo tras el fallecimiento, tales como el contactar con los demás parientes y la organización del funeral. Sin embargo, esta sensación de irrealidad puede llegar a ser un problema si persiste durante mucho tiempo. El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar esta fase. De forma similar, para algunas personas,

el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la realidad de lo acontecido. El ver el cuerpo del difunto o el atender al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son las únicas formas de que se dispone para decir adiós a aquellos que amamos. Estas actividades pueden parecer tan dolorosas que puede surgir la tentación de no afrontarlas, aunque con frecuencia esto conduce en el futuro a una sensación de profundo disgusto.

Pronto, no obstante, desaparece este aturdimiento que suele ser reemplazado por una intensa sensación de agitación y desasosiego con anhelo de la persona fallecida. El afectado por el duelo alberga en algún modo el deseo de encontrarse con el fallecido aunque sabe que esto es claramente imposible. Esto hace difícil el relajarse o concentrarse en cualquier actividad, así como también resulta difícil el dormir adecuadamente. Los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunas personas pueden sentir que "ven" a su persona amada en cualquier sitio al que van - la calle, el parque, alrededor de la casa- o en cualquier lugar en el que hubieran estado juntos con anterioridad. Los afectados frecuentemente se sienten muy "enfadados" en este momento del duelo, y suelen estarlo con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con sus familiares y amigos quienes no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los ha abandonado.

Otro sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido

⁵ ABELS, Gilberto. El Duelo. [online] Disponible en www.seminarioabierto.com/consejería16.htm [citado en 6 abril del 2007] pág.1,2

evitar la muerte de su ser querido. Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.

Este estado de agitación es generalmente más intenso a las dos semanas del fallecimiento, aunque pronto se sigue de una sensación de tristeza tranquila o depresión, aislamiento y silencio. Estos cambios repentinos de emoción pueden confundir a los amigos o parientes pero son parte del modo normal de superar las diferentes etapas del proceso de duelo.

Según la agitación disminuye, los períodos de depresión se hacen más frecuentes y alcanzan su máxima intensidad a las 4 o 6 semanas del fallecimiento. Los momentos de gran aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerdan a la persona fallecida. A algunas personas les resultan difíciles de comprender o embarazosos los momentos en los que la persona en duelo explota en lágrimas sin razón aparente. En esta etapa puede ser deseable el mantenerse apartado de aquellos que no comprenden totalmente o que no comparten el duelo. Sin embargo, el evitar a los demás puede acumular los problemas para el futuro y generalmente es mejor el intentar reintegrarse a las actividades habituales de cada persona tras aproximadamente un par de semanas. Durante este tiempo, a los demás puede parecerles que la persona en duelo desperdicia gran cantidad de tiempo sentada sin hacer nada. Lo cierto es que la persona en duelo generalmente piensa en esos momentos en el fallecido, recordando una y otra vez tanto los buenos como los malos momentos pasados juntos. Esta es una parte

tranquila aunque esencial del afrontamiento.

Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse. La depresión disminuye y empieza a ser posible pensar en otras cosas e incluso el mirar hacia el futuro. Sin embargo, la sensación de haber perdido parte de uno mismo nunca desaparece del todo. Para los cónyuges en duelo por el fallecimiento de su pareja existen continuos recordatorios de su nueva situación de soledad al ver a otras parejas juntas y a causa del bombardeo continuo de imágenes de familias felices en los medios de comunicación. Tras cierto tiempo, se hace posible el sentirse de nuevo completo, aun cuando haya desaparecido una parte de nosotros. Aún así, años más tarde podemos encontrarnos hablando como si él o ella todavía estuviera aquí.

Las etapas del duelo anteriormente descritas con frecuencia se superponen y se muestran de diferentes formas en diferentes personas. La mayoría de las personas en duelo suele recuperarse en el primer o segundo año tras el fallecimiento. La fase final del proceso de duelo es la desvinculación de la persona fallecida y el comienzo de un nuevo tipo de vida. La depresión desaparece por completo, el sueño mejora y el nivel de energía retorna a la normalidad. El deseo sexual, que puede haber desaparecido por algún tiempo, ahora regresará esto es bastante normal y en absoluto hay que avergonzarse de ello.

La persona en situación de duelo tendrá reacciones diferentes en función de los factores circunstanciales, relacionales, culturales y personales los cuales condicionan sus respuestas ante el hecho luctuoso.

El duelo es calificado no tanto por lo que ha sucedido al difunto sino por lo que le acontece al superviviente. Por ello los profesionales han

de ser conscientes en todo momento de que la familia y amigos no sólo necesitarán apoyo durante el proceso previo a la muerte, si lo hubiese habido, en el que la enfermedad pudo haber sido larga y en ocasiones insoportable. Habiéndose producido probablemente un cambio en la estructura familiar: emocional o económico y que las relaciones y/o problemas que se daban antes del proceso pueden no sólo continuar sino haberse acentuado. La compañía y comprensión suelen ser los mejores aliados para ayudar a la familia y amigos durante el proceso de duelo.

- AFRONTANDO EL DUELO

Castañeda Chang Ana María (2003)⁶. La persona en duelo debe ser capaz de conseguir recordar el objeto o la persona perdida sin un dolor intenso y ser capaz de dirigir la energía emocional dentro de la propia vida y recuperar la capacidad de amar.

Evidentemente para ello la persona necesita:

- Sentirse libre de vínculos emocionales con el difunto.
- Ser capaz de ajustarse al cambio del ambiente.
- Ser capaz de desarrollar nuevas relaciones y renovar las antiguas.
- Sentirse cómodo tanto con los recuerdos positivos como negativos del difunto.

Las reglas que nunca fallan son las de escuchar atentamente en un clima que lo favorezca, en silencio, no forzando con preguntas sino que sirvan en todo caso para clarificar no sólo lo

vivido, sino también los sentimientos que expresa de manera que al reformulárselos a la persona haciendo un resumen de la situación, lo cual la hará sentirse comprendida y servirá para clarificar la situación y las metas a conseguir. Dan no muy buenos resultados actitudes “consoladoras”, de consejo y evaluadoras. Evidentemente el profesional valora qué es lo adecuado para el paciente y qué tipo de comunicación puede ser más eficaz con idea de intentar conseguir que la persona:

- Exprese sentimientos de tristeza, enojo o rabia.
- Comparta pensamientos y sentimientos con sus allegados y/o grupo de referencia. Utilice recursos adecuados.
- Vuelva a asumir actividades habituales, cotidianas, en cuestión no sólo de trabajo sino también de recreo.
- Mantenga relaciones personales constructivas y establezca nuevas relaciones.
- Exprese el sentido de progreso hacia la resolución del duelo.
- Identifique planes alternativos para alcanzar los objetivos que eran importantes antes de la pérdida. (García 2002)⁷

CONCLUSIONES

Las situaciones de pérdida y duelo ocasionan vulnerabilidad llevando al ser humano a responder a este tipo de eventos de diferentes formas de acuerdo a su edad, personalidad, a las circunstancias que esté viviendo y su condición sociocultural.

Para lograr una respuesta positiva se necesita que exista por parte de los profesionales de la

⁶ Castañeda, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.[online]citadoenel2003.Disponibleen:www.psicocentro.com/cgibin/articulo_s.asp?texto=art33001.Pág.9

⁷ GARCIAHERNANDEZ, Op. Cit., p.9 - 10

salud y su red de apoyo un acompañamiento continuo, comprensión de su actuar y sentir.

Es importante mantener informadas a las personas involucradas en el proceso para poder alcanzar un buen desarrollo terapéutico que les permita disminuir su tensión y ansiedad.

Se busca sensibilizar al profesional de salud en la búsqueda de estrategias de acercamiento y expresión de sentimientos que le permitan el establecimiento de relaciones interpersonales asertivas con una gran dosis de calidez humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELS, Gilberto. El Duelo. [online] Disponible en www.seminarioabierto.com/consejeria16.htm [citado en 6 abril del 2007] pág.1,2

BINGER, Charles M. y MALINAK, D. (1991) "Muerte y duelo". En: Goldman, Harold. Psiquiatría general. Editorial el Manual moderno, México.

CASTAÑEDA, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. [online] citado en el 2003. Disponible en: www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001. p.11

CAYADO BUSTOS. Martha Ligia. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte [en línea] [Colombia] disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-74502007000200012...abril/junio2007.rev.colomb.psiquiatria.vol.36no.2 Bogotá. ISSN0034-7450

CHAJUD Silvia, ESTREMERO Judith. Duelo. [en línea] [Buenos Aires].rev. Marzo 2003

disponible en: www.foroaps.org/files/Duelo%20material.pdf

DELANEY LL. Valoración en enfermería: Obtención de datos en la familia. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 65.

JAMES V ML. Calidad del cuidado de enfermería: Necesidades sentidas por las familias de los pacientes expresadas en el post-operatorio tardío de cirugía cardiovascular. Clínica Shaio, Bogotá 1997-1999. En: Memorias, VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2000 Oct 9-12; Bogotá: ACOFAEN; 2001 p. 13.

PAPALIA Diane E. y cols Desarrollo Humano. Editorial McGRAW-HILL. Cuarta edición. 1994. p.683

PARDO Bayron Dario. Revista electrónica de Psicología Social. Psicodinamica en la intervención del paciente Terminal {en línea}. 9 ed. Lugar de publicación desconocido. s.n. Disponible en Internet: <http://www.funlam.edu.co/poesis/Edicion009/poesis9.pardo.html>. Junio 2005. ISSN1692-0945. p.4

VALERO. S. (1998) El manejo psicológico del duelo en situaciones de emergencias y desastres. Guía para el psicólogo emergencista. Lima, Perú.

ENFERMERÍA Y LA SALUD PÚBLICA... RETO O COMPROMISO

Autor

Bautista R. Luz Marina*

Recibido: Abril 10/07 Aceptado: Junio 6/07

Resumen

Un sistema sanitario es un conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios de salud¹. Su existencia favorece la oferta de acciones en los diferentes niveles de atención, específicamente para poblaciones con necesidades básicas insatisfechas. En los sistemas sanitarios la salud pública ha sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando se requiere de más atención y apoyo de los gobiernos en la modernización de la infraestructura necesaria para el desarrollo de su ejercicio.

En este contexto el concepto de Salud Pública, según las funciones específicas que cumple, es el de la acción colectiva tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.² Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias, e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad.

De esta forma los programas en Salud Pública

se constituyen como la herramienta más importante para los sistemas sanitarios, que permite planear y programar acciones según las necesidades de las comunidades.

El presente artículo no pretende visualizar ni proponer una justificación exhaustiva de los programas en salud pública; de manera general se analizarán los sistemas sanitarios y la necesidad de desarrollar programas en salud pública por enfermera (o).

Palabras Claves

Sistemas sanitarios - salud de la población - programas-proyectos

Summary

A sanitary system is a set of organizations and social organisms in charge of the production of services of health. Its existence favors the supply of actions in the different levels from attention, specifically for populations with basic necessities dissatisfaction. In the sanitary systems the public health has been neglected like a social and institutional responsibility, exactly when more attention requires and when more support is needed the governments to modernize the necessary infrastructure for its exercise.

* Enfermera. Decana Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud Universidad Nacional UFPS. Miembro Grupo Investigación Cuidado. E-mail: bautrod@gmail.com

¹ ARCE, F.P. y TEMES MONTES, J.L. Los sistemas Sanitarios. Manual de Gestión Hospitalaria. 2 Edición. McGrawHill- Interamericana. España. 1997. Pag 1

² MUÑOZ, Fernando. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana Salud Publica. 2000 Pág. 126-134

Against this background the concept of public health, according to the specific functions that fulfill, are the one of the collective action of the State as of the civil society as much, directed to protect and to improve the health of the people. It supposes a notion that goes beyond the population or communitarian interventions, and includes the responsibility to assure the access to the attention health and its quality.

Of this form the programs in public health are constituted like the most important tool for the sanitary systems that allow to plan and to program actions according to the necessities of the communities.

The present article does not try to visualize nor to propose an exhaustive justification of the programs in public health; of general way one will analyze the sanitary systems and the necessity that infirmary develops programs in health publishes.

Key Words

Sanitary systems health of the population-
programas-proyectos

LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LA SALUD PÚBLICA

Los sistemas sanitarios son los instrumentos operativos de que se dotan los diferentes países para cumplir con los modelos teóricos diseñados por la autoridad política. Desde la perspectiva de la sociología, Field ha definido el sistema sanitario como el conjunto de mecanismos sociales, cuya función es la transformación de recursos generalizados en

productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha definido más recientemente como “un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.”³

La definición de la OMS es una definición muy amplia, que permite que los sistemas sanitarios lleguen casi a cualquier parte en su misión de conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos y situaciones de la persona, aislada y/o en sociedad. Los sistemas sanitarios se convierten así en uno de los más importantes indicadores para analizar el estado de bienestar de una sociedad y su nivel de desarrollo.

Los sistemas sanitarios son además, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como el político y el educativo⁴. En este sentido todos los responsables de los sistemas sanitarios demandan que el sector político priorice el interés por el sistema de salud correspondiente, dedicándole la mayor cantidad posible de recursos financieros y a la vez, intentando educar a la población para que haga un adecuado uso del mismo con objeto de optimizarlo y de que cumpla la principal misión, que es el mantenimiento y la mejora del nivel sanitario de la población que cubre.

Según la OMS, a cualquier sistema sanitario que pretenda ser óptimo se le deben exigir las siguientes cualidades:

³ MARTÍNEZ NAVARRO, F y colaboradores. Salud Pública. Ed. Mc GRAW-HILL. Madrid 1998. Pag 65

⁴ MARTÍNEZ NAVARRO, F y colaboradores. Salud Pública. Ed. Mc GRAW-HILL. Madrid 1998. Pag 65

1º Universalidad o cobertura total de la población sin ninguna distinción.

2º Atención integral: significa que el sistema sanitario debe atender no sólo a la asistencia sino en conjunto amplio a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

3º Equidad en la distribución de los recursos.

4º Debe ser eficiente, es decir, mejorar la prestación y el nivel de salud al menor costo.

5º Flexibilidad: con el objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades.

6º Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario.

7. Proporcionar la mayor cantidad de confianza y confort.⁵

Por otra parte, los procesos de reforma del sector salud en los últimos 20 años en América Latina y el Caribe introdujeron un conjunto complejo de cambios en las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios que transformarán radicalmente las características de los sistemas sanitarios en todo el mundo, enmarcando como principios rectores la equidad, la eficiencia, la efectividad, la calidad, la sostenibilidad y la participación social entre otros. Así mismo relegó a un plano secundario las funciones

esenciales de Salud Pública, el modelo de atención, la integralidad, la continuidad de cuidados y la organización de redes integradas de servicios.

La Salud Pública como saber científico, tiene poco más de un siglo de existencia, en cambio, como manifestación del instinto de conservación de los pueblos en lo que concierne a su tarea de protegerse contra la enfermedad o adversidad, existe probablemente desde los comienzos de la humanidad.⁶

La Salud Pública en su concepción actual es una combinación de principios, de ciencias y habilidades que tiene como objetivo básico el proteger, promover y restaurar la salud de la población. Se entiende actualmente como una política y una responsabilidad de los gobiernos (conjunto de medidas organizadas, dirigidas a la promoción, protección y restauración de la salud), como una práctica administrativa (conjunto de acciones gubernamentales dirigidas al medio ambiente y a la comunidad) y como una filosofía social (conjunto de medidas sanitarias, socioeconómicas, culturales, educativas, etc.), dirigidas a la mejora de la salud de la comunidad donde confluyen múltiples disciplinas.⁷

Desde este contexto la salud pública permite a todos los profesionales de la salud y especialmente a enfermería, ser partícipe y contribuir a brindar alternativas de solución que den respuesta a las diversas necesidades de las poblaciones.

⁵ Ibid. MARTÍNEZ NAVARRO, F y Colabs. Pag 86

⁶ Ocipt. LAMATA F. Pag 25

⁷ BASOA RIVAS, German. Resumen De La Ponencia Presentada En El VII Congreso Galaico-Luso-Cubano De Salud Pública. Iv Jornadas De La FAASP. Siglo XXI: ¿Nueva Titulación en Salud Pública?. Revista *Apuntes De Salud Pública Vol. II. N° 21-22 - Página 33*

La salud pública según la OMS, debe cumplir los objetivos⁸:

- Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños a la salud.
- Respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.
- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.
- Promoción y fomento de conductas saludables.

Estos objetivos se convierten en directrices fundamentales para orientar a los profesionales de la salud en la presentación de propuestas, dando respuestas acertadas a las necesidades sentidas de las poblaciones en contextos específicos.

En la actualidad, los complejos y acelerados cambios sociales que se presentan, como la internacionalización de la economía, nuevas formas de organización del trabajo, aumento de la esperanza de vida asociado a una mayor morbilidad e incapacidad de la población, flujo continuo de inmigrantes a países desarrollados, incremento de sectores de población marginal, entre otros⁹, hacen cada día más necesaria la existencia de un amplio espectro de profesionales que entiendan la dinámica y exigencia de la población, así como la complejidad médica, legal, económica y social de los problemas de salud pública, para poder hacer frente a las nuevas demandas en salud del siglo XXI.

¿POR QUÉ ENFERMERÍA DEBE DISEÑAR PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA?

La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción.¹⁰ Constituye por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de Gobierno en la búsqueda del bienestar, que es a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

Por otra parte, la salud es un proceso multidimensional y dinámico. Sin embargo, el campo de la salud se ha visto limitado por una tendencia a fragmentar el estudio de sus diversos componentes, reduciendo la capacidad para entender la salud como un punto de encuentro. Afortunadamente ha surgido la Salud Pública como saber, práctica social y una visión, permitiendo estudiar y transformar las complejas realidades de la salud en busca del progreso colectivo en torno al bienestar.

De esta forma la Salud Pública desde la óptica gerencial, debe ser vista como la estrategia que da respuesta organizada a las necesidades o problemas de salud recurrentes de grupos vulnerables, y que fomenta la participación de la comunidad organizada en el cuidado de la salud. Para su implementación requiere el desarrollo de programas o proyectos que sean planificados y ejecutados desde el contexto del proceso administrativo, lo cual permitirá lograr una mayor efectividad que se manifestará en obtener mejores niveles de bienestar de las poblaciones.

⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estudio Delphi y Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública. 1997. PAG 128.

⁹ Ocip. BASOARIVAS, Germán. Pag 42.

¹⁰ 10SEPÚLVEDA J, LÓPEZ CERVANTES M, y FRENK J. Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa. Salud Publica. México. 1994. Pag 70-82.

A menudo cuando se realiza un programa en Salud Pública es por que se ha visto la necesidad de llevarlo a cabo. Su elaboración requiere del conocimiento epidemiológico y social de la problemática, así como del proceso administrativo que permita realizar una propuesta justificada, planeada y programada que garantice la consecución de recursos y su ejecución efectiva.

Los programas o proyectos en Salud Pública se hacen evidentes por la forma como afectan a un individuo, grupo o comunidad. Todo programa o proyecto que se ejecute debe contribuir al logro de objetivos planteados para solucionar una problemática específica claramente identificada, que en algún grado no permite el cumplimiento de la función general del sistema sanitario.

Para enfermería como espacio de conocimientos, de intervención y de transformación, la Salud Pública y específicamente, el diseño de programas que dan soluciones en esta área, constituye un proceso de construcción permanente determinado por los modelos de atención en salud, por las demandas y respuestas sociales a las necesidades por problemas sanitarios. En este sentido enfermería ha contribuido y continuará haciéndolo de manera predominante para lograr el desarrollo de servicios de Salud Pública mejores y más equitativos, dirigidos a los grupos más vulnerables de la población.

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre tendencias para el tercer milenio señalan que los profesionales de enfermería

darán cada vez más, una mayor cobertura de atención de salud en la sociedad a grupos de personas/pacientes económicamente débiles, socialmente marginados, grupos de diferentes culturas, personas con problemas crónicos y terminales.¹¹ Por lo tanto, es necesario que enfermería actúe como líder del cuidado de atención primaria que promueva y mantenga la salud mediante el desarrollo de programas, permitiendo a este profesional desempeñar acciones de educación, gestión y asistencia que fomenten estilos de vida saludables en las poblaciones de mayor riesgo.

CONCLUSIONES

Los programas y proyectos que se desarrollan en el contexto de Salud Pública deben contribuir o solucionar una problemática específica claramente identificada.

La Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, de manera individual o en colectivos.

Los profesionales de enfermería deben enfatizar de manera prioritaria la atención en las comunidades, lo cual contribuirá de manera progresiva a mejorar la calidad de vida de los colectivos con mayores problemáticas de Salud Pública.

La existencia de políticas en salud pública fundamenta el desarrollo de programas y proyectos según los perfiles epidemiológicos de cada región, contribuyendo de esta manera a

¹¹ GUIRRAO. GORIS. J. Una política de salud para el siglo XXI. Boletín Enfermería Comunitaria. OMS. 2000. Pag 11

mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

La enfermería actual desarrolla acciones propias del campo de la salud pública, para aumentar su efectividad el desarrollo de programas y proyectos. En este ámbito debe contar con la participación de un equipo interdisciplinario que los fortalezca.

Los perfiles epidemiológicos de cada región deberían ser la guía que orienta las áreas donde se debe formular programas y proyectos en salud pública, de esta manera se ejecutarían acciones pertinentes a las necesidades reales de las comunidades.

Las instituciones formadoras de talento humano a nivel de educación superior, deben incluir en los programas académicos de enfermería, temáticas de salud pública que proporcionen experiencias y conocimientos en el manejo de problemáticas en esta área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCE, F.P y TEMES MONTES, J.L. Los Sistemas Sanitarios. Manual de Gestión Hospitalaria. 2 Edición. McGraw-Hill-Interamericana. España. 1997.

BASOA RIVAS, Germán. Resumen De La Ponencia Presentada En El VII Congreso Galaico-Luso-Cubano De Salud Pública. Iv Jornadas De La FAASP. Siglo XXI: ¿Nueva titulación en Salud Pública?. Revista Apuntes De Salud Pública Vol. II. N° 21-22

CASTRILLON AGUDELO, María Consuelo. Línea de investigación: La práctica de enfermería en el conflicto social. Revista investigación y educación en enfermería. Volumen XVI. No.1 1998.

GUIRRAO. GORIS. J. Una Política de Salud para el Siglo XXI. Boletín Enfermería Comunitaria. OMS. 2000.

LAMATA F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos. Madrid: 1998.

MARTÍNEZ NAVARRO, F y colaboradores. Salud Pública. Ed. McGRAW-HILL. Madrid 1998.

MUÑOZ, Fernando. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana Salud Pública. 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estudio Delphi y Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública. 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La enfermería de Salud Pública y las Funciones Esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Washington. 2001. Pág. 24.

SANCHEZ MORENO, Antonio, CONCHA German y MAZARRASA Alvear. Salud Pública y enfermería comunitaria. McGraw-Hill. ISBN 84486049903. 3 Volumen. 2 edición. 2003. Pág. 2032.

SEPÚLVEDA J, LÓPEZ CERVANTES M, y FRENK J. Aspectos básicos de la Vigilancia en Salud Pública para los Años Noventa. Salud Pública. México. 1994.

LA AUDITORÍA CONCEPTO ACTUAL O ANTIGUO

Autor

Machucca Albarracín Deysi Astrid *

Recibido: Marzo 15/2007 Aceptado: Mayo 30/2007

Resumen

En la actualidad en Colombia, la auditoría se ha convertido en un término muy utilizado, para referirse al mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios;¹ con el objetivo de mejorar progresivamente la calidad, en la prestación de la atención de salud.

En el presente artículo, se da una mirada a la evolución histórica de la auditoría, su concepto, el marco legal que la sustenta, su aplicación en Colombia y por su puesto en la disciplina de enfermería.

Palabras Claves

Habilitación, Acreditación, Calidad

Summary

At the present time in Colombia, the audit has transformed into a very used term, to refer to the systematic and continuous mechanism of evaluation and improvement of the quality

observed regarding the prospective quality of the attention of health that the users receive; with the objective of improving the quality progressively, in the benefit of the attention of health.

Presently article, a look is given to the historical evolution of the audit, its concept, the legal mark that sustains it, its application in Colombia and for its position in the infirmery discipline.

Key Words

Qualification, Accrediting, Quality

ANTECEDENTES

Aunque en Salud es un término relativamente nuevo, existe la evidencia de que en tiempos remotos la auditoría, se utilizó por los gobernantes para controlar la economía de sus residencias registrando las cuentas; todo esto con el fin de evitar desfalcos. Luego, a medida que se fue desarrollando el comercio se vio la necesidad de aumentar el control sobre la actividad económica de las empresas con el mismo objetivo con el que lo hacían los gobernantes.

La auditoría como profesión fue reconocida por primera vez bajo la Ley Británica de Sociedades Anónimas de 1862 y el reconocimiento general tuvo lugar durante el

* Enfermera. Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud, Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante Grupo Investigación Cuidado. E-mail damachuca@hotmail.com

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogotá 2006

período de mandato de la Ley "Un sistema metódico y normalizado de contabilidad era deseable para una adecuada información y para la prevención del fraude". Desde 1862 hasta 1905, la profesión de la auditoría creció y floreció en Inglaterra, y se introdujo en los Estados Unidos hacia 1900. En Inglaterra se siguió haciendo hincapié en cuanto a la detección del fraude como objetivo primordial de la auditoría.

Al formalizarse la auditoría, a los estudiantes de ésta, se les enseñaba como objetivos primordiales la detección y prevención de fraude y de errores en el manejo financiero de las empresas; posteriormente, el objetivo más importante de la auditoría era el cerciorarse de la condición financiera que atravesaban las empresas y sus respectivas ganancias, dejando en segundo plano la detección y prevención del fraude. Este cambio en el objetivo de la auditoría continuó desarrollándose, no sin oposición, hasta aproximadamente 1940. En este tiempo existía un cierto grado de acuerdo en que el auditor podía y debería no ocuparse primordialmente de la detección de fraude.

Paralelamente al crecimiento de la auditoría independiente en los Estados Unidos, se desarrollaba la auditoría interna y del Gobierno, lo que entró a formar parte del campo de la auditoría. A medida que los auditores independientes advirtieron la importancia de un buen sistema de control interno y su relación con el alcance de las pruebas a efectuar en una auditoría independiente, se mostraron partidarios del crecimiento de los departamentos de auditoría dentro de las organizaciones de los clientes, que se encargarían del desarrollo y mantenimiento de unos buenos procedimientos del control interno, independientemente del departamento de contabilidad general. Progresivamente, las compañías adoptaron la expansión de las

actividades del departamento de auditoría interna hacia áreas que están más allá del alcance de los sistemas contables. En la actualidad, los departamentos de auditoría interna son revisiones de todas las fases de las corporaciones, de las que las operaciones financieras forman parte. La auditoría gubernamental fue oficialmente reconocida en 1921 cuando el Congreso de los Estados Unidos estableció la Oficina General de contabilidad.

Mabel Yolanda Serratto en 2001 realiza una revisión de los principales antecedentes de la auditoría en salud, los cuales se presentan a continuación:

En salud, la auditoría nace con la misma profesión médica, debido a la necesidad de evaluar y mejorar cada vez los procedimientos y técnicas establecidas para dar solución a los problemas de salud del ser humano, se puede decir que la auditoría médica tiene dos orígenes, uno, es el método científico que permitía a los profesionales determinar la calidad de los medicamentos, técnicas y procedimientos realizados y, el modelo de la actividad industrial, como la Gestión de la Calidad Total, o el Mejoramiento Continuo de la Calidad, los cuales permitían mejorar cada vez la administración de las instituciones de salud. Los médicos norteamericanos comenzaron a utilizar estos modelos en los años 1980 y se continúan desarrollando cada vez más.

Por otra parte, se tiene información de reportes sobre calidad desde mediados del siglo XIX, cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en Gran Bretaña.

Existen algunos datos importantes sobre el desarrollo que ha tenido la auditoría en salud a nivel mundial, a saber:

- El primer programa de auditoría Médica fue instaurado por Flexner en 1910, cuando da conocer un informe denominado “Cirugías, verdaderas trampas mortales”.
- En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.
- En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud.
- En la década de los 60, en Argentina, la expansión de Obras Sociales genera la necesidad de controlar la Calidad de la atención médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación.
- En 1965 en España se inicia la acreditación de hospitales.
- En 1974, se realiza el encuentro de Auditoría Médica con la participación de la Escuela de Salud Pública de la UBA (Universidad de Buenos Aires). El centro Latinoamericano de Administración Médica, la sociedad de Argentina de Auditoría Médica, entre otras entidades participantes.
- En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de garantía de la calidad.
- En 1985 se crea la sociedad internacional de garantía de Calidad de la Atención Médica.
- El Instituto de Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a realizar marcos teóricos sobre Calidad en los servicios de salud, según el Documento Garantía de los Servicios de Salud.
- La reforma constitucional de 1991, en sus artículos 209 y 269, estableció el deber de la administración pública, de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia será evaluada por la Contraloría General de la Nación.
- La Ley 87 de 1993, implementa, desarrolla y consolida las auditorías internas en el sector estatal, y su filosofía y enfoque es el de retomar del sector privado la práctica de la auditoría, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial.
- A partir de la promulgación de la ley 100 de 1993 se inició en Colombia un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud donde la auditoría cumple un papel protagónico en la verificación permanente del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el Gobierno Nacional.
- Con el fin de cumplir con el artículo 153 de la ley 100 de 1993, donde se establece la Calidad como fundamento del servicio público y se determina que “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, Instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de

LA AUDITORIA EN COLOMBIA

Colombia no ha sido ajena al desarrollo de la auditoría, los siguientes son algunos acontecimientos que la han impulsado en el país:

vigilancia”²

Ante este panorama, el Gobierno inicia la construcción legislativa hacia un sistema de Garantía de la Calidad, a través de la Resolución 4445 de 1996, por la cual se dictaron normas para el cumplimiento del título IV de la Ley 09 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares y el Decreto reglamentario 2174 de 1996, que organizó en su época el Sistema de Garantía de Calidad y ordenaba la implantación en la entidades de salud del país, en el cual se establecieron instrumentos - los requisitos mínimos esenciales- como definición de las condiciones mínimas para permitir el funcionamiento de un prestador; la acreditación, para buscar mejoramiento de instituciones; la auditoría, para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente de la prestación de servicios; y el sistema de información a usuarios sobre la calidad de la prestación de los servicios, de tal forma que estos pudieran elegir entre las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen y su Red de Prestadores de Servicio.

Es así como dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, la auditoría interna y externa se establecen como partes fundamentales en el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios de salud y las entidades de salud instauraron procesos de auditoría médica teniendo en cuenta las normas que estableciera el Ministerio y la Superintendencia de salud.

Sin embargo las técnicas para realizar dichas auditorías aun no se habían definido, por lo

cual el Ministerio de Protección Social autorizó a los auditores aplicar las técnicas de auditoría de aceptación común y los documentos de trabajo generados durante la auditoría serían parte de informes de calidad, objeto de investigaciones y de acciones de vigilancia y control.

El país, a través del Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud, continuó con la tarea de definir el conjunto de requisitos mínimos que garantizaran la adecuada prestación de servicios de salud con calidad (y que se plasmaron en el decreto 2753 de 1997 y la resolución 4252 de 1997, entre otras).

Posteriormente se realizaron reformas con la Resolución 1439 de 2002, por la cual se adoptaron los formularios de inscripción y novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecieron las condiciones de suficiencia Patrimonial y financiera de prestadores de Servicios de salud y los definidos como tales, sus ajustes 2 y 3 Resolución 486 y 1894, el Decreto 2309 de 2002, la Resolución 1474 de 2002 sobre Acreditación. Todo lo anterior con el único objetivo de garantizar la prestación de servicios a los usuarios con calidad, para lo cual los auditores debían realizar acciones de verificación del cumplimiento de estas condiciones, teniendo en cuenta los principios de fiabilidad y sencillez.

Actualmente las instituciones adscritas al sistema se rigen por el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección social, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en

² CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 100 de 1993, Artículo 153, Fundamentos del servicio público.

la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Se puede observar entonces, la evolución histórica que ha tenido la auditoría desde ser sólo un mecanismo para evitar fraudes dentro de los gobiernos remotos, hasta convertirse en el sector salud en una herramienta indispensable para garantizar la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios.

Es así como en las Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios, todos los días se observan profesionales realizando verificaciones de los diferentes procesos y procedimientos relacionados directa o indirectamente con la atención en salud. Las Instituciones de salud, cuentan con oficinas encargadas de la auditoría, y cada entidad está sujeta a la auditoría de instituciones administradoras. Todo lo anterior con un único objetivo: velar porque la prestación de servicios de salud al individuo, su familia y a la comunidad en general se realice cumpliendo con los estándares de calidad establecidos por la ley.

Es tan importante esta actividad en la actualidad dentro del sistema General de Seguridad Social en Salud que las instituciones de educación superior están ofreciendo programas de educación continuada sobre el tema con el fin de satisfacer la demanda del medio con respecto a esta actividad.

Actualmente el concepto manejado de auditoría se encuentra descrito en el Decreto 1011 de 2006, allí se define la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como: “El mecanismo sistemático continuo de evaluación y mejoramiento de la

calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”.³

En Colombia la auditoría en Salud ha tomado mucha importancia no sólo por ser obligatoria según la legislación existente para la habilitación y posterior acreditación de las entidades de salud, sino por la utilidad que significa para los gerentes de la instituciones, pues, permite la realización de un diagnóstico de las condiciones actuales de la entidad en todos los aspectos de la misma, como son: capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico administrativa⁴. Con lo cual se debe iniciar un proceso de mejoramiento continuo que le permita a la entidad ser competitiva.

En el Decreto 1011 de 2006 el Ministerio de la Protección Social estipula en su título IV todos los elementos importantes de la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud. Aquí se determina la obligatoriedad de los procesos de auditoría para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios), los cuales deben cumplir o estar por encima de las condiciones establecidas.

Además se constituyen niveles de aplicación de la auditoría como son: el autocontrol, donde cada miembro realiza el procedimiento con el fin de ajustarse a los estándares de calidad definidos por la norma; la auditoría interna, que se refiere a la evaluación sistemática realizada por la misma institución en busca de una cultura de autocontrol y la auditoría

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto 1011 de 2006, Santa Fe de Bogotá, 2006, Artículo 2, De las definiciones.

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1043 de 2006, Santa Fe de Bogotá, 2006 Artículo 1º de las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.

externa llevada a cabo por un ente externo con el fin de verificar el cumplimiento de las dos auditorías anteriores. Lo anterior permite deducir que el proceso de auditoría inicia desde cada funcionario que labora en las instituciones y es su responsabilidad individual cumplir con cada una de las normas establecidas por el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de la Protección Social, de la Superintendencia de Salud y las que la misma organización determine.

El Decreto va mas allá y crea los tipos de acciones de auditoría, los cuales son: Preventivas, antes de iniciar la prestación del servicio; Acciones de seguimiento, durante la prestación de los servicios para garantizar su calidad y las acciones coyunturales para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Por otra parte el Decreto también determina cual es el énfasis de la auditoría según el tipo de entidad en el que se realice, ya sean Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Adicionalmente crea los procesos de auditoría que se deben realizar en cada una de las instituciones anteriormente mencionadas. Las EAPB, realizarán la autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud y la evaluación de la Atención al usuario. Las IPS realizarán la auto evaluación del proceso de Atención de Salud y la Atención al usuario.

Así mismo las EAPB deberán realizar acciones de auditoría externa sobre las IPS acerca de los procesos de atención a los usuarios.

Es importante resaltar que el Decreto impone sobre los auditores la responsabilidad de realizar sus acciones teniendo en cuenta que sus decisiones pueden poner en riesgo la vida y la integridad de los pacientes por lo tanto deben tomarlas considerando la salud y la integridad del mismo.

Por otra parte en la disciplina de enfermería, la auditoría también tiene su espacio; pues, ahora el profesional de enfermería puede realizar acciones de auditoría, de dos formas; una, como dice el Decreto ejerciendo autocontrol en todas sus actividades y las del personal a su cargo; y además algunos profesionales se han capacitado con el fin de laborar como auditores, ya sea internos o externos.

Esta nueva área donde el profesional de enfermería puede incursionar está avalada por la Ley 266 de 1996, la cual establece dentro del capítulo 17 dentro de las competencias de enfermería, que una de las competencias de los profesionales de enfermería es: “Ejercer responsabilidades y funciones de asistencias, gestión, administración, investigación, docencia tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como, asesorías, consultorías y otras relacionadas”.⁵ Para lo cual el personal de enfermería debe realizar la capacitación pertinente con el fin de actuar adecuadamente.

⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 266 de 1996, Artículo 17

CONCLUSIONES

Actualmente la auditoría es una herramienta que permite a los gerentes conocer si los procesos, procedimientos y actividades se están realizando de la manera establecida por la legislación colombiana y la entidad de salud.

La auditoría ha evolucionado desde ser utilizada solo para detectar fraudes, hasta llegar a ser una herramienta importante para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios.

En Colombia, la auditoría en salud ha permitido establecer no sólo, cuál es la correlación con los estándares de acreditación o criterio de auditoría y presentar propuestas de ajuste y mejora de procesos, sino que ha permitido reconocer que el usuario es el principal protagonista de la atención que se ofrece.

En Colombia la auditoría en salud se encuentra normalizada y permite a los profesionales que se desempeñan en esta área desarrollar sus acciones de manera estandarizada, generando así decisiones que permiten a las entidades involucradas mejorar la calidad en la prestación de los servicios. Estas acciones junto con otras herramientas establecidas legalmente permitirán que en Colombia los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud disfruten de servicios garantizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA, Gestión y Calidad en Salud, (En Línea) (Marzo de 2007) Disponible en: www.cgh.org.co/calidad/downloads.htm

CONGRESO DE COLOMBIA, Ley 266, enero de 1996. Reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

CONGRESO DE COLOMBIA, Ley 100, Diciembre de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud.

JIMENEZ ARMANDO, Historia de la Auditoria, (En Línea) (Marzo de 2007) Disponible en: www.monografias.com.

MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2174, Noviembre de 1996, Organiza el Sistema de Garantía de Calidad del sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE SALUD, Resolución 1439, Noviembre de 2002, Se adoptan Formularios de Inscripción y de Novedades para el registro especial de prestadores de Servicios de salud, los Manuales de Estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia Patrimonial y Financiera del sistema Único de Habilitación.

MINISTERIO DE SALUD, Informe final de evaluación de oferta de los programas de auditoría y calidad en salud. Junio 2001, p 12 a 14.

MINISTERIO DE SALUD, Resolución 1474, Noviembre de 2002, por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, Historia del control Interno en Colombia, (En línea) (Marzo 2007) Disponible en: www.mincomercio.gov.co/econtent/NewsDetails.asp?ID=4590

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto 1011, Abril de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SERRATO MABEL YOLANDA, Antecedentes Históricos de Auditoría en Salud, (En Línea) (Marzo de 2007) Disponible en: www.Odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_31_AGOSTO_2001.htm_48K.

LA RESILIENCIA: NUEVO ABORDAJE DEL TRAUMA

Autor

Vélez Laguado Patricia*

Recibido: Marzo 16/2007 Aceptado: Mayo 15/2007

Resumen

Este artículo pretende enfatizar en la importancia de la respuesta humana, debido a una tendencia del ser humano a interpretar los hechos de acuerdo a sus creencias y expectativas. Más allá de focalizarse en las debilidades de las personas y concebirlas como víctimas después de una experiencia traumática, existen otras formas de entender al individuo como un sujeto activo y fuerte con capacidad de resistir y rehacerse ante las adversidades.

Palabras Claves

Ser humano, Condiciones o circunstancias adversas, Contexto, Familia, Resiliencia.

Summary

This articulates it seeks to emphasize in the importance of the human answer, due to the human being tendency to interpret the facts according to their beliefs and expectations. But it must center in the weaknesses of people and to conceive them like you kill after a traumatic experience, other forms exist of understanding the individual like an active and strong fellow

with capacity of to resist and to be re-done in the face of the setbacks.

Key Words

Human, Adverse Conditions, Environment, Family, Resilience.

Partiendo del concepto tan estudiado y debatido de salud y definido como " el estado completo de bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia". (O.M.S., 1946), la salud mental está implícita puesto que no se puede tener un estado óptimo de salud y un inadecuado estado mental. Este concepto de salud está ligado a las condiciones de vida, a los avances de la tecnología y la evolución de la cultura, contemplándose como un proceso dinámico, por el cual todas las personas en su ciclo vital atraviesan por diferentes períodos y situaciones en los que el grado de salud varía dentro del proceso salud-enfermedad.

Por lo anterior, la enfermedad es el resultado de la ruptura del equilibrio entre mente, cuerpo y ambiente, ocasionado por la insatisfacción de necesidades ya sea parcial o totalmente¹. Sin embargo desde hace mucho tiempo se ha venido observando la existencia de seres humanos que logran superar condiciones adversas y que inclusive logran transformarlas en una ventaja o estímulo para su desarrollo

* Enfermera. Especialista en Educación Sexual. Docente Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Miembro grupo de Investigación en salud Pública. E-mail: pavelapimo@hotmail.com

¹ Caplan, G.; "Principios de Psiquiatría Preventiva", Paídos, Barcelona, 1985; disponible en Internet: www.monografias.com/trabajos13/resili/resili.shtml.

integral. Seguramente esta capacidad fue la única manera que tuvieron muchos pueblos y personas que pudieron resistir la destrucción y aún así construir algo positivo.

Es así como se inicia el interés por conocer cuales son las condiciones o competencias que desarrollan aquellas personas que ante circunstancias adversas tienen la posibilidad de abrirse a un desarrollo más sano y positivo. Estas son personalidades resilientes.

El término Resiliencia según Serisola (2003)², proviene del latín “resilio” que significa “saltar hacia atrás, rebotar, volver a atrás”, remarca ser tomado de la ciencia física que lo describe como: “la capacidad que tiene un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones”. Sin embargo, fue Werner (1992)³ la primera persona que detectó y relacionó esta definición a una población de 648 niños de la localidad de Hawaii, que le permitió identificar que los niños a pesar de vivir en condiciones de riesgo y no contar con apoyo terapéutico, lograron convertirse en adultos bien integrados a su sociedad. Igualmente Bowly (1992)⁴, se encargó de tomar de la física el término y llevarlo a la psicología, al definirlo, “como un resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, y que no se deja abatir”; y Rutter (1993)⁵ define a la resiliencia como un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que en la población en general se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables.

Otras definiciones de este concepto son las siguientes:

- Combariza (2001) señala que la resiliencia humana es la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún de salir fortalecidos y ser transformados por ellas.
- Masten (2001) también señala que la resiliencia se muestra como una capacidad en espera de ser desarrollada, bajo situaciones cualquiera, sin aguardar a un evento específico, no obstante que son estos los que la hacen visible.
- Domínguez (2001), la describe como una actitud, una filosofía de vida, es otra forma de ver las cosas, la resiliencia vuelve a las personas más conscientes, siendo que ésta no se encuentra ligada a la fortaleza o debilidad, sino a los estímulos que rodean a la persona y el cómo reacciona la misma. Ser resiliente es ser responsable y consciente
- De la Torre (2003) menciona a la resiliencia como: reconocer y acrecentar las propias capacidades para afrontar grandes problemas y conseguir sacar de la vida el mayor partido posible.
- Bonanno (2004) reconoce que la vinculación de la capacidad de resiliencia con los eventos traumáticos y con la pérdida se hizo inherente a partir de este momento.

Es importante diferenciar la resiliencia, vocablo que refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso, de

² Serisola, C. (2003). Resiliencia y programas preventivos. [Online]. 29 párrafos. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/resili/resili.shtml>[02 febrero 2004]

³ Estado del arte en resiliencia. OPS/ Kellogg. Kotliarenko y cols. 1998 Texto completo en <http://www.adolesc.org/pdf/Resil6x9.pdf>

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

otros términos tales como vulnerabilidad (Radke-Yarrow y Sherman, 1990), definido como un fenómeno perceptible en el cual un cierto nivel de estrés, resulta en conductas desadaptativas; recuperación (Bonano, 2004), el cual implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional y dureza o robustez (hardiness) (Kobasa, 1979), considerada como la combinación de rasgos personales que tienen carácter adaptativo y que incluyen el sentido de compromiso, del desafío, y la oportunidad y que se manifestarían en ocasiones difíciles.

El desarrollo de cada persona viene determinado por sus propias características y por las transacciones que se producen entre los distintos sistemas relacionales en los que se encuentra. Las condiciones de protección y los modelos que se necesitan para desarrollarse adecuadamente se encuentran en el entorno familiar y en el ambiente de la cotidianidad. Con frecuencia, las inseguridades y las humillaciones que sufren en sus vidas intensifican los conflictos o tensiones y aceleran la ruptura de los lazos familiares. En estas situaciones, el desarrollo evolutivo no se produce adecuadamente, afectando esto tanto a su competencia como su adaptación social.

Existen para estas situaciones, factores protectores que son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de personas o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de las circunstancias desfavorables.

El fortalecimiento de factores protectores internos como la autoestima, la fe, la confianza

en sí mismo, la responsabilidad, la facilidad para comunicarse y la seguridad entre otros, refuerzan las características de las personas y actúan a través de tres mecanismos diferentes: el modelo compensatorio, en el cual los factores estresantes y los atributos individuales se combinan en la predicción de una consecuencia y el estrés se contrarresta por las cualidades personales; modelo del desafío, el estrés es visto como un estimulador de competencia y el modelo de inmunidad, en donde los factores modulan el impacto del estrés en calidad de adaptación.⁶

Las personas resilientes tienen rasgos comunes que se manifiestan en forma dinámica. Son capaces de hacer una introspección, es decir “preguntarse y responderse honestamente a sí mismo”.

- Presentan una buena capacidad para la resolución de problemas.
- Tienen iniciativa, compromiso y seguridad para convocar a otras personas.
- Son independientes y fijan límites entre ellos y el problema.
- Son capaces de relacionarse, es decir, tienen la habilidad para establecer intimidad con otras personas, equilibrando así la propia necesidad de afecto.
- Tienen humor y la capacidad de encontrar lo cómico en su propia tragedia.
- Tienen creatividad y la utilizan para encontrar un orden y un sentido a la vida.
- Tienen un adecuado nivel de autoestima, basada en un cuidado afectivo de niño por un adulto significativo.
- Son responsables y con compromiso hacia sí mismo y hacia los otros.

⁶ Estado del arte en resiliencia. OPS/ Kellogg, Kotliarenko y cols. 1998. Texto completo en: <http://www.adolesc.org/pdf/Resil6x9.pdf>. Pág. 22

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al., 2001).

El desarrollo Humano es entendido en la resiliencia dentro de un contexto específico y debe considerarse el entorno físico y social, la etapa evolutiva y la cultura del individuo para su comprensión en el proceso.

La resiliencia es dinámica, puede variar en el tiempo y con las circunstancias; no es un estado definible y estable y es el resultado de un equilibrio entre los factores protectores, de riesgo y la personalidad del ser humano. Esto implica tener otra mirada sobre la realidad, hacia lo positivo, rechazando toda idea que signifique apoyar al fuerte y abandonar al débil.

El modelo preventivo de la resiliencia debe estar enfocado a intervenciones que modifiquen o mejoren la respuesta frente a los peligros que predisponen un comportamiento no adaptativo y tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Los programas de prevención deben diseñarse para reforzar los factores protectores y revertir o reducir los factores de riesgo.
- 2) Los programas de prevención deben incluir el desarrollo de habilidades de comunicación e interrelación.
- 3) Deben incluir métodos interactivos y de reflexión más que de información.
- 4) Deben de incluir a los padres como componente importante.

5) Deben de ser a largo plazo durante todo el desarrollo académico y con intervenciones repetidas.

6) Será necesario investigar más a fondo los mecanismos protectores.

7) Es necesario mejorar la atención temprana en primarias y secundarias.

8) Reducir los factores estresantes en el medio ambiente comunitario, familiar y escolar.

9) Mientras más temprano se inicie la prevención, mejor.

CONCLUSIONES

Vivir una experiencia traumática es quizás una de las situaciones que más aporta a la vida de una persona. A pesar del sufrimiento y sentimientos de tristeza y ansiedad, la resiliencia debe darse como un proceso que permita un equilibrio entre el estrés y la habilidad de enfrentarlo, evitando un impacto en la calidad de vida y generando un beneficio y crecimiento personal.

La resiliencia se puede favorecer en nosotros mismos y en especial en la educación de las personas sobre las que tenemos influencia, sobre todo en los niños. Es cierto que hay condiciones personales que tienen mucho que ver con los factores hereditarios pero igualmente la personalidad se educa.

La vida, las circunstancias, el entorno nos educan; por tal razón es importante afirmar que es posible educarse y educar en la resiliencia. Es posible cambiar actitudes en sí mismo y en otras personas.

Definitivamente la capacidad de resiliencia lo que permite es la formación de personas competentes socialmente, con conciencia de identidad para la toma de decisiones, establecimiento de metas y satisfacción de sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, poder y significado, tarea que hará más tolerante la creencia de un futuro mejor.

Henderson Grotberg, "resiliencia descubriendo las propias fortalezas, paidós 2003. Disponible en Internet: www.educadormalista.com/ARTICULOS/Nuevas_tendencias_en_resiliencia.htm.

Psicología Positiva- Resiliencia por: Martin Seligman. Disponible en Internet: <http://www.psicología-positiva.com/resiliencia.html>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPLAN, G.; "Principios de Psiquiatría Preventiva", Paidós, Barcelona, 1985; disponible en Internet: www.monografias.com/trabajos13/resili/resili.shtml.

SERISOLA, C. (2003). Resiliencia y programas preventivos. [Online]. 29 párrafos. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/resili/resili.shtml>[02 febrero 2004]

Estado del Arte en Resiliencia, KOTLIARENCO María Angélica y cols. Disponible en Internet: <http://www.resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia-paginas.pdf>.

Factores que promueven la Resiliencia, disponible en Internet: <http://www.resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia6.pdf>.

La resiliencia: La escuela de la adversidad | Revista | CONSUMER . revista.consumer.es/web/es/20070101/interiormente/-36k
MARTI N. Gloria cols., Enfermería Psicosocial II, Editorial Salvat S.A, España, 1991, capítulo 18, pags. 185, 186.

Resistir y Rehacerse; una conceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. VERA POSECK, Beatriz. Disponible en Internet: <http://www.psicología-positiva.com/resistir.pdf>.

MORRIS G. Charles, Psicología Un Nuevo Enfoque, Editorial Prentice-Hall, 7ª edición, 1992, capítulo 13, pags. 510, 514 y 526.

Nuevas tendencias en resiliencia: Edith

BARRERA

DEL DESEMPEÑO LABORAL

Autor

Álvarez Ramírez María del Rosario*

Recibido: Marzo 9/2007 Aceptado: Mayo 31/2007

Resumen

El estrés es un hecho complejo en la vida de toda persona con efectos distintos en cada quien, que no puede ser evitada ya que en todos los momentos de la vida se está en riesgo de presentarlo ante cualquier situación, o una actividad laboral o familiar, que puede llegar a generar cualquier cambio que represente estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos; ascender en el trabajo trae consigo el estrés del nuevo status, de nuevas responsabilidades.

Dentro de los trastornos clínicos vinculados al estrés hay alteraciones como: trastornos del sueño, úlceras, dolores de cabeza, aceleración del ritmo cardíaco y otros trastornos como los cardiovasculares: palpitaciones, hipertensión arterial, trastornos digestivos, dolores, ardores, vómitos, náuseas, diarrea o estreñimiento y trastornos cutáneos: donde se presenta transpiración de manos y pies y problemas alérgicos.

En el estrés se pueden llegar a presentar dos tipos de estrés: el positivo y el negativo. Los cuales presentan unas características muy particulares, como en el estrés negativo: una

persona se encuentra ante un número creciente de demandas que le plantean dificultad o constituyen una amenaza, se debe mirar el modo de afrontarlas. En el Estrés positivo se presenta cuando la percepción de capacidad de demanda es mucho más amplia que las verdaderas demandas.

Un aspecto fundamental ante la presencia de estrés es la práctica necesaria de un deporte o la realización de actividades recreativas.

Palabras Claves

Estrés, estrés laboral, trabajo, estrés positivo, estrés negativo.

Summary

The stress is a habitual fact in the life of every person and complex, with different effects in every person. That cannot be avoided since in all moments of the life one is at the risk of presenting it before any situation or a labour or familiar (family) activity that us who can manage to generate any change to which we should adapt represents stress. The negative events, hurt(damage), disease or death of a dear being, they become stressful, as well as the positive events; To ascend in the work brings with it(him) the stress of the new status, of new responsibilities.

Inside the Clinical disorders linked to the stress there are alterations as(like): Disorders of the dream, sores, headaches, acceleration of the

* Enfermera. Especialista en Educación Sexual. Docente Ocasional Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante Grupo Investigación Salud Pública. Email chary_65_@hotmail.com

cardiac pace and other disorder like the Cardiovascular ones: throbs, Arterial Hypertension digestive Disorders, pains, ardors, vomits, nauseas, diarrhea or constipation and Coetaneous Disorders: where one presents perspiration of hands and feet and allergic problems.

In the stress two types of stress can manage to appear the positive and the negative. Which present a few very particular characteristics as (like) in the negative Stress: When we think before an increasing number of demands (lawsuits) that they us raise difficulty or constitute us a threat, it is necessary to to look at the way of confronting In the positive Stress he (she) appears when the perception of capacity of demand (lawsuit) is much more wide than the real demands (lawsuits).

A fundamental aspect that before the presence of stress is necessary to practice a sport or to realize recreative activities.

Key Words

Stress, job stress, work, positive stress, negative stress.

El trabajo es una de las actividades en la vida de todo ser humano que ofrece múltiples beneficios, tales como la interacción con otras personas, la ejecución de tareas diversas y la oportunidad de dar a conocer las capacidades de cada uno. Sin embargo, cuando éste carece de un adecuado manejo, o alrededor del mismo se crean ambientes perturbadores, puede generar un grado de tensión alto y producir “estrés laboral”.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en 1995, se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral, entre los factores desencadenantes de distintos problemas de salud, deterioro de las relaciones interpersonales, ausentismo y disminución de la productividad, se encuentra el estrés.

El estrés laboral, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la “reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”²

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más graves que en la actualidad a nivel mundial, afecta a cualquier individuo de cualquier nivel cultural, y no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés.

El estrés es un hecho habitual en la vida de todo individuo, no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que se deba adaptar representa estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos; ascender en el trabajo trae consigo el estrés del nuevo status, de nuevas responsabilidades.

Las experiencias estresoras provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el cuerpo y los

² Estrés Laboral año 2.004 Disponible en Internet http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm. Pág. 2

pensamientos. El entorno se refiere a las condiciones ambientales, como por ejemplo ruidos, aglomeraciones, demandas de adaptación, etc. Las fisiológicas se refieren al organismo: enfermedad, accidentes, trastornos, etc. Las amenazas exteriores producen en el cuerpo unos cambios estresantes. Así como la forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros, vienen determinadas por una aptitud innata de lucha o huida, cuando los estímulos que llegan, son interpretados como amenazantes.

Según un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999) el 28% de los trabajadores europeos padece estrés:

- El 20% padece burnout (desgaste profesional).
- Más de la mitad de los 147 millones de trabajadores afirman que trabajan a altas velocidades y con plazos ajustados.
- Más de un tercio no puede ejercer ninguna influencia en la ordenación de sus tareas.
- Más de un cuarto no puede decidir sobre su ritmo de trabajo.
- Un 45% afirma realizar tareas monótonas.
- Para un 44% no hay posibilidad de rotación.
- Una estimación moderada de los costos que

origina el estrés relacionado con el trabajo apunta a unos 20.000 millones de euros anuales.³

Este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables como: las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada al cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer los procesos mentales. Las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan, y como la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco, las extremidades y sobre todo las manos y los pies, se perciben fríos y sudorosos.

Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y consideración de la amenaza, se entra en un estado de estrés crónico. Cuando el individuo se percibe estresado y añade aun más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar ocasionando desgaste físico, crisis de llanto, y potencialmente depresión.

- TRASTORNOS CLÍNICOS VINCULADOS AL ESTRÉS

Dentro de los trastornos clínicos vinculados al estrés están las alteraciones como: trastornos del sueño, úlceras, dolores de cabeza, aceleración del ritmo cardíaco y otros como: Psíquicos, digestivos, cardiovasculares que se van presentando de forma progresiva.⁴

Trastornos psíquicos: ansiedad, tristeza, cansancio, fatiga, no habituales que aparecen

³ ROVIRA Blanca Psicóloga Empresarial "RECURSOS HUMANOS" Pág. 4 Disponible en Internet http://www.microsoft.com/spain/empresas/rhh/estres_laboral.msp

⁴ CACERES JAIMES Silvia Liliana, JAIMES GAMBOA Carolina ESTRÉS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ERASMO MEOZ año 1.994 Pág. 21 - 22

desde el momento de levantarse como: falta de entusiasmo, irritabilidad, impaciencia e indiferencia.

Trastorno Cardiovasculares están: palpitaciones, dolores torácicos, Hipertensión Arterial, Trastornos digestivos, dolores e impresión de nudo en el estomago sin horario especial, ardores, vómitos, nauseas, diarrea o estreñimiento.

Trastornos Cutáneos: Transpiración de manos y pies y problemas alérgicos.

Trastornos sexuales: Pérdida o descenso de la libido.

TIPOS DE ESTRÉS

Existen dos tipos de estrés: el positivo y el negativo.

El estrés negativo: Es cuando cualquier persona se encuentra ante un número creciente de demandas o percepción de demandas que plantean dificultad, constituyen una amenaza, se debe mirar el modo de afrontarlas. Si se responde con un “no puedo” entonces la balanza del estrés se inclinará hacia el lado negativo.

Existen situaciones en la vida, tales como tener mucho trabajo en poco tiempo o bien realizar actividades de las que no se tienen conocimientos suficientes para realizarlas; ser ascendido en el trabajo a un puesto en el que no se encaja; el deber muchas facturas y no tener el dinero suficiente para pagarlas por su poca remuneración. Todos estos son situaciones en las cuales muestran indicios claros por los que se provoca el estrés negativo.

El estrés negativo también se da cuando no existen actividades estimulantes que inciten al individuo, es decir cuando este se encuentra aburrido o frustrado. Está situación se da principalmente en los jubilados y personas mal

remuneradas o cuando se realizan labores por personas no capacitadas.

Síntomas del estrés negativo: Dentro de los síntomas del estrés negativo se presentan dos: los síntomas físicos y los mentales.

Dentro de los síntomas físicos se presenta:

- Atención a los latidos del corazón, palpitaciones.
- Sensación de ahogo, de tener un nudo en la garganta, respiración poco profunda y rápida.
- Tener la boca seca, el estómago revuelto, indigestión, nauseas.
- Diarrea, estreñimiento, flatulencia.
- Tensión muscular, preferentemente en las mandíbulas, rechinar de dientes.
- Puños cerrados, espalda encorvada, dolor y molestias musculares, calambres.
- Inquietud, hiperactividad, comerse las uñas, tamborilear con los dedos, dar golpecitos con los dedos, temblor en las manos.
- Cansancio, fatiga, actitud letárgica, sentirse exhausto, mareos, dificultad para conciliar el sueño, mareos y dolores de cabeza.
- Sudoración, especialmente en las palmas de las manos, sofocos.
- Manos y pies fríos.
- Frecuente deseo de orinar.
- Comer demasiado, perder el apetito,

aumenta el consumo de cigarrillos en los fumadores.

□ Mayor ingestión de alcohol, pérdida de interés en el sexo⁵.

Dentro de los síntomas Mentales se presenta:

□ Angustia, preocupación, tristeza, lágrimas, desilusión, sentimientos de desamparo y desesperanza, histerismo, introversión, ansiedad y depresión.

□ Impaciencia, irritación, enfado, hostilidad y agresividad.

□ Frustración, aburrimiento, reacciones inapropiadas, culpabilidad, dejadez, inseguridad, vulnerabilidad.

□ Pérdida de interés frente la apariencia externa, por la salud, por las dietas y por el sexo.

□ Conducta polifásica, precipitación.

□ Incapacidad de terminar una tarea antes de comenzar otra nueva.

□ Dificultad para pensar con claridad, para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, falta de creatividad.

□ Cometer fallas por falta de: concentración y atención teniendo como resultados accidentes.

□ Tener mucho que hacer y no saber por donde comenzar, con lo cual se termina por no hacer nada.

□ **Hiper-crítico, inflexible, comportamiento no razonable, baja eficacia y falta de productividad.**

El estrés positivo:

Se experimenta el estrés positivo cuando la percepción de capacidad de demanda es mucho más amplia que las verdaderas demandas. Aunque la balanza se encuentra inclinada, ésta inclinación es muy positiva. En este sentido, se puede contemplar como una extensión de la zona normal dentro de la balanza del estrés.

El estrés aquí da lugar a una sensación de confianza, de control y de ser capaz de abordar y llevar a buen término unas tareas, unos retos y unas demandas concretas. Es la cantidad de estrés necesario que produce el estado de alerta que es necesario para obtener un rendimiento físico y mental que permite ser productivos y creativos.

Para alcanzar el equilibrio se debe replantear la percepción e interacción con el medio ambiente en el que se vive ya que esto es lo que determina el modo en que se contrastan las demandas con las capacidades de enfrentamiento a las mismas.

Síntomas del estrés positivo

La ausencia de síntomas de estrés negativo indica que no se sufre de los defectos nocivos del estrés. Los signos de estrés positivo muestran cómo se sienten las personas en el momento en que están disfrutando de los aspectos positivos del estrés. En este caso una persona se verá ante los demás del siguiente modo descrito a continuación:

⁵ Síntomas del estrés laboral, Disponible en Internet: <http://www.elergonomista.com/sintomasestres.htm>

- Eufórica, estimulada, emocionada, divertida.
- Amable, comprensiva, sociable, amistosa, cariñosa, feliz.
- Tranquila, controlada y confiada.
- Creativa, efectiva y eficiente.
- Con un razonamiento claro y racional, decidida.
- Ocupada, vivaz, productiva, alegre y siempre sonriente.

- EVITE EL ESTRÉS Y APROVECHE EL TIEMPO LIBRE.

- Haga un adecuado uso de su tiempo libre (nunca diga que no tiene tiempo libre)
- Tome y disfrute plenamente sus vacaciones laborales.
- Planee, no improvise. Priorice sus actividades.
- Todo tiene un método, utilícelo.
- Poco a poco corrija sus deficiencias.
- Utilice más su imaginación y creatividad para hacer más agradable la estadía por donde usted pasa.
- Para cada cosa hay un momento y un lugar, disfrútelos ambos.
- No postergue las decisiones que requieren inmediatez.
- Disfrute las pequeñas y las grandes

cosas que la vida le ofrece con la misma intensidad.

- No consuma licor ni cigarrillo.
- Promueva la unión familiar a través del diálogo y actividades culturales y recreativas.
- Maneje las situaciones y evite que ellas lo manejen.
- Mire y comprenda a su interlocutor.
- Practique un deporte y realice actividades recreativas.
- Lea un libro diferente a los del trabajo.
- Cultive un arte sin el deseo de ser artista.
- Transmita sus conocimientos, experiencias y realizaciones a través del diálogo.
- Duerma mínimo 7 horas diarias.
- Coma de forma adecuada y balanceada.
- Mire y admire la naturaleza.
- Siempre busque cambiar la rutina y la monotonía que le acompaña en la oficina; realizando lo que más le gusta.
- Organice su tiempo de tal manera que pueda aprovechar al máximo su tiempo libre.
- Asista a programas de capacitación que le permitan cambiar de ambiente.⁶

⁶ ISS Protección Laboral Administradora de Riesgos Profesionales DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON ACCIDENTES DE TRABAJO 1ª Ed. 1.998 Pág. 80-81.

Con los anteriores parámetros, si se aplican, se disminuye la angustia y ansiedad que genera la cotidianidad, donde la persona se acostumbra a realizar determinadas actividades y éstas se vuelven repetitivas, desencadenando en ella el estrés laboral.

Toda persona debe repartir el tiempo para que se den espacios para el desarrollo personal e individual, en el cual se ejecutan actividades que van a aumentar los sentimientos positivos, dando como resultado unas mejores relaciones intrapersonales e interpersonales.

- RECOMENDACIONES PARA PREVENIR Y MANEJAR EL ESTRÉS

- Piense en sus éxitos; concéntrese cada día en sus logros y progresos.
- No centre sus pensamientos en errores y fracasos; si estos sucedieron analice dónde estuvo la falla y propóngase superarla.
- Repítase durante el día pensamientos positivos y veraces.
- No se detenga en pensamientos pesimistas, no hable negativamente.
- Felicítase por todas las pequeñas y grandes acciones diarias que usted hace correctamente.
- No pase la vida haciéndose reproches. No se auto-compadezca ni guarde sentimientos hostiles, temores ni resentimientos.
- Piense y analice las diferentes

alternativas para resolver problemas y luego seleccione y ponga en práctica la alternativa que usted considere más beneficiosa.

- No trate de resolver los problemas siempre usted solo; pregunte, consulte; no intente resolver un problema sin antes haber analizado todas sus posibles causas.
- Exprese a su familia, amistades y compañeros de trabajo su cariño y gratitud; sea amable, felicítelos, hágales saber que son importantes para usted.
- No reduzca sus contactos con los demás a las exigencias, reproches y sin sabores. No critique.⁷

Para prevenir y manejar el estrés es recomendable tener una asertiva comunicación con todas las personas con que interactúa diariamente, a nivel laboral, familiar y social en todas las esferas en donde se desenvuelve, valorarse por todas sus actuaciones y valorar a todas las personas por lo que son en especial a su familia, respetar a las personas y pensar que tiene muchas características positivas como persona.

Cómo combatir el estrés:

Cuando el estrés lo amenace, solicite ayuda. Generalmente la persona afectada es la última en saberlo y puede enfrentarse al estrés cuando ya haya causado daños al organismo.

Algunos aspectos importantes para combatir el estrés:

- Compartir con alguien cualquier situación estresante. Si lo asaltan en la

⁷ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA "SALUD LABORAL" Disponible en Internet: http://www.humanas.unal.edu.co/asa/salud_laboral.htm

calle no se guarde este sentimiento de miedo, cuénteselo a un pariente o amigo.

- Resuelva los problemas en el momento en que se le presenten, no permita que se le acumulen.
- Mantenga una nutrición adecuada, pues el organismo debe estar preparado para el gasto adicional de energía que genera una situación de estrés.
- Haga ejercicio físico, esto le permitirá deshacerse de sustancias tóxicas que se acumulan en el organismo y además, le fortalece el sistema circulatorio y el músculo del corazón.
- Es importante organizar su vida, tener metas y administrar el tiempo libre adecuadamente.⁴⁹

CONCLUSIONES

El estrés laboral es una situación que vive gran parte de la población adulta en su contexto laboral, social y familiar; diariamente el individuo se enfrenta a situaciones imprevistas que en ocasiones son difíciles de afrontar si la persona no está preparada para intervenir; también se observa que no es exclusivo de adultos ya que en cualquier etapa del ciclo vital la persona lo puede desencadenar.

Es una enfermedad de mucha actualidad ya que la mayoría de trabajadores de cualquier

estrato social y en cualquier momento de la vida la presenta, ocasionándole a las empresas pérdidas incalculables debido al poco rendimiento del trabajador a las ausencias por incapacidades, y en algunas personas disminución en el rendimiento productivo de las tareas o actividades a desempeñar; sería adecuado que al interior de las empresas, colegios, universidades, instituciones de salud entre otras, se plantearan y desarrollaran algunas estrategias para prevenir en los trabajadores procesos patológicos como resultante de esta enfermedad, como son: la ansiedad y la depresión, enfermedades que en la actualidad están de moda, son desarrolladas por la mayoría de la población tanto adulta como joven, ocasionadas por el ritmo de vida acelerado e industrializado que obliga a que la persona debe mostrarse competente.

A nivel psicológico pueden sobrevenir alteraciones mentales irreparables, en las que el individuo presenta limitaciones a nivel cognitivo, siendo necesario aislarlo de sus actividades laborales cotidianas, por presentar peligro para el, sus compañeros y la empresa; al interior de ésta sería recomendable desarrollar actividades de tipo recreativo y lúdico, donde el trabajador tenga oportunidad de participar junto con su familia, ofreciéndole el espacio y los medios adecuados e implementarlas como actividades complementarias de las jornadas laborales, para tener la oportunidad de sacar sentimientos negativos que le están afectando la salud mental a nivel de emociones y sentimientos generadoras del estrés laboral en la persona.

⁴⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. El Estrés una enfermedad común. San José, Costa Rica: CCSS. Departamento de Relaciones públicas. Sección Producción Audiovisual, 1999. Disponible en Internet: <http://www.binass.sa.cr/poblacion/estres.htm>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Health Education Disponible en Internet
http://www.e-health.edu.co/doctor_chat/doctor_chat_estres2.php.

Pagina Web “Rincón del Vago” Disponible en Internet: http://html.rincondelvago.com/estres_3.html PAG. DE LA 4 ALA 7

ROVIRA Blanca Psicóloga Empresarial “RECURSOS HUMANOS” Pág. 4 Disponible en Internet http://www.microsoft.com/spain/empresas/rrhh/estres_laboral.msp x.

ISS Protección Laboral Administradora de Riesgos Profesionales DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON ACCIDENTES DE TRABAJO 1ª Ed. 1.998 Pág. 80-81.

ESTRÉS LABORAL AÑO 2.004 Disponible en Internet: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm. pág. 2.

CAMPOS D. María Antonieta, Universidad del Salvador. 18 Abril del 2.006 Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos34/causas-estres-laboral/causas-estres-laboral.shtml#defin>.

Caja Costarricense de Seguro Social. El Estrés una enfermedad común. San José, Costa Rica: CCSS. Departamento de Relaciones públicas. Sección Producción Audiovisual, 1999. Disponible en Internet: <http://www.binasssa.cr/poblacion/estres.htm>. Síntomas del estrés laboral. Disponible en Internet: <http://www.elergonomista.com/sintomasestres.htm>

CACERES J. Silvia Liliana, JAIMES G. Carolina ESTRÉS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ERASMO MEOZ año 1.994 Pág. 2122.

ROSEMARIE M. BOWLER, PHD, MPH Y JAMES E. CONE, MD, MPH “LOS SECRETOS DE LA MEDICINA DEL TRABAJO” MC GRAW HILL INTERAMERICANA año 2.001 Pág. 306.

BETANCOURT GOMEZ Fabiola SALUD OCUPACIONAL ENFOQUE HUMANISTA Mac Graw Hill año 2.001 Pág. 60

CORREA V. John Jairo, SANIN B. Alejandro” SALUD AMBIENTAL INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES CANCERIGENOS EN LA INDUSTRIA” ISS 1ª Edición, Diciembre de 1.996.

Concepción del Maltrato Infantil y los Patrones de Crianza

... "los golpes y las palabras
Me duelen de verdad,
Le pido a Dios
Misericordia y piedad..."
La Historia de Sarah**

Autor

Caicedo Fonseca Ruht E.*

Recibido: Marzo 5/2007 Aceptado: Mayo 18/2007

Resumen

Existen situaciones y comportamientos de la persona, familia y colectivos, que por diferentes circunstancias pueden propiciar la Violencia Intrafamiliar conllevando al Maltrato Infantil. El que se presenten estos factores predispone a la aparición del maltrato, pero esto no significa que necesariamente el resultado de tales comportamientos desemboque en violencia contra los miembros del núcleo familiar, pero si es seguro que esas personas son más vulnerables al problema. Cuando la persona traduce el castigo físico como práctica educativa, la primera consecuencia es la asociación del amor con la violencia. El niño aprende que aquel que más le ama es también aquel que le pega y que tiene derecho a hacerlo, paradójica negativa para el futuro de ese niño/a que lleva una visión generalizada para sus próximas relaciones como la de esposo/a, o padres, o hijo/a.

Para evitar llegar a lo anterior se deben usar las costumbres benéficas que se transmiten de generación en generación como parte del patrón cultural, que tienen que ver como los

padres, crían, cuidan y educan a sus hijos, dependen de lo aprendido, de lo vivido y la influencia cultural que se ejerce en cada una de las generaciones, llamadas pautas o Patrones de Crianza, que en conjunto se convierten en una garantía para los más vulnerables: los niños/as.

Palabras Claves

Maltrato Infantil, Derechos del niño.

Summary

Situations and behaviors of the person, family exist and groups that by different circumstances can cause the Violence Intrafamiliar entailing to I mistreat Infantile. The one that appears these factors has to the appearance I mistreat, but this does not mean that necessarily the result of such behaviors ends at violence against the members of the familiar nucleus, but if he is safe that those people are more vulnerable to the problem. When the person translates the physical punishment like educative practice, the first consequence is the association of the love with the violence. The boy and the girl learns that it loves to him more is also that that beats to him and that it must right to do it, paradoxical

** LA HISTORIA DE SARAH, menor de tres años, fallecida a causa de Maltrato Infantil ocasionado por su padre alcohólico.

* Enfermera. Diplomados en: Síndromes Coronarios Agudos y Complicaciones Eléctricas, Docencia y Didáctica, Medicina en Urgencias, Atención Integral del Niño Grave en Urgencias y Cuidado Intensivo Pediátrico y en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Docente Ocasional Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Integrante Grupo Investigación Salud Pública. E-mail: ruthcaicedo04@hotmail.com

refusal for the future of that children that take a vision generalized for its next relations like the one of husband , or parents, or children and daughters. In order to avoid to arrive at the previous thing the beneficial customs are due to use which they are transmitted of generation in generation like part of patron cultural, which they have to do like the parents, raise, take care of and educate their children, depend on the learned thing, lived and the cultural influence that is exerted in each one of the generations, calls guidelines or Patterns of, which altogether it becomes a guarantee for most vulnerable: Children.

Key Words

Imistreat Infantile, Right of the boy.

Abordar el tema del Maltrato Infantil, en esta época no es nada fácil, día a día se vislumbran casos de diferente índole, en los que de una u otra manera los niños/as son la presa de aquellos adultos que no saben resolver pacíficamente sus conflictos, dando lugar y corriendo el riesgo de que estos pequeños de hoy, el día de mañana repitan ese comportamiento.

Sin embargo para detectarlo, prevenirlo y atenderlo de manera efectiva se debe tener un común entendimiento del fenómeno y sus causas, en ese sentido, se encuentra un sinnúmero de conceptualizaciones dados por los diferentes organismos que están combatiendo a este flagelo; en el caso de el PAF¹ (Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia), lo define como “Toda forma de prejuicio o abuso físico o psicológico,

descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el acoso y abuso sexual, las torturas, los tratos o pena crueles, inhumanos o degradantes de los que ha sido objeto el niño o adolescentes por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona que tenga o no relación con el menor de edad”. Dicha definición surge de lo acordado en una sociedad como prácticas aceptables o inaceptables de crianza y educación a los hijos.

Es de resaltar que la conceptualización se hace difícil por los diferentes enfoques que se dan al fenómeno:² enfoque médico, si se considera problema médico y/o psiquiátrico que necesita ser diagnosticado y tratado. Si el enfoque es jurídico legal, se considera como un comportamiento criminal que necesita ser definido en términos legales y perseguido, en el enfoque social se considera un problema que necesita ser analizado como fenómeno social, en el enfoque además deben ser establecidas medidas de protección para los niños/as y las familias. Cuando se considera un problema de comportamiento, se trata con el enfoque psicológico y es necesario intervenir terapéuticamente. Como un problema de falta de educación se plantea que debe ser atendido a través del enfoque educativo de capacitación a los padres y a la comunidad en general. Y cuando se trata de un problema de la violación de los derechos se maneja con un enfoque ético.

Pero éste flagelo que se lleva por delante a los más vulnerables, los niños/as, coexiste con muchos otros problemas del colectivo social, en donde se incluyen las entidades mentales

¹ Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia. Situación en 1966 y perspectivas para 1998 y 2000, en Bogotá, Julio de 1966.

² Política HAZ PAZ, Violencia Intrafamiliar. Modulo #1. Compendio Normativo y Diccionario de Violencia Intrafamiliar. Bogotá 2000. Página 19,20.

patológicas, violencia intrafamiliar, pobreza, abuso de sustancias psicoactivas, reclutamiento en el conflicto armado por grupos al margen de la ley, entre otros.

La ENDS del 2005³ (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), reporta el maltrato a los niños/as, “castigo” por parte del esposo o compañero; es la reprimenda verbal en un 75%; sin embargo el 41% mencionan los golpes y el 22 % palmadas. Las madres son las más castigadoras que sus esposos o compañeros, el 47% dijo que “castiga” a sus hijos con golpes y el 34% con palmadas; se encuentra que las mujeres mayores de 25 años son las que más golpean a sus hijos, de igual manera se unen a éste grupo las de unión libre, las que estuvieron anteriormente unidas, las residentes en el área rural, en las regiones pacífica y central, y las que no tienen educación y de nivel más bajo. Cabe anotar que en los Departamentos donde las mujeres golpean más a sus hijos son: Chocó, Caquetá, Guaviare, Cauca y Norte de Santander.

Básicamente la Violencia Intrafamiliar es una situación de abuso de poder o maltrato físico o psíquico, de un miembro de la familia sobre otro.⁴ Puede tener diferentes formas de manifestación; a través de golpes e incidentes graves, como también de insultos, manejo económico, amenazas, chantaje, control de actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibición de trabajar fuera de la casa, abandono físico o afectivo, humillaciones, o no respetar las opiniones de las otras personas.

La clasificación de la Violencia Intrafamiliar se enuncia de la siguiente manera:

1. **Maltrato Físico:** Son actos que atentan o agraden el cuerpo de la otra persona tales, como empujones, bofetadas, golpes con el puño, golpes con el pie, etc.
2. **Maltrato Psicológico:** Se manifiesta a través de actitudes que tienen por objeto causar temor o intimidación en la otra persona, con el fin de poder controlar su conducta, sentimientos y actitudes, usualmente se manifiesta en descalificaciones, insultos y controles.
3. **Maltrato o Abuso Sexual:** Imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona, como puede ser la exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad.
4. **Maltrato Económico:** Consiste en no cubrir las necesidades básicas de la persona o personas a su cargo, y ejercer control a través de los recursos económicos.
5. **Gestación y maltrato:** Aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, ya que la atención prenatal es determinante. También sumado a esto es importante considerar el amplio espectro de las madres a las cuales se les administra, sin

³ OJEDA Gabriel y colaboradores. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Capítulo 13: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS. Profamilia. Impresión: Printex Impresores Ltda. Segunda edición Junio de 2006. Bogotá/ Colombia. Página 313, 337, 339.

⁴ POLITICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR., haz paz. Tomo # 1: Compendio normativo y diccionario versión interdisciplinaria. (Diccionario de violencia intrafamiliar). Impreso en Colombia. Julio de 2001/legis s.a. Impresión digital. Páginas 25.

precaución suficiente, drogas teratogénicas y aquellas que aún a sabiendas de su gestación ingieren drogas altamente tóxicas para sí mismas y para sus futuros bebés.

6. Síndrome del bebé zarandeado(a):

Tipo de maltrato en el que se sacude fuertemente a los bebés, pudiendo ocasionar graves lesiones y en algunas veces llevar hasta la muerte. Este síndrome se presenta por que un adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente por que éste no cesa de llorar o está muy inquieto(a). En general lo que puede ocasionar es: daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte.

7. Negligencia: Deprivación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niños/as (alimentación, educación, salud, cuidado, afecto, entre otros). Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad; o permanente, por ejemplo el abandono de un niño/a con discapacidad⁵.

Anteriormente se mencionaba la coexistencia de problemas colectivos para que se presente éste flagelo: **El Maltrato Infantil**. Los factores de riesgo, así como los factores protectores y los recursos preventivos en cada uno de los sistemas familiares determinarán la probabilidad, extensión y severidad de los malos tratos.

Es así como se plantea entonces el ordenamiento de los factores que contribuyen a la etiología⁶ del Maltrato Infantil:

□ **Desarrollo ortogenético;** representado por la Herencia o historia personal que los padres que maltratan a sus hijos, traen consigo a la situación familiar, la cual puede predisponer al maltrato o a la negligencia.

□ **El microsistema:** que representa el contexto inmediato dónde tiene lugar el maltrato o el abuso es decir la Familia.

□ **El ecosistema:** representa las estructuras sociales, tanto formales como informales; el mundo del trabajo, la distribución de bienes y servicios, todos aquellos factores o situaciones que rodean y afectan el sistema inmediato en el que se encuentra la persona y por tanto influyen, delimitan o incluso determinan lo que ocurre.

□ **El macrosistema⁷:** representa los valores culturales y sistemas de creencias que permiten y fomentan el maltrato y la violencia intrafamiliar a través de influencias que se ejercen en tres niveles: *el individuo, la familia y la comunidad*.

Las siguientes condiciones tanto de la vida de los padres como de los niños/as, se consideran **factores de riesgo;**

Historia de los padres en la que se manifiesta deprivación psicoafectiva y / o maltrato, abuso, abandono, aunque no es un determinante, puede ser un riesgo.

Percepción negativa del niño/a. Siempre que el pequeño no cumple las expectativas del

⁵ GUÍA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y DERIVACIÓN IASS- ADCARA. Definición de maltrato y sus diferentes manifestaciones. <http://portal.aragon.es/iass/Menores/DocsPDF/DefinicionMaltrato.pdf>.

⁶ POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR., haz paz. Tomo #6: **Patrones de crianza y Maltrato Infantil (modulo, Maltrato Infantil)**. Impreso en Colombia. Julio de 2001/legis s.a. Impresión digital. Páginas 3 a 7.

⁷ Ibid. Pagina 3

adulto, (sexo, características físicas o mentales) está en riesgo de recibir malos tratos.

Crisis familiares: Toda familia que atraviesa por crisis familiares ya sea de tipo económico, conyugal o de pareja, establece relaciones difíciles con las personas más débiles: las mujeres, los niños/as y los ancianos.

El aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo. Las situaciones de crisis y conflictos generan incomunicación no sólo con la familia extensa, sino que también pierden la capacidad de buscar ayuda para resolver sus problemas, tanto personales, como de pareja o de relaciones con los hijos.

El consumo de alcohol o drogas genera situaciones de violencia que terminan siendo descargadas sobre los más débiles, puesto que el enfermo pierde su control emocional y sus inhibiciones.

Familias en las cuales la violencia corporal y física es aceptada e incuestionada como práctica cultural y considerada como la forma normal de las interacciones y de la resolución de los conflictos y desacuerdos.

Enfermedades o deterioro, tanto de la salud Física como mental, de alguno de los padres o cuidadores, entran en ésta categoría: maestros, niñeras o cuidadores y abuelos.

Padres adolescentes, en donde la paternidad o maternidad prematura y la no deseada, puede tener como consecuencia el rechazo hacia el bebé. La falta de información, la incapacidad para afrontar las responsabilidades que conlleva un hijo, pueden llevar al abandono o a

la negligencia. En ocasiones las madres solteras muestran incapacidad para establecer vínculos afectivos con el hijo/a, particularmente cuando son muy jóvenes y el hijo/a no ha sido deseado.

Algunos adultos, padres o cuidadores, tiene incapacidad para detectar y atender las necesidades de los niños/as y no son capaces de comprender las limitaciones de sus capacidades, las condiciones de las etapas de desarrollo, por lo cual establecen con ellos relaciones de poder y no de afecto. Es de vital importancia para operadores y funcionarios de los diferentes actores que atienden familia e infancia tener conocimiento del desarrollo y de las características de los niños/as y jóvenes.

Estrés estructural⁸: malas condiciones de la violencia (hacinamiento), desempleo, aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.

Continuando con la conceptualización de los factores asociados al Maltrato Infantil aparecen los **factores protectores o de compensación**, ya que la conducta parental está determinada por el equilibrio relativo entre los factores protectores (disminuyen la probabilidad) y los factores de riesgo (incrementan la posibilidad) que experimenta una familia. Es necesario destacar estos factores protectores tanto familiar como personal, porque pueden señalar los cambios que se deben proveer para **apoyar** a los padres.

Clasificación de los factores protectores o de compensación⁹:

A **nivel ontogénico:** o personales, también

⁸ Ibíd. Pagina 5.

⁹ Ibíd. Pagina 6.

denominados de **resiliencia*** *Mavis E. Y Blechman E.* Comentan que los juncos son flexibles, persistentes para volver, de manera elástica a sus posiciones y activos para recuperarse de las tempestades, al igual que las personas que parecen recuperarse con éxito de las adversidades sociales y emocionales que les depara la vida. Estas competencias pueden promoverse desde la primera infancia, con un enfoque de potenciarlas. Uno de estos factores es la competencia social y emocional que aparece en los niños/as para desenvolverse en sus contextos interpersonales y que juega un papel fundamental en la prevención de la violencia y la crueldad y de muchas prácticas de riesgo como fumar, beber alcohol, conducir a alta velocidad, tener relaciones sexuales sin protección, etc.

La autonomía e independencia, la aceptación de responsabilidad y la autoestima. Otros son la presencia de padre no maltratador cuya vinculación afectiva les ha permitido ser conscientes de la necesidad de cambios en los patrones de crianza, que tienen por eso un buen nivel de autoestima y de reconocimiento de sí mismos. Personas con apertura al cambio de las relaciones, conscientes de los valores del otro y respetuosos de los derechos de los demás porque han aprendido y vivido este respeto y han construido la capacidad de empatía y escucha, personas con habilidades emocionales, que pueden favorecerlas en otros.

A nivel del microsistema: Familias estables, con valores centrados en el respeto del otro y capaces de manifestar sus sentimientos y de escuchar y aceptar a los otros. Padres dignos de crédito y confianza, capaces de motivar el

aprendizaje, la autonomía y el cambio, con habilidad para negociar las diferencias y los desacuerdos y de promover prácticas de comportamientos saludables y comportamientos responsables de autocuidado.

Una afiliación religiosa o espiritual, experiencias escolares positivas, buenas relaciones con los iguales, así como intervenciones terapéuticas oportunas, pueden ser de apoyo.

A nivel del microsistema: Prosperidad o estabilidad económica que permitan la sobrevivencia del grupo familiar, satisfacción en el trabajo, valores y normas culturales opuestas a la violencia y la promoción del sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los niños/as.

Los Patrones de Crianza: son usos o costumbres que se transmiten de generación en generación como parte del acervo cultural, que tienen que ver como los padres crían, cuidan y educan a sus hijos, dependen de lo aprendido, de lo vivido y la influencia cultural que se ejerce en cada una de las generaciones.

Estas pautas o formas de Crianza deben estar acorde con toda la legislación que se promulgue, pues de lo contrario se estaría educando para un “No estado” y no para la sociedad concebida, que en conjunto se convierte en una garantía para todas las personas.

A nivel del ordenamiento jurídico aunque no hay normas estipuladas expresamente que

* **RESILIENCIA**, o facultad de recuperación designa la capacidad de una persona para hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas. Probablemente la Resiliencia en cuanto a realidad humana es tan antigua como la propia humanidad. En fin de cuentas ha sido la forma de supervivencia par los pobres y oprimidos. Implica una capacidad de resistencia y una facultad de construcción positiva.

regulen las pautas de crianza, sí se encuentran algunos apartes de la legislación Nacional e Internacional, que tienen cierta relación con el tema.

Marco legal a nivel Nacional

□ **Corte Constitucional, Sentencia T-474 del 25 de Septiembre de 1966. M.P. Dr. Fabio Morón Díaz.** El derecho de la vida del menor prevalece sobre su derecho a adoptar y practicar una determinada religión.

□ **Ley 294 de 1966.** Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la C.P., y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la Violencia Intrafamiliar, reformada por la Ley 575 de 2000.

□ **Código del Menor. Noviembre de 1989 S/ Decreto N° 2737.** Se definen los derechos fundamentales de los niños y niñas, se determinan los principios que rigen las normas para su protección, las situaciones irregulares, difíciles o de peligro en las que pueda encontrarse para protegerlos.

□ **Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 5° y el 42:** Definen a la familia como institución básica y núcleo fundamental de la sociedad. Dentro de ella los menores deben crecer en medio de un ambiente propicio que les garantice un desarrollo integral por los aspectos físico, moral, mental, emocional, educativo y de salud, para que, formados con arreglo a su dignidad, sean elementos valiosos para la familia y la sociedad”.

□ **Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 44.** Relacionado con la metodología o procedimientos que utilizan los padres para la formación de sus hijos, respecto de los cuales no se justifican los medios violentos. Y los derechos fundamentales de los niños.

□ **Corte Constitucional, Sentencia T-440 del 2 de Julio de 1992. M.P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.** Relacionado con la prohibición de los castigos físicos a los educandos.

□ **Corte Constitucional, Sentencia T-402 de 1992. M.P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.** El derecho al libre desarrollo de la personalidad del niño y su afectación por el castigo y el maltrato físico.

□ **Sentencia N° C-371 del 25 de Agosto de 1994. Corte Constitucional. Sala Plena. Norma acusada: Art.262 Parcial del Código Civil, tal como queda redactado por la reforma que introdujo el Art. 21 del Decreto 2820 de 1074.** “El derecho fundamental de los niños a su protección contra toda forma de violencia física o moral y el derecho y el deber de sus padres de sancionarlos moderadamente.-Responsabilidad de los padres en la educación de los hijos. -El uso de la fuerza bruta para sancionar a un niño constituye grave atentado contra su dignidad, ataque a su integridad corporal y daño, muchas veces irremediable, a su estabilidad emocional y afectiva. -El padre de familia obra contrariamente al derecho cuando movido por la iracundia aplica un castigo desproporcionado, anulando la racionalidad de la corrección. Para que la sanción cumpla los objetivos que se propone, debe ser justa, proporcional y oportuna.”

□ **Sentencia N° T-116 del 16 de Marzo de 1995. Corte Constitucional. M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo.** En esta reposan: Deberes de los padres: “prioritarios y de ineludible cumplimiento, estos no se agotan en la obtención de los recursos económicos indispensables para garantizar a sus miembros elementos materiales como la vivienda digna, la manutención, el vestuario y la educación contratada con establecimientos públicos o

privados, sino que entre aquellos se destacan como esenciales a su función los relacionados con la formación moral e intelectual de los hijos, desde las primeras edades” -Facultad sancionatoria de los padres/castigo a los niños; “Cuando se trata de establecer la metodología o los procedimientos que utilizan los padres para la formación de sus hijos, respecto de los cuales no se justifican los medios violentos, aparece como algo indubitable que la violencia de los padres no amparada siquiera en la mínima explicación del quehacer educativo y dirigida de modo indiscriminado contra quienes conforman el hogar, teniendo por únicas causas la irascibilidad y la sinrazón, es del todo ilegítima y representa, además la violación de los derechos humanos fundamentales de los niños(artículo 44 C.P.), hecho punible que debe ser sancionado como lo dispone la normatividad”.

□ **Corte Constitucional, Sentencia SU-641 5 de Noviembre De 1998. M.P. Dr. Carlos Gaviria Díaz.** Uso de arete y cabello largo. Principio del libre desarrollo de la personalidad.

□ **Corte Constitucional, Sentencia T-207 del 14 de Mayo de 1998. M.P. Dr. Fabio Morón Díaz y Sentencia T-658 del 3 de Septiembre de 1999. M.P. Dr. Carlos Gaviria Díaz.** Libertad de corte de cabello.

□ **Sentencia T-412 del 8 de Julio de 1999. M.P. Dr. Antonio Barrera Carbonell.** Embarazo de alumna: exposición del cuerpo

□ **Código Civil. Artículo 315 Modificado D.2820/74, art.45.** “la emancipación judicial se efectúa, por decreto del juez, cuando los padres que ejerzan la patria potestad incurran en alguna de las siguientes causales: maltrato habitual del hijo, por abandono, por depravación que los incapacite, por haber sido condenado a pena privativa de la

libertad por más de un año.”

Marco legal a nivel internacional

□ **Declaración Universal de los Derechos Humanos, Diciembre 10 de 1948: Artículo 2 Num. 2** “Los estados partes tomaran todas las medidas apropiadas para asegurar que el niño sea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, de sus tutores, de sus familiares.” Artículo 3° “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Artículo 5 “Los estados partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres, o, en su caso, de los miembros de la familia o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención”. Artículo 25 numeral 2 “La maternidad y la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales”.

□ **Declaración de los Derechos del Niño, del 20 de Noviembre de 1959. Principio VI** “El niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión, siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres, y en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material...” Principio IX “El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación”.

□ **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 19 de Diciembre de 1966. Artículo 7** “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos

o degradantes”. Artículo 24 numeral 1 “Todo niño tiene derecho sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.”

□ Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 10° “Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia a favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna, por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social.” Artículo 11, numeral 1° “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vivienda y vestidos adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia...” Artículo 12, Numeral 1° “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de Salud Física y Mental”. Artículo 13 “Reconocen el derecho de toda persona a la educación...”

□ Convención Americana sobre Derechos Humanos. Artículo 5° “Derecho a la integridad personal” Artículo 19 “Derechos del niño: todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.”

□ Convención Internacional sobre los Derechos del Niño del 20 de Noviembre de 1989 adoptada por la Asamblea General de las

Naciones Unidas, ratificada en Colombia mediante Ley 12 de Enero 22 de 1991. Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión,...

Maneras de decir **TE QUIERO**¹¹, por parte de los miembros de la familia. Las llaves para la óptima funcionalidad familiar:

- Diga, “Confío en ti.”
- Mire a los ojos cuando hable.
- Diga, “por favor con sus peticiones”.
- Diga, “gracias”.
- Hable amablemente con sus hijos.
- Aclame orgullosamente a su hijo.
- Discipline en privado.
- Haga que “No” sea realmente No.
- Haga que “SI” sea realmente Sí.
- Separe tiempo libre.
- Pregunte: ¿Cómo puedo ayudarte?
- Ofrezca y respete la privacidad.
- De la bienvenida a los amigos de sus hijos.
- Diga: “Estoy orgulloso de ti”.
- Diga: “Lo siento”, y pida disculpas
- cuando esté equivocado.
- Esté en casa cuando ellos estén en casa.
- Crean reglas juntos.
- Establezca límites y consecuencias claramente.
- Reconozca los sentimientos.
- Pida ideas y sugerencias.
- Celebre el éxito.
- Ría cuando esté feliz.
- Explique por que está molesto.
- Use una voz Suave.
- Abraze frecuentemente.
- Haga que “Te Amo” sea la última
- palabra dicha cada noche.

Cuadernos del Bice. Oficina Internacional Católica de la Infancia. 1996

¹¹ MORELLI NAVIA Luis Miguel y Colaboradores. Separata Periódico La Opinión Salud Mental “Con el Corazón en la Boca”. El

- Diga: “¡Buenos días!” alegremente cada mañana.
- Pare de hacer lo que esta haciendo y escuche.
- Deséele un “buen día” a su(s) hijo(s) cuando salga a estudiar.
- Mantenga sus promesas.

CONCLUSIONES

- Los padres deben resolver pacíficamente los conflictos dentro de su hogar y utilizar adecuadamente los patrones de crianza, fomentando los valores del respeto, del reconocimiento y la tolerancia, por medio de la reflexión respecto de situaciones vividas, y no caer en causarle daño al cuerpo y al alma de ese ser indefenso y vulnerable: El niño/a.

- Los niños/as deben conocer sus derechos, es decir hacer cosas que nadie les puede prohibir, obtenidos por el hecho de ser personas, por haber nacido, bajo la garantía del Estado por medio de la normatividad legal. De cada una de las personas que conforman la sociedad depende el que se le de el cumplimiento respectivo en pro del infante.

- Los padres no deben olvidar lo valiosa que es la comunicación con sus hijos/as, pero más valiosa aún es la comunicación a través de los sentimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Código del Menor. Noviembre de 1989.
- Código Civil. Artículo 315 Modificado D.2820/74.
- Constitución Política de Colombia 1991.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- Convención Internacional sobre los Derechos

del Niño del 20 de Noviembre de 1989 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, ratificada en Colombia mediante Ley 12 de Enero 22 de 1991.

- Cuadernos del Bice. Oficina Internacional Católica de la Infancia. 1996.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Diciembre 10 de 1948:

- Declaración de los Derechos del Niño, del 20 de Noviembre de 1959

- Ley 294 de 1966.

- MEJIA DE CAMARGO, Sonia. Manual para la detección de casos de Maltrato a la niñez. Save the Children Colombia 1994.

- MORELLI NAVIA Luís Miguel y Colaboradores. Separata periódico la Opinión. Salud MENTAL”Con el Corazón en la Boca”.El Maltrato Infantil. Febrero de 2007.San José de Cúcuta.

- OJEDA Gabriel y colaboradores. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.Capítulo 13: Violencia contra las mujeres y los niños. Profamilia. Impresión: Printex Impresores Ltda. Segunda edición Junio de 2006.Bogotá/ Colombia. Página 13,337, 339

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 19 de Diciembre de 1966.

- Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 10°

- Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia. Situación en 1966 y perspectivas para 1998 y 2000, en Bogotá, Julio de 1966.

- Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar., haz paz. Violencia Intrafamiliar. Tomo #1: Normativo y Diccionario de Violencia Intrafamiliar. Bogotá 2000.Página 19,20 y Tomo # 6: Patrones de crianza y Maltrato Infantil, Impreso en Colombia. Julio de 2001/legis s.a. Impresión digital. Páginas 3 a 7, 25

PARTICIPACIÓN GRUPOS DE INVESTIGACIÓN



II ENCUENTRO BINACIONAL DE SALUD PÚBLICA: ESTILOS DE VIDA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Interesados en ampliar el conocimiento de los factores de estilos de vida, relacionados con el incremento de la enfermedad y muerte especialmente por enfermedades crónicas, el Grupo de Investigación en Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander, GIPS, realizó el 8 y 9 de junio, el II CONGRESO BINACIONAL DE SALUD PÚBLICA, con el apoyo de las directivas institucionales, los Departamentos Académicos de la Facultad, la Organización Panamericana de la Salud OPS, el Instituto Departamental de Salud del Norte de Santander y la Corporación Regional de Salud del Estado Táchira.

El evento contó con la participación de reconocidos profesionales, responsables del diseño e implementación de políticas públicas, afines a esta temática en Colombia y Venezuela, quienes abordaron la influencia del entorno social, cultural, político, económico y físico en la definición del estado de salud de las personas. Dentro del marco del evento cabe destacar la participación de los doctores

Rubén Darío Gómez de la Universidad de Antioquia, Saúl Franco A. de la Universidad Nacional de Colombia, Julián Herrera de la Universidad del Valle, Rodrigo Restrepo G de la OPS, Ricardo Beltrán Pineda, Manuel E. Moros, Rocío Cárdenas y Jorge William Correa por Colombia; y, los doctores Eucaris Cisneros, Glenda Cárdenas, Hayden Regalado y Jesús Martínez de La República Bolivariana de Venezuela.

El objetivo del evento fue Promover la implementación a nivel individual y colectivo de estrategias de promoción y prevención para disminuir los daños a la salud física y mental, dirigido a estudiantes y profesionales de Colombia y Venezuela, que se llevó a cabo a partir de las 4 de la tarde en el auditorio Eustorgio Colmenares de la UFPS.

Se contó con la participación de profesionales y estudiantes de Venezuela y Colombia, igualmente se asignaron cupos a las instituciones con las que contamos con convenios de Relación Docencia Servicio y a las personas del Instituto Departamental de Salud.

I ENCUESTRO INTERNACIONAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El pasado 30 y 31 de agosto tuvo lugar en el Gran Salón del Hotel Arizona el I ENCUESTRO INTERNACIONAL Y V BINACIONAL DEL CUIDADO, organizado por el Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, con el propósito de fortalecer el intercambio de experiencias de cuidado y de la socialización de trabajos de investigación relacionados con el tema en los diferentes escenarios del ejercicio profesional: asistencia, docencia, gestión e investigación.

Con el lema “Retos y oportunidades” fueron presentadas 14 ponencias impartidas por expertos magíster y doctores en enfermería procedentes de Estados Unidos, Chile y Venezuela. Por Colombia se contó con la participación del presidente de la Asociación Colombiana de programas de Enfermería (ACOFAEN), y docentes de la Pontificia Universidad Javeriana, Universidad del Valle, Universidad de los Llanos, Universidad del Bosque y docentes miembros del Grupo de Investigación.

Algunos de los temas que se abordaron durante el I Encuentro Internacional fueron:

- Cuidado en enfermería: Los desafíos.
- Cuidado, Autonomía profesional en la práctica, educación, e investigación en enfermería.
- El valor del cuidado desde la perspectiva de la cultura.

- El cuidado transpersonal en el proceso de interacción del docente estudiante de enfermería.
- Creación de unidad para la gerencia del cuidado de enfermería.

En la conferencia inaugural la PhD Beatrice Goodwin, Profesora del College of Nursing, Universidad de Nueva Cork, destacó que el cuidado profesional no solamente requiere un espíritu o acercamiento a seres humanos, sino también y al mismo tiempo demanda un gran cuerpo de conocimiento. Históricamente, enfermería ha sido influida por valores y compasión, por el bienestar y salud de las personas enfermas. Las contribuciones y conocimientos derivados desde las ciencias naturales han llegado a ser una fuerza importante. Un ejemplo es el interés actual en la práctica basada en evidencia.

Como balance del I Encuentro Internacional además de la calidad de las ponencias, trayectoria académica de los conferencistas y de la nutrida participación de asistentes e invitados, se destacó el establecimiento de vínculos con redes de investigación que desarrollen la línea de saber y práctica del cuidado, resultados por los que se prevé el desarrollo de futuros encuentros.



Participantes evento Cuidado 2007



**PhD. Eliana Horta,
Profesora Clínica del College of Nursing,
Universidad de Nueva York. Estados Unidos**



**PhD. Daniel Gonzalo Eslava,
Profesor Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana,
presidente de la Asociación Colombiana de Facultades
y Programas de Enfermería (ACOFAEN)**

NORMAS DE PUBLICACIÓN

REVISTA CIENCIA Y CUIDADO

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

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

La extensión máxima del artículo será de 10 páginas, teniendo en cuenta las normas de Vancouver para publicaciones y las normas internacionales que incluyen las palabras claves en español e inglés así como un resumen y el summary que facilite la inclusión de los artículos en las bases de datos nacionales e internacionales.

Para claridad de los autores se precisa lo siguiente:

- Tablas y figuras: Se deben colocar indicando el título que debe contener que es, cuando y donde, siempre deben incluir fuente de donde se obtuvieron, y deben ser

explicadas.

- Notas a pie de página y citas: Siempre deben ir al final de la página donde se enuncia, estas servirán para aclarar o profundizar un concepto o una información dentro del texto. No deben ser notas bibliográficas. Las citas textuales que requieran resaltarse (mayor de 40 palabras) deben escribirse en párrafo aparte. Las citas textuales (menores de 40 palabras) se deben incluir en el texto colocando comillas y el número de página donde se consultó.
- Bibliografía y/o referencias bibliográficas: Las citas se harán dentro del texto y deben incluir apellidos del autor (a) (s) y año del documento revisado. La bibliografía incluye documentos y libros relacionados en el texto del artículo. Las referencias bibliográficas se refieren a documentos y libros consultados pero no relacionados en el texto.

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

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

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

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

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

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

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

NORMAS SEGUN TIPO DE SECCIONES

A. INVESTIGACIÓN

Título

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

Autor (es)

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

Resumen

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

Palabras Claves

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

Introducción

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

Materiales y Métodos

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

Objetivos

Relacionar los objetivos generales y específicos del estudio.

Resultados y Discusión

Se presentan guardando una secuencia lógica del texto, tablas, figuras, destacando las observaciones más relevantes.

Conclusiones

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

Bibliografía y/o referencias bibliográficas:

Se debe relacionar al final del artículo.

B. OTRAS SECCIONES

Título

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

Autor (es)

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

dirección electrónica de cada autor.

Resumen

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

Palabras Clave

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

Texto Central

Incluye el desarrollo del artículo y conclusiones.

Conclusiones

Debe plantear ideas generales con relación al artículo desarrollado.

Bibliografía y/o referencias bibliográficas:

Se debe relacionar al final del artículo.

SECCIONES DE LA REVISTA

INVESTIGACIÓN

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

PRÁCTICA CLÍNICA

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

EDUCACIÓN

Artículos referidos a propuestas,

fortalecimiento o innovación de la formación y educación de profesionales en el área de la salud.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

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

TRABAJOS LIBRES

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

NUESTRA FACULTAD

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

MEMORIAS Y EVENTOS CIENTÍFICOS

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

SUSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

Dirección residencial: _____ Tel: _____

Dirección profesional: _____ Tel: _____

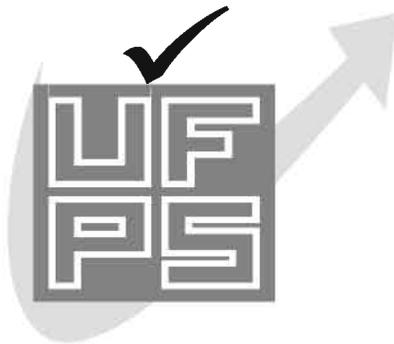
Ciudad: _____ País: _____

A.A: _____ Dirección Electrónica: _____

Dirección para envío: _____

Profesión: _____

Celular No. _____





Facultad Ciencias de la Salud

