

Universalud

Revista de las Ciencias de la Salud de UNISANGIL

Universalud

Revista de las Ciencias de la Educación y la Salud

**Fundación Universitaria de San Gil,
Unisangil**

Volumen 10. Enero-diciembre de 2021

ISSN 2248-647X

71 páginas

Franklin Figueroa Caballero
Rector

Marcela Ordóñez
Vicerrectora Académica

José Manuel Serrano Jaimes
Vicerrector Administrativo y Financiero

Wilson Gamboa
Director Departamento de Investigación

EQUIPO EDITORIAL

Eulalia Medina Díaz
Directora

Carolina Salamanca Leguizamón
Editora

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Luisa Fernanda Barrera Medina
UNISANGIL

Mag. Graciela Olarte
UNISANGIL

Mag. Katherine Villamizar Gómez
UNISANGIL

CORRECCIÓN

Luis Fernando García Núñez

TRADUCCIONES

Instituto de Idiomas de UNISANGIL

ÁRBITROS DE ESTE NÚMERO

Graciela Olarte Rueda
UNISANGIL

Luisa Fernanda Barrera Medina
UNISANGIL

Rosa Ernestina Villareal Pérez
UNISANGIL

Mónica Quintero Trujillo
UNISANGIL

Luz Dary Carreño Rodríguez
UNISANGIL

Beatriz Sánchez Oliveros
UNISANGIL

Jhon Fredy Suárez Solano
UNISANGIL

Brigitte Paola Hernández Robayo
UNISANGIL

Yenny Patricia Moreno Rangel
UNISANGIL

Martha Lucía Alonso Rodríguez
UNISANGIL

Carolina Salamanca Leguizamón
UNISANGIL

DISEÑO E IMPRESIÓN

EDISOCIAL

FOTOGRAFÍAS

Departamento de Comunicaciones
UNISANGIL

CONTACTO

universalud@unisangil.edu.co

unisangileditora@unisangil.edu.co

Teléfono (7) 724 57 57 ext. 222 o 285

DIRECCIÓN POSTAL

Unisangil, km. 2 vía San Gil-Charalá
Santander, Colombia

CONTENIDO

4 Presentación: Enfermería en evolución permanente.

Por: **Eulalia Medina Díaz**

Decana de la Facultad de Ciencias de la Educación y la Salud

Artículos de investigación

6 Nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos y sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedad crónica en el municipio de San Gil

María Paula Cárdenas Wandurraga, María Julieth Castillo Serrano, Nicolás Pereira Buenahora, María Paula Segura Salazar, Graciela Olarte Rueda

16 Calidad de vida relacionada con la salud de la persona tras la estancia prolongada en una UCI

Eduard Yesid López Vargas, Karen Lizeth Franco Villalba, Karen Daniela Mora Mariño, Lidia Mayerly Giratá Martínez y Graciela Olarte Rueda

Seguimientos

Vemos el triunfo cuando no nos rendimos

26 Luis Alfonso Ballesteros Gonzales, Leidy Rocío Cárdenas Barón, Ángela Andrea Correa Suarez, Manuela Alexandra Mateus Melo, Karolahin Lizbeth Remolina Manrique, Melany Torres Osma, Martha Lucía Alonso

Aprendamos de Hansen y eliminemos estigmas

33 Carlos Manuel Torres Bayona, Laura Valentina Fernández Garnica, Lethy Carolina Peña Cristancho, Carolina Cala Parra Erika Yuliana Colmenares Eslava, Luis Alonso Santos Rodríguez, Luz Dary Carreño Rodríguez, Rosa Ernestina Villarreal Pérez.

Revisiones

40 Demanda potencial laboral y tasa de absorción del Programa de Enfermería sede San Gil

Eulalia Medina Díaz

58 Cuidados de la enfermería transcultural en el embarazo de la mujer indígena

Alexandra Jackeline Bernal Romero y Brigitte Paola Hernández Robayo

Entrevista

68 La educación de los niños y niñas de la primera infancia de los hogares de ICBF de Barichara durante la pandemia Covid 19

Entrevista a Jenny Esperanza Cabarique Rodríguez Por Luz Dary Carreño Rodríguez y Graciela Olarte Rueda

PRESENTACIÓN



Por:

Luisa Fernanda Barrera Medina

Decana de la Facultad de Ciencias de la Educación y la Salud(E)

Es de importancia el papel de los profesionales de la salud en especial de enfermería en lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la Organización Mundial de la Salud. Esto depende de la relación de factores biológicos, sociales, políticos, económicos y culturales. Muchos de estos factores se ven alterados y la persona puede llegar a estados complicados como es la etapa terminal que es de importancia dentro del sistema de salud, ya que a la persona se le debe evitar el sufrimiento en esta etapa final de su vida. Es por ello que los profesionales de enfermería, deben estar comprometidos a trabajar en conjunto con el propósito de aplicar los conocimientos y habilidades, para poder llevar a cabo de manera eficaz los cuidados paliativos ante el sufrimiento y la muerte.

Esa necesidad de cuidados especiales, hace referencia a que tanto la persona como la familia al saber que ese ser querido, no tiene posibilidad de superar la enfermedad, de curarse y que, a corto o mediano plazo, morirá, transfiere la expectativa a otras dimensiones, por lo tanto, requiere un cuidado total, integral: espiritual, físico, social, psicológico, familiar, etc., así como el control y alivio de síntomas crónicos productores de malestar y de dolor.

No obstante, varios estudios indican que no hay conocimiento suficiente sobre este tema en los profesionales de enfermería, situación derivada

en muchos casos de la complejidad que este implica y su reciente filosofía integral. Ante esto, la formación en cuidado paliativo se convierte en esencial y puede comprender desde un nivel básico hasta uno avanzado.

Por lo tanto, los profesionales deben aprender a afrontar situaciones de salud y enfermedad, con abordajes centrados en la persona. El encuentro con ellas ayuda a adquirir conocimientos y facilitar acciones para el cambio en el estilo de vida, importante influencia en la calidad de vida.

En este número podremos conocer los resultados de proyectos que documentan lo descrito en las líneas de investigación, conocer su experiencia es enriquecedor y permite encontrar áreas de oportunidad, de proponer e implementar soluciones en beneficio de las personas a las cuales les brindamos cuidados de enfermería.

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN



NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL MUNICIPIO DE SAN GIL

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT PALLIATIVE CARE AND OVERLOAD IN PRIMARY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE IN THE MUNICIPALITY OF SAN GIL

María Paula Cárdenas Wandurraga¹, María Julieth Castillo Serrano², Nicolás Pereira Buenahora³,
María Paula Segura Salazar⁴, Graciela Olarte Rueda⁵

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos dan respuesta a las necesidades de los enfermos en fases avanzadas y terminal, y de sus familiares al enfocarse en la mejor calidad de vida.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidado paliativo y sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedad crónica en el municipio de San Gil.

Método: Estudio descriptivo transversal a una muestra de 80 cuidadores principales, se usó la escala de Zarit y la escala de conocimientos sobre cuidados paliativos.

Variables: Sociodemográficas, laborales, de formación, variables de satisfacción, de sobrecarga y variables de conocimientos, se realizó un análisis descriptivo de los resultados mediante proporciones, frecuencias en SPSS 22.0.

Resultados: Un porcentaje importante (75%, n = 60) pertenecen al género femenino, el rango de edad se encuentra entre los 19 y 25 años, una parte significativa (35,00% n = 28) son profesionales, a nivel del estado civil (56,5% n = 45) son solteros. Al analizar las escalas, en la de Zarit se pudo identificar que un alto porcentaje de participantes (95,50% n = 74) presenta ausencia de sobrecarga, y en la escala de conocimientos se identificó que (16,3% n = 13) no conocen sobre los cuidados paliativos en las 4 dimensiones evaluadas.

Conclusiones: El promedio de edad de los cuidadores se encuentra entre los 19-25 años, en su mayoría son solteros de estrato 2, nivel educativo profesional, pertenecen al régimen contributivo. Se puede evidenciar que el 92,50% de los cuidadores no presentan sobrecarga. El 16,25% de la población desconoce los cuidados paliativos en las dimensiones física, psico-emocional, social y espiritual.

Palabras clave: Cuidador, cuidado de enfermería, cuidados paliativos, educación, enfermedad crónica.

Correspondencia: Nicolás Pereira Buenahora.
nicolaspereira@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

(1,2,3,4) Estudiante Enfermería.
Fundación Universitaria de San Gil, Santander, Colombia.

(5) Enfermera, Magíster en Ciencias de la Enfermería, Especialista en Epidemiología, Coordinadora de semillero. Fundación Universitaria de San Gil, Santander, Colombia.

Abstract

Introduction: palliative care responds to the needs of patients in advanced and terminal stages and their families by focusing on the best quality of life.

Objectives: to determine the level of knowledge about palliative care and overload in primary caregivers of people with chronic disease in the municipality of San Gil.

Method: descriptive cross-sectional study to a sample of 80 main caregivers, the Zarit scale and the palliative care knowledge scale were used; variables: sociodemographic, labor, training, satisfaction variables, overload and knowledge variables, a descriptive analysis of the results was carried out using proportions, frequencies in SPSS 22.0.

Results: a significant percentage (75%, n = 60) belong to the female gender, the age range is between 19 and 25 years, a significant part (35.00% n = 28) are professionals at the level of the civil stratum (56.5% n: 45) are single. When analyzing the scales, in Zarit's it was possible to identify that a high percentage of participants (95.50% n:74) has an absence of overload, and in the knowledge scale it was identified that (16.3% n:13) they do not know about palliative care in the 4 dimensions evaluated.

Conclusions: the average age of caregivers is between 19-25 years, most of them are singles of stratum 2, professional educational level, belong to the contributory regime. It can be evidenced that 92.50% of caregivers do not present overload. 16.25% of the population is unaware of palliative care in the physical, psycho-emotional, social and spiritual dimensions.

Keywords: caregiver, chronic disease, education, nursing care, palliative care.

INTRODUCCIÓN

Antiguamente no se tenía mucha información acerca de cómo garantizar una mejor calidad de vida a aquellas personas con enfermedades incurables, crónicas o terminales, pero afortunadamente con el paso de los años se han

desarrollado diferentes centros paliativos que prestan servicios en el ámbito intrahospitalario y extra hospitalario, según Castañeda de la Lanza C. *et al*¹ “por medio de la atención domiciliaria, proporcionando bienestar, confort y soporte a los familiares y pacientes cuyas vidas están próximas al final.

Los cuidados paliativos no aceleran ni detienen la muerte, y tampoco prolongan la vida, sino que procuran estar presentes en esta etapa para proporcionar los conocimientos especializados de cuidados tanto médicos como psicológicos. Así mismo, el Ministerio de Salud afirma que consiste en “dar soporte emocional y espiritual para el paciente, la familia y amigos”², es decir que la medicina paliativa no se queda solo en la sintomatología, sino que es más amplia, implicando un enfoque holístico.

Según Ríos³, “el 80% de la población mundial no cuenta con adecuado acceso a los cuidados paliativos en países industrializados como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y algunos países europeos”, la atención a este tipo de necesidades no está incorporada aún en los sistemas de salud, son muy pocos los países que aplican una protección social específica a su población o que incluyen un enfoque de cuidados paliativos para las personas en situación de enfermedad terminal.

El Atlas Latinoamericano⁴ menciona, “al menos once países no cuentan con una ley o plan nacional de cuidados paliativos”. En países como Colombia, en muy pocas facultades de salud existe una asignatura acerca de los cuidados paliativos que haga parte del p \acute{e} nsum, evidenciándose factores de educación y formación de talento humano deficientes. En estos países la mayoría de las facultades de ciencias de la salud tampoco tiene estudios específicos de cuidados paliativos en los programas básicos, existen problemas como la ausencia de infraestructura especializada para la atención en cuidados paliativos. Según *El Espectador*⁵ “Los siguientes departamentos no cuentan con servicios de cuidados paliativos: Putumayo, Guaviare, San Andrés y Providencia, Amazonas, Vichada, Vaupés, Guainía y Arauca”.

En estas regiones existen enfermedades plausibles de cuidados paliativos, sin capacidad en los servicios de salud para responder a las necesidades avanzadas. Lo que demuestra que Colombia sigue rezagada en la implementación de servicios de salud capaces de ofrecer a pacientes, adultos y niños con enfermedades terminales, una opción digna y sin dolor para sobrellevar las últimas etapas de su vida.

Una de las principales ventajas y beneficios de los cuidados paliativos es que permiten al paciente disminuir los niveles de dolor, ansiedad y estrés, ofrecen un sistema de apoyo, promueven la autonomía y autoestima, ayuda a las familias a afrontar y manejar la enfermedad y el duelo que se genera en esta etapa final de la vida. De acuerdo con Centeno⁶, esto se logra por medio de “diferentes medidas terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, que disminuyen los síntomas”, evitando así los altos costos de procedimientos innecesarios, las largas estancias hospitalarias y el traslado a grandes ciudades.

La teoría del final tranquilo de la vida, de Cornelia M. Rulan, Shirley M. Moore, según Gómez O. *et al*⁷ postula: “la estructura-contexto es la familia del paciente terminal y cuidados por parte del profesional”, con el fin de generar en el paciente la ausencia del dolor en todo tipo de molestias físicas y psicológicas, que le permitan sentir bienestar, dignidad, respeto, paz interna y su nexo permanente con sus allegados.

Betancourt⁸ afirma “los cuidados brindados a los pacientes en fase terminal son conocidos como cuidados invisibles ya que no generan mucha facturación para el hospital de salud, pero si se necesita, de mucha información, ayuda y tiempo en estos pacientes generando un obstáculo en los ingresos”, es por esto que, como enfermeros, se tiene la función de proteger los derechos de salud de los pacientes en estado terminal, por medio de un cuidado de calidad. Para brindar esto es necesario contar con los conocimientos adecuados no solo en salud sino, también, en la política relacionada, que permita abogar por los derechos de los pacientes y una formación especial en cuidados paliativos. Por tanto, se reconoce que el enfermo crónico requiere cuidados continuos, los cuales son brindados en

su mayoría por el cuidador familiar.

De acuerdo con Velarde⁹, la jornada de los cuidadores suele ser larga, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario: mañana, tarde y noche, lo que significa una atención constante. Esta circunstancia genera cambios importantes en la vida de los cuidadores, a nivel personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que, en algunas ocasiones, puede desembocar en el abandono del cuidador. Esto es lo que se conoce como sobrecarga del cuidador.

Ajustarse al cuidado del paciente implica que uno o más familiares asuman roles con los cuales antes no estaban familiarizados. Según Hernández¹⁰ “Cuando el rol del cuidador es asumido por un integrante de la familia, él o ella con frecuencia se ven obligados a abandonar sus actividades para involucrarse por completo en el cuidado de la persona”, este cuidado va desde el acompañamiento hasta el abordaje de necesidades básicas como la alimentación, el baño, el desplazamiento y demás actividades propias del autocuidado; cuando los pacientes pertenecen al grupo del adulto mayor, aumenta la complejidad. Por eso es importante brindar una educación y apoyo no solo a los pacientes, sino también a los familiares para que puedan realizar estos cuidados de forma tal que su vida diaria no se vea tan comprometida.

Por tanto, estos cuidados paliativos deben ser brindados no solo en el ámbito hospitalario, sino también desde el hogar en donde la familia pueda recibir una capacitación para tener una participación activa al momento de brindar un cuidado, y recibir una atención domiciliaria y, así, integrar al cuidador como parte fundamental de este proceso. Esta situación, según Quesada¹¹, “permite una mejoría al sistema de salud en cuanto a la utilización de los recursos y cobertura asistencial”, según Rozo¹² “también se requiere sistemas de apoyo desde todos los niveles de atención, fortalecimiento de las acciones comunitarias, desarrollo de habilidades en los profesionales de la salud junto con la integración de los servicios de salud para lograr el acceso universal”.

Para Bautista¹³ “se necesitan enfoques innovadores para alinear los comportamientos profesionales de la salud con el mejor cuidado, donde se incluya una atención integral, que mejore significativamente la atención al paciente”.

El cuidado paliativo debe ser brindado desde todas las áreas de atención, como dice Sarmiento¹⁴ “el cuidado total debe considerar al enfermo de manera integral en el plano biopsicosocial”, teniendo en cuenta el control de los síntomas donde se brinda alivio al dolor físico-psíquico y otros malestares propios del estado terminal, usando herramientas para detectar y afrontar las causas del sufrimiento. Estas últimas, según Ibáñez, pueden ser¹⁵ “el abandono, la disminución de la autoestima, temores, miedos y síntomas no tratados”. El compromiso y apoyo en los aspectos sociales, familiares, espirituales que se ofrecen con respeto y de acuerdo con las culturas y religiones del paciente y la familia.

En San Gil aún no hay datos que permitan obtener información acerca del trabajo del cuidado paliativo, a pesar que, con claridad, es una población con altos índices de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y algún tipo de cáncer, se conoce que el cuidado que se da es empírico. Es importante apoyar las iniciativas de prevención en salud, en dicho proceso se encuentran las diferentes instituciones prestadoras de salud y la Secretaría de Salud Municipal. Hay que fortalecer los conocimientos y empoderar a los profesionales de la salud y a los cuidadores para que sean personas idóneas y logren apoyar la iniciativa, de tener en cuenta la importancia de los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, analítico-descriptivo. Dada la situación actual de pandemia a causa de la Covid-19, la recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario a través de *Google forms*, durante los meses de septiembre y octubre del 2020. El tamaño de la muestra fue de 80 cuidadores principales del municipio de San Gil. Los criterios de inclusión corresponden a

cuidadores principales de adulto mayor, con enfermedades crónicas, que lleven más de 6 meses realizando esta actividad de cuidado, cuidadores que acepten y firmen el consentimiento informado, cuidadores que se encuentren en la capacidad de firmar el consentimiento informado y cuidadores del área urbana de San Gil.

Se recolectaron variables sociodemográficas con el fin de identificar características importantes como la edad y el nivel educativo de los cuidadores. Para conocer la sobrecarga de los cuidadores se utilizó la escala de Zarit (Caregiver Burden Interview)¹⁶, la cual consta de 22 preguntas y evalúa la sobrecarga del cuidador, midiendo los niveles de conciencia y percepción de los cuidadores relacionados con los aspectos de su vida, que sufren cualquier alteración debido a las labores de asistencia, también determina el cansancio del rol cuidador. Las respuestas son tipo Likert que van desde 0 (nunca) hasta 5 (casi siempre); puntuaciones <46 indica ausencia de sobrecarga y puntuaciones elevadas >56 indican sobrecarga intensa, por lo que estas puntuaciones serán intervenidas posteriormente. También se contó con la escala de nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos (Quispe, 2016)¹⁷ del paciente con enfermedad terminal que consta de 18 preguntas, que están divididas en 4 dimensiones: física, psicosocial, social y espiritual, evaluando los conocimientos que tienen los cuidadores principales sobre cuidados paliativos, respuestas que van desde 0 (conocen) a 1 (no conocen), puntuaciones entre 10-18 que indican que el cuidador conoce acerca de los cuidados paliativos, y puntuaciones entre 0-9 que indican que no conocen sobre estos cuidados y serán intervenidos posteriormente. Una vez se contó con los resultados, se realizó el análisis y la tabulación de datos, y cada una de las variables estudiadas mediante proporciones y frecuencia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación está apoyada en la Resolución 8430 de 1993, que indica que no tiene ningún riesgo y están presentes los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, justicia, veracidad y confidencialidad.

RESULTADOS

De acuerdo con las características socio-demográficas (ver tabla 1) se encontró que el promedio de edad de los cuidadores se encuentra en un rango de 19-25 años, en su mayoría son de género femenino 75% en su mayoría son solteros, de estrato 2, nivel educativo profesional y pertenecen al régimen contributivo.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica:

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género		
- Femenino	60	75
- Masculino	20	25
Total	80	100
Edad		
- 19 a 25 años	24	30%
- 26 a 30 años	18	14.4%
- 31 a 35 años	8	6,4%
- 36 a 40 años	6	4.8%
- 41 a 45 años	5	4%
- 46 a 50 años	8	6.4%
- 51 a 65 años	11	8.8%
Total	80	100%
Escolaridad		
- Primaria incompleta	3	3.8%
- Primaria completa	1	1.3%
- Secundaria incompleta	3	3.8%
- Secundaria completa	13	16.3%
- Técnico	25	31.3%
- Tecnólogo	7	8.8%
- Profesional	28	35%
Total	80	100%

Estado civil		
- Soltero/a	45	56.3%
- Casado/a	13	16.2%
- Divorciado/a	5	6.3%
- Unión libre	17	21.3%
Total	80	100%
Estrato social		
- 1	11	13.8%
- 2	42	52.5%
- 3	27	33.8%
Total	80	100%
Área		
- Rural	11	13.8%
- Urbana	69	86.3%
Total	80	100%
Régimen		
- Contributivo	61	76.3%
- Subsidiado	19	23.8%
Total	80	100%

En cuanto al nivel de sobrecarga se puede evidenciar que el 92,50% de los cuidadores no presentan sobrecarga.

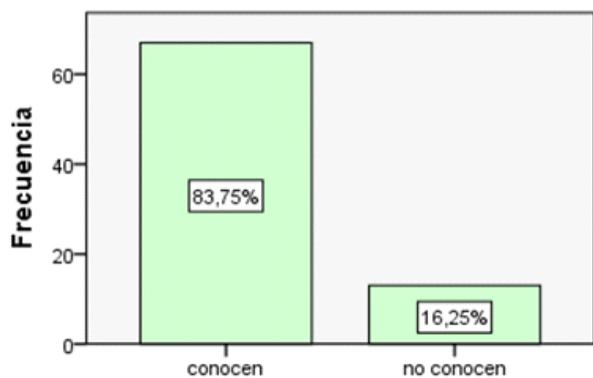


Figura 1. Escala de Zarit¹⁶

Finalmente, se evidenció que el 16,25% de la población desconocen los cuidados paliativos en las dimensiones física, psico-emocional, social y espiritual.

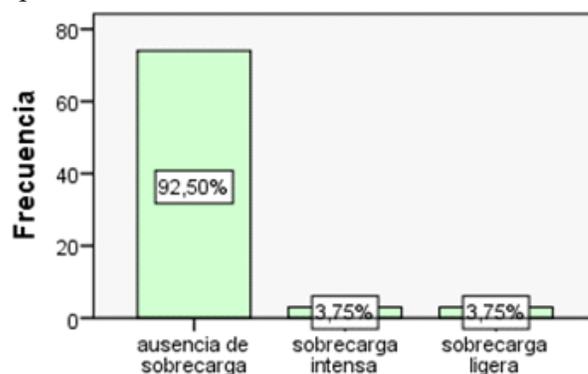


Figura2. Conocimientos cuidados paliativos

DISCUSIÓN

El cuidado de adultos mayores se hace cada vez más complejo por la cronicidad de las enfermedades y el poco apoyo familiar. Es por dicha razón que muchos adultos mayores terminan en asilos, olvidados y abandonados, y en casos extremos sin el apoyo familiar y económico que requieren por sus patologías y edad.

Según Flores M. *et al*¹⁸, en su artículo “Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor”, en las últimas décadas se ha aumentado la proporción de adultos mayores en la población de varios países latinoamericanos.

Así mismo, Ebrad M. *et al*¹⁹, en su artículo “Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente”, dice que en la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida de la gente. No obstante, en algunas ocasiones las personas de edad avanzada han perdido parcial o totalmente su independencia, debido sobre todo a enfermedades crónicas degenerativas que se agudizan con el pasar de los años.

Cada vez que avanza la enfermedad en el cuerpo humano aparecen nuevos signos y síntomas, provocando grande impacto, tanto en el paciente como en la familia, según Ebrad M. *et al*¹⁹, el cuidador debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido, así se logra rescatar la importancia de enfocar los cuidados en el control del dolor, problemas físicos, psicológicos y espirituales, dando apoyo al familiar que es el encargado del cuidado principal y quien estará más del 90% del día, acompañando y aplicando empíricamente los cuidados que cree más convenientes, pero también apoyando al enfermo que, en este caso, es la persona más afectada y quien más necesita de nuestra ayuda.

Sánchez et al.²⁰, en su artículo “Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros socio sanitarios de personas mayores de una zona básica de salud”, presenta estos resultados: El 86,8% de los

encuestados conocen bastante o regular el significado de los cuidados paliativos. El 3,8% se consideran formados en cuidados paliativos. Se encuentran diferencias significativas en el manejo no farmacológico de la disnea y el insomnio, donde los sanitarios no facultativos manifiestan tener peores conocimientos.

En este estudio se encuentra que el 83% (67 personas) conocen de algunos cuidados paliativos y la población que menos conoce es mínima, con tan solo el 16.3% (13) de las personas. Según Sánchez J. et al.²⁰ “sería de gran importancia enseñar las prácticas y aplicar intervenciones en cuidados paliativos para la tercera edad, abordando diferentes temas como la formación en cuidados paliativos del personal sanitario y no sanitario, los cuidados paliativos en los casos de demencia, o la mejora de la atención sanitaria para las personas mayores en los hospitales, en los centros residenciales y en sus propios domicilios”.

En un estudio realizado por Ortega D. *et al.*²¹ en el artículo “Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México”, los resultados indican que el personal de enfermería de la muestra tiene un conocimiento global que no alcanzó el porcentaje para ser catalogado como aceptable, ya que solo logró el 65,5% de respuestas correctas.

La educación debe venir desde las universidades, por tal razón, según Chover E. *et al.*²², en su artículo “Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español”, asegura que en España la formación en cuidados paliativos pregrado está incluida en los planes de estudio con heterogeneidad de contenidos, igualmente existe una amplia diversidad de programas de posgrado (horas, competencias y entidades).

También en este estudio se encontró que el 92% (74) de las personas encuestadas sobrecarga ligera, y el 3.8% (3) presentan sobrecarga intensa, se compara con otro estudio según Maldonado M.²³ en su artículo “Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica”, logra deducir que “en la mayoría de los casos, la persona sujeto de cuidado recibe todas las atenciones de un solo miembro de su familia

conocido como 'Cuidador Principal', el cual es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de su ser querido que vive con la enfermedad crónica y que cumple con las características de asumir las principales tareas de la atención de la persona, la responsabilidad que esto acarrea y ser percibido por el resto de los familiares como el único responsable del cuidado de su familiar”.

Así mismo, Ebrad M. *et al.*¹⁹ afirma que el cuidador principal se sobrecarga con las tareas requeridas con el adulto mayor a costa de disminuir las relaciones sociales, tan necesarias para mantener un nivel aceptable de salud mental.

Así mismo, Martínez L.²⁴ en su artículo “Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios”, encontraron que en el estudio participaron 26 mujeres y 4 hombres. Se evidencia una mayor representación del género femenino, 86,7 % del total de la muestra, por encima del masculino que solo alcanzó un 13,3%. La variable edad osciló entre los 42 y 88 años. En el rango entre los 58 y los 73 años se evidencia la mayor cantidad de cuidadores (12 personas, 39,8%), seguido por el rango de 42-57 años con un 36,6% (11 cuidadores) y, finalmente, el grupo comprendido entre 74-88 años constituyó el 23,3 % (7 participantes). Esto indica con claridad que una buena parte de la muestra de cuidadores son adultos mayores, con las características propias de esa edad.

Rodríguez A. *et al.*²⁵ en su investigación “Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes”, dice “las cuidadoras informales de personas dependientes presentan un alto nivel de sobrecarga, que se relaciona tanto con sus características, como con las del dependiente. La sobrecarga replantea la necesidad de que las políticas públicas enfocadas en la dependencia adopten una visión integradora cuidadora-dependiente”.

Por las razones antes mencionadas se demuestra la necesidad de inculcar que el cuidado de los pacientes enfermos debe ser por parte de la mayoría de familiares posibles, evitando que recaiga en uno solo toda la atención. También se

debe esforzar porque desde las universidades eduquen sobre los cuidados paliativos, para que de esta forma los profesionales en salud se empoderen y tengan mejores posibilidades para ayudar a quienes lo necesitan.

CONCLUSIONES

De acuerdo con las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró que el género femenino fue el predominante. La edad se encuentra en un rango de 19-25 años, en su mayoría solteros de estrato 2, nivel educativo profesional, y pertenecen al régimen contributivo. En cuanto al nivel de sobrecarga se puede evidenciar que el 92,50% de los cuidadores no presenta sobrecarga. Se encontró que el 16,25% de la población desconoce los cuidados paliativos en las dimensiones física, psico-emocional, social y espiritual.

REFERENCIAS

1. Castañeda C, O’Shea G, Gallardo D, Farreras D, Calderón M, Chávez E. *Gaceta Mexicana de Oncología*. [Internet]. 2015 [Consultado 16 de septiembre de 2019]; 14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000437>
2. Arias M, García y Vivar C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. [Internet] *Invest Educ Enferm*. 2015 [Consultado 23 de septiembre de 2019] 33 (3): 482-491. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300012
3. Ignacia del Río M. y Palma A. Cuidados paliativos historia y desarrollo. [internet] Chile 2007 [Consultado 20 de octubre de 2019]; 32. Disponible en <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

4. Pereira I. Cuidados paliativos, al abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos [internet] Latinoamérica [Consultado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en:

<https://www.dejusticia.org/publication/cuidados-paliativos-el-abordaje-de-la-atencion-en-salud-desde-un-enfoque-de-derechos-humanos/>

5. El Espectador. Colombia en déficit de cuidados paliativos. [internet] Colombia 2017 [Consultado 20 de octubre de 2019]. Disponible en:

<https://www.elespectador.com/noticias/salud/colombia-en-deficit-de-cuidados-paliativos-articulo-723640>

6. Uribe C, Amado M, Rueda M. Barreras para el tratamiento paliativo de adultos con cáncer gástrico. ELSEVIER [internet]. 2017 [Consultado 23 de septiembre de 2019]; 21(1). Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-barreras-el-tratamiento-paliativo-adultos-S012390151730029X>

7. Gómez O, Carrillo G y Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo [internet] 2016 [Consultado 13 de septiembre de 2019] 4, 10-13. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>

8. Gómez O, Carrillo G y Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo [internet] 2016 [Consultado 13 de septiembre de 2019] 4, 10-13. Disponible en

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>

9. Betancur M. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería [internet]. 2015 [Consultado 21 de septiembre de 2019]; 126-129. Disponible en

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a14.pdf>

10. Velarde J, Luengo R, González R, González

S, Álvarez B, Palacios D. [internet] 2017 [Consultado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v31n4/0213-9111-gs-31-0400299.pdf>

11. Hernández SM, Torres ML, Barrero SS, Saldaña IJ, Sotelo KD, Carrillo AJ, et al. Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2019 [Consultado 23 de septiembre de 2019]; 22(2):141-9. Disponible en:

<https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170095091095100424170>

12. Laborí P, Quesada P, Aramis, Puig O. La familia en los cuidados paliativos del enfermo con cáncer avanzado; [Internet]. 2015 [Consultado 16 de septiembre de 2019] 40. Disponible en:

<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/117>

13. Rozo N. El transitar de la muerte: cuidado paliativo ¿Utopía o realidad? Med UNAB. [Internet] 2019 [Consultado 23 de septiembre de 2019] 19. Disponible en:

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2170/2225>

14. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. [Internet] 2016 [Consultado 23 de septiembre de 2019]; 7(2) Disponible en:

<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/330/743>

15. Respecto a la comunicación y apoyo emocional. [Internet] 2016 [Consultado 23 de septiembre de 2019]; 7(2) Disponible en:

<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/330/743>

16. Sarmiento M. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. Colombia. vol. 1, Núm. 2. [Internet] 2015. [Consultado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en:

<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/93>

17. Hipocampo. Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview). [Internet] [Consultado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en:

<https://www.hipocampo.org/zarit.asp>

18. Quispe R. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal. [internet] [Consultado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5713/Hilario_qr.pdf?sequence=1

19. Flórez M, Vega M, González G, Condiciones sociales y calidad de vida de los adultos mayores [Internet]. [Consultado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en:

http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf

20. Ebrad M, Rodríguez R, Meléndez J, Manual de cuidados generales, para el adulto mayor disfuncional o dependiente [Internet]. [Consultado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314004444>

21. Sánchez J, González J, Casalengua M. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros socio-sanitarios de personas mayores de una zona básica de salud [Internet]. [Consultado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314004444>

22. Ortega D, Ortega J, Guerrero R. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México [Internet] [Consultado 13 de noviembre de 2020].

Disponible en

<file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Dialnet-ConocimientosSobreCuidadosPaliativosEnUnGrupodeEnf-6986240.pdf>

23. Chover E, Martínez A, Lapeña Y. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español [Internet]. [Consultado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en:

https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2847.pdf

24. Maldonado MC. Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica [Internet]. [Consultado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/762/1/Documento%20Final%20Monograf%C3%ADa%20Camila%20Maldonado.pdf>

25. Martínez L. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios [Internet]. [Consultado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1230/1164>

26. Rodríguez A, Rodríguez E, Duarte A, Díaz E, Barbosa A, Clavería A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes [Internet]. [Consultado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301>

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA PERSONA TRAS LA ESTANCIA PROLONGADA EN UNA UCI

QUALITY OF LIFE RELATED TO THE HEALTH OF
THE PERSON AFTER PROLONGED STAY IN AN
ICU

Eduard Yesid López Vargas¹, Karen Lizeth Franco Villalba², Karen Daniela Mora Mariño³, Lidia Mayerly Giratá Martínez⁴ y Graciela Olarte Rueda⁵

Resumen

La calidad de vida depende de cómo el individuo percibe el entorno y el sistema de valores en el cual se desarrolla. Es de vital importancia establecer un enfoque hacia el individuo, que abarque sus necesidades clínicas, al igual que las condiciones externas relacionadas con el ambiente, así mismo, los pilares emocionales, espirituales y psicológicos.

Por lo tanto, el **Objetivo** del estudio es determinar la calidad de vida relacionada con la salud (física y mental) de las personas tras la estancia prolongada en UCI. **Metodología:** Fue un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 52 personas que estuvieron internadas en UCI, se aplicó el cuestionario de salud WHOQOL - BREF, el cual está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una indaga sobre la calidad de vida general, una sobre satisfacción con la salud y las 24 preguntas restantes se agrupan en cuatro dimensiones de calidad de vida, siendo estas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Resultados: Se logró identificar una calidad de vida normal con el 40,38 % y el 42,3 % (22) de los encuestados, están satisfechos con su salud y el 51,9% (27) de los encuestados, está lo normal “satisfecho o bien” en varios aspectos de su vida (personas allegadas, sus hijos, su esposa, sus padres, amigos) en las últimas dos semanas respecto a sus relaciones sociales.

Conclusión: La calidad de vida respecto a la salud física y mental de la persona tras la estancia prolongada en UCI fue determinada como lo normal por las personas pertenecientes al estudio, raramente han experimentado secuelas psicológicas y tienen relaciones con el ambiente bastante satisfactorias.

Palabras clave: Calidad de vida, experiencias de vida, duración de la estancia, unidad de cuidados intensivos.

Correspondencia: Karen Lizeth Franco Villalba.

karenfranco@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

(1,2,3,4) Estudiante Enfermería.
Fundación Universitaria de San
Gil, Santander, Colombia.

(5) Enfermera, Magíster en
Ciencias de la Enfermería,
Especialista en Epidemiología,
Coordinadora de semillero.
Fundación Universitaria de San
Gil, Santander, Colombia.

Abstract

Introduction: the quality of life depends on how the individual perceives the environment and the value system in which it develops. It is vitally important to establish an approach towards the individual, which encompasses their clinical needs, as well as the external conditions related to the environment, as well as the emotional, spiritual and psychological pillars.

Objectives: determined the health-related quality of life (physical and mental) of people after prolonged stay in the ICU.

Methodology: it was a descriptive cross-sectional study, the sample consisted of 52 people who were admitted to the ICU, the WHOQOL - BREF health questionnaire was applied, which is made up of 26 questions, of which one inquires about quality of general life, one on satisfaction with health and the remaining 24 questions are grouped into four dimensions of quality of life, these ones being; physical health, psychological health, social relationships and environment.

Results: it was possible to identify a normal quality of life with 40.38% and 42.3% (22) of the respondents, who are normally satisfied with their health and 51.9% (27) of the respondents are the normal "satisfied or good" in various aspects of his life (close friends, his children, his wife, his parents, friends) in the last two weeks regarding his social relationships.

Conclusions: The quality of life regarding the physical and mental health of the person after the prolonged stay in the ICU was determined as normal by the people belonging to the study, they have rarely experienced psychological sequelae and have quite satisfactory relationships with the environment.

Keywords: Intensive care unit, length of stay, life experiences, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que

vive y en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes”¹. Se trata, por lo tanto, de un concepto amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, entre otros. Sin embargo, cada persona puede tener una concepción diferente al respecto, lo que se refleja en la variedad de opiniones y de percepciones entre los diferentes grupos de edad, sexo, cultura y obviamente, estado de salud.

Ahora bien, la unidad de cuidados intensivos es un lugar en el cual la calidad de vida se ve, en la gran mayoría, afectada a nivel general, sin importar la complejidad de los problemas que perturben su salud; debido a que estar en una UCI implica estar conectado a distintos dispositivos que generan soporte vital, recibir medicamentos de estricto control que resultan perjudiciales a altas dosis y el uso de gran cantidad de recursos que, en consecuencia, generan una serie de complicaciones y aumento de la mortalidad asociado al deterioro de la calidad de vida, costo social y económico, que muchas veces es cuestionado y se pone en duda si, en verdad, es terapéutico².

Según Fernández M³, “La calidad de vida relacionada con la salud, es la percepción de las personas acerca de su capacidad para realizar funciones que son importantes para ellas mismas, es un indicador de salud que permite conocer distintos aspectos físicos, psicológicos y sociales; así mismo, pretende recoger la información sobre los resultados finales de los tratamientos médicos y también tiene otras aplicaciones como por ejemplo en salud pública”. La ventaja principal de la calidad de vida relacionada con la salud es dar voz a las personas para saber cómo se sienten, cómo están, cómo ven su entorno, como se sienten antes y después de un tratamiento y, de esta forma, se puede comparar entre diversos tratamientos, intervenciones que se hagan a nivel familiar o a nivel individual.

Existen dimensiones importantes a estudiar y analizar como la salud física, salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente, los cuales son de vital importancia para el desarrollo y el entendimiento del estudio propuesto,

en cuanto a la relación de la salud y la calidad de vida y el hecho de conocer cómo interactúan entre sí, para obtener una muy buena calidad de vida o, por el contrario, esta se encuentre disminuida.

Como primera dimensión se tiene: La salud física relacionada con la calidad de vida en pacientes post UCI, está determinada por las secuelas o cambios en la funcionalidad del paciente, según la actividad motora, fina y gruesa relacionada con actividades básicas de la rutina diaria de cuidado del paciente evaluando, de esta manera, la autonomía para realizar dichas actividades desde poder vestirse por sí solo hasta el hecho de poder caminar sin ayuda⁴.

En segundo lugar se encuentra la esfera psicológica, la cual es de vital importancia ya que a nivel psicológico, los pacientes tienen experiencias debido al trauma post UCI que afecta variablemente la vida luego de la estancia en dicha unidad, ya que algunos pacientes vivencian sueños, relatos y afectaciones a nivel psicológico y emocional relacionados con la actual calidad de vida del paciente, en donde entra a jugar un papel importante la aceptación de la situación en cuanto a la enfermedad y recuperación de la misma, y el apoyo familiar, espiritual y emocional por parte del entorno del paciente⁵.

En seguida, en las relaciones sociales se evalúa esta interacción del paciente con el entorno, basado en un ítem importante que es la rehabilitación emocional, es decir, la aceptación por parte del paciente en cuanto a su apariencia física, dependiendo de ésta, puede trascender, de manera positiva, hacia la relación con más personas, el hecho de interactuar con más gente permite de una u otra manera que la persona que ha pasado por un trauma post UCI puede reconfortarse y replantearse en cuanto a su cotidianidad y pueda adaptarse a su nueva vida dependiendo de los cambios que haya experimentado⁶.

Y, por último, la dimensión de las relaciones con el ambiente en la cual, se emprenden otros ámbitos donde el ser humano vive, trabaja y realiza otras actividades, en correlación con aspectos culturales, ecológicos y

socioeconómicos, centrándose en factores externos que modifican la calidad de vida, descaminando el enfoque de los factores subjetivos y psicológicos⁷.

Además, es de vital importancia observar y dar seguimiento a este tipo de pacientes, según Valenzuela⁸ estos eventos, al igual que el retorno a la vida laboral y social, afectan el bienestar mental de la persona con una estancia prolongada a consecuencia del paso por una UCI. Pese a esto, se refleja la gravedad de las situaciones multifactoriales que dificultan y hacen aún más prolongada la recuperación y rehabilitación, ya que el impacto en distintos aspectos de la vida de quienes han estado allí, de no ser tratado o estimulado, pueden llevar desde la depresión hasta la muerte.

Del mismo modo, según Añon⁹, se ven comprometidas las personas que permanecen en cuidado crítico por tiempo prolongado y lo que deben afrontar tras la supervivencia. Así mismo, destaca que muchas veces la calidad de vida de los pacientes sufre un importante deterioro en los ámbitos físico, psiquiátrico y cognitivo. De igual forma, añade las siglas PICS al Síndrome Post Cuidados Intensivos (procedente del término en inglés Post-Intensive Care Syndrome), el cual se basa en “los criterios físicos (dolor persistente, debilidad adquirida, malnutrición, morbilidad orgánica) y no físicos (ansiedad, depresión, pesadillas, estrés postraumático, pérdida de memoria y velocidad mental)”.

De la misma manera Flórez¹⁰ habla sobre las respuestas humanas observadas en los pacientes hospitalizados en una UCI, relacionadas con el campo psicosocial, tienen que ver con la presencia real de factores de estrés vinculados con amenaza de muerte, pensamiento aterrador, trastornos del sueño, pérdida de control de su entorno personal y familiar, pérdida de autonomía, abandono de roles individuales, familiares y sociales, aislamiento familiar y social. Las personas hospitalizadas en una UCI están expuestas a un sinnúmero de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento.

De acuerdo con lo anterior, la importancia de abordar este tipo de pacientes es clave para evitar

que precisamente estas secuelas que impactan de forma negativa en su salud y que, por consecuencia, afectan todos los pilares que son determinantes en la calidad de vida de estas personas, sean seguidos y tratados con mayor enfoque interdisciplinar en donde acoja los pilares como lo son la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales e interpersonales, el ambiente y el nivel de dependencia, los cuales provocan, en el paciente, una clara desadaptación, que se evidenciará en experiencias reales de vida, a las que se debe, sin duda, enfrentar cada paciente.

Cabe recalcar que, cada vez, son más los pacientes que sobreviven a su estancia en las unidades de cuidados intensivos y un porcentaje significativo se convierten en pacientes crónicos. Según Delgado¹¹ el síndrome poscuidados intensivos (PICS-P) descrito recientemente, afecta a un número importante de pacientes (30-50%). Engloba las secuelas físicas, cognitivas y psíquicas, al alta de las UCI y que impactan de forma negativa en su calidad de vida.

Es decir, que la calidad de vida de las personas ingresados en una UCI, es significativamente peor a la calidad de vida previa, basado en un enfoque global teniendo en cuenta todas las dimensiones (físicas, psicológicas, entre otras) debido a que no todas las personas que ingresan a una UCI viven en excelentes condiciones, ni cuentan con los recursos necesarios para lograr una calidad de vida satisfactoria; sin embargo, existe un margen en el cual un número determinado de pacientes mejoran su calidad de vida al sobrevivir al ingreso a la UCI, debido al trabajo multidisciplinar que se realiza con él¹².

Por lo anterior, el objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud (física y mental) de las personas tras la estancia prolongada en UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron en estancia prolongada en UCI que cumplieron con los criterios de inclusión: Personas con una estancia prolongada

mayor a 8 días de hospitalización que se les haya inducido el coma por medio de medicamentos además del uso de medios invasivos como tubos oro-traqueales, sondas orogástricas/vesicales, accesos venosos centrales y expuestos a los ruidos de monitores, bombas de infusión, cambios de la iluminación, entre otros.

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF que integra antecedentes sociodemográficos como sexo, edad, nivel de educación, estado civil, enfermedad actual, además revisa aspectos importantes sobre la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud; además evalúa salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Análisis de datos.

METODOLOGÍA

Fase I:

Se identificaron las personas indicadas para la aplicación de la ejecución de la investigación, por medio del tiempo de la estancia en UCI, la viabilidad de acceso por su ubicación, y que cumplan con las condiciones de inclusión a la investigación.

Fase II:

Se aplicó el consentimiento informado a las personas pertenecientes a la investigación.

Fase III:

Se aplicó del instrumento WHOQOL-BREF, recolección de los resultados, determinación de los resultados, para después realizar la clasificación de los resultados mediante gráficos y tablas respecto a los hallazgos de la investigación.

Fase IV:

Publicación de los resultados finales y de la investigación.

PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 24. Las variables cualitativas fueron presentadas en términos de porcentajes y frecuencias, mientras que las variables cuantitativas se presentaron en términos de medias, medianas y desviación estándar. La información se muestra en forma de tablas.

ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, se tuvieron en cuenta los principios éticos básicos de la investigación contemplados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), las cuales son: beneficencia, respeto y justicia.

RESULTADOS

El cuestionario de salud WHOQOL- BREF está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una indaga sobre la calidad de vida general, una sobre satisfacción con la salud y las 24 preguntas restantes se agrupan en cuatro dimensiones de calidad de vida, siendo estas: salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas).

A continuación, se presentan los resultados del instrumento de salud que se aplicó a 52 personas que tuvieron estancia prolongada en UCI.

Calidad de vida

Se encontró que el 40,4% (21) de los encuestados, puntúan su calidad de vida como normal (depende de sí mismo).

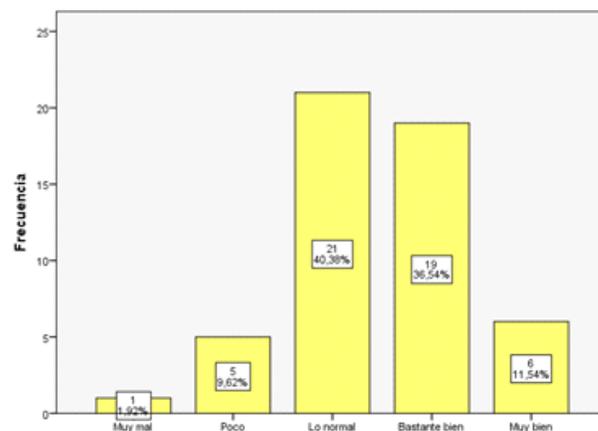


Figura 1. Calidad de vida

Satisfacción con la salud

El 42,3% (22) de los encuestados, están “lo normal” satisfechos con su salud.

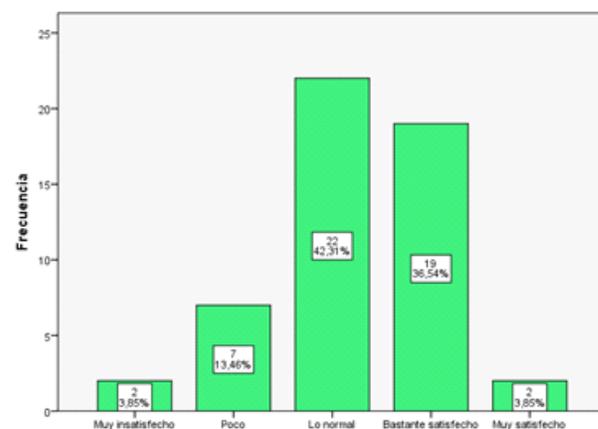


Figura 2. Satisfacción con la salud

Dimensión de salud física

Se encontró que 67,3% (35) de los encuestados, ha experimentado extremadamente (dolor, incapacidad de hacer trabajos en el hogar, no puede movilizarse por sí solo) ciertos hechos en las últimas dos semanas respecto a su salud física.

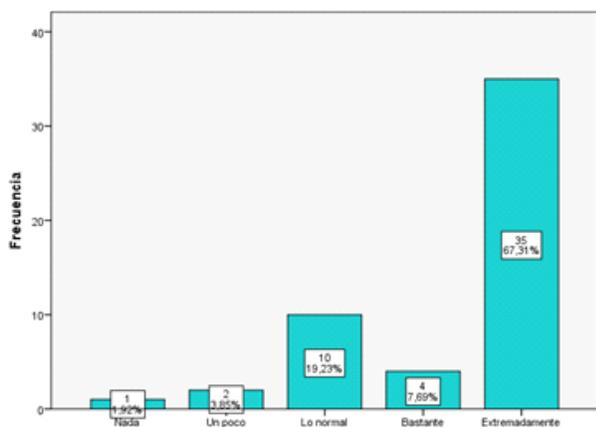


Figura 3. Dimensión de salud física

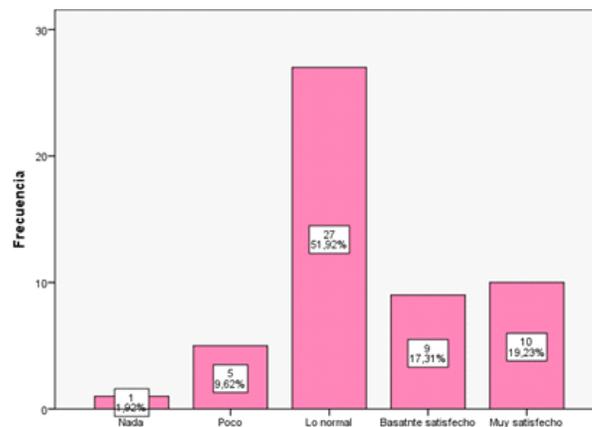


Figura 5. Dimensión de relaciones sociales

Dimensión de salud psicológica

El 50% (26) de los encuestados, raramente ha experimentado ciertos hechos (tristeza, culpa, desesperanza, sentirse que no sirve, desanimado, ansiedad, depresión) en las últimas dos semanas respecto a su salud psicológica.

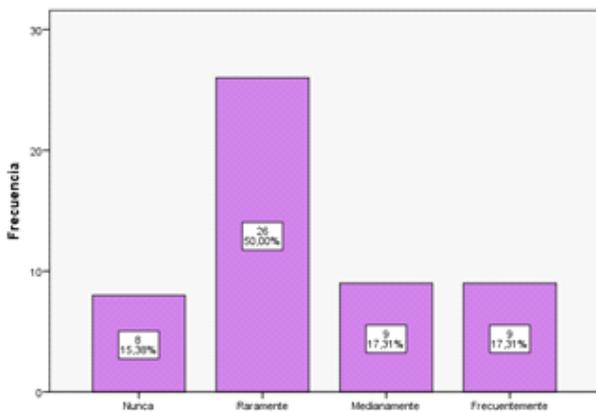


Figura 4. Dimensión de salud psicológica

Dimensión de relaciones sociales

Se tuvo evidencia que el 51,9% (27) de los encuestados, está lo normal “satisfecho o bien” en varios aspectos de su vida (personas allegadas, sus hijos, su esposa, sus padres, amigos) en las últimas dos semanas respecto a sus relaciones sociales.

Dimensión del ambiente

De igual forma se encontró que el 44,2% (23) de los encuestados, está bastante “satisfecho o bien” en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas respecto a ¿cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?, ¿cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?, ¿cuán satisfecho está con su transporte?

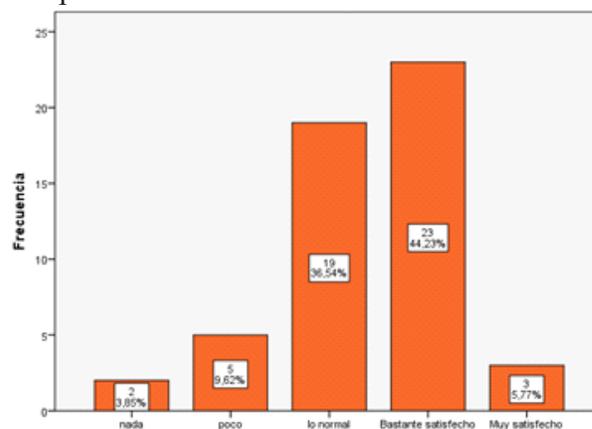


Figura 6. Dimensión del ambiente

DISCUSIÓN

La estancia prolongada en UCI lleva a que se afecte la calidad de vida de las personas, ya que, debido al afán de mantener con vida a la persona, pasan a un segundo nivel los pilares que permiten la calidad de vida, como las relaciones interpersonales, el ambiente (laboral, personal), las emociones, el estilo de vida y la manera en la que la persona toma decisiones y practica las habilidades para la vida. Las personas allí generan una cantidad de emociones y sentimientos que dependen finalmente de su estado de salud, y que próximamente sería el alta de UCI.

Según Vallejo, et al.¹³ “el paciente al egreso de la Unidad de Cuidado Intensivo UCI, presenta un deterioro de la independencia funcional y la incapacidad de realizar sus propias tareas, llegando a la dependencia temporal o permanente”, de igual forma, en el estudio de Campos y Salas¹⁴ expresan “La calidad de vida de los pacientes que son egresados de las unidades de cuidado intensivo es una preocupación frecuente por la alta incidencia de secuelas cognitivas y las complicaciones funcionales que padece esta población luego de su egreso”, y Arango, et al.¹⁵ también dice que “Para los pacientes que egresan de una unidad de cuidados intensivos, los procedimientos realizados, las secuelas y las comorbilidades asociadas a su etiología de ingreso afectan su calidad de vida”.

En nuestro estudio se demostró que los pacientes que egresan de UCI la gran mayoría retoman su vida diaria sin problema, pero un porcentaje menor dijo que se les había dificultado como lo expresa Arango et al.¹⁵ “los pacientes que egresan de UCI comparados con la población general tienen una disminución en la calidad de vida y un aumento de la mortalidad durante el primer año”. Campos y Salas¹⁴ el ser humano durante su vida realiza tareas complejas y sencillas, algunas son cotidianas y otras exclusivas de alguna ocasión. Las tareas de la vida cotidiana son las que normalmente se hacen por cuenta propia, ej.: vestirse, comer, bañarse, entre otras; el paso por la UCI lleva a un síndrome de des acondicionamiento físico, generando que al

egreso de la Unidad, muchas de estas labores “sencillas” se conviertan en el reto de cada día o que simplemente no las puedan realizar por sí solos; por tal motivo, la evolución ideal de estos pacientes consiste en volver a su estado de salud previo, o al esperado para una persona del mismo grupo de edad.

El conjunto de estos síntomas y manifestaciones recibe el nombre de síndrome post UCI, Martínez, S¹⁶ denomina “el síndrome llamado “post-UCI” también afecta a los familiares que llegan a sufrir consecuencias negativas, no solo físicas, sino sobre todo del tipo psicológico y social, repercutiendo inevitablemente en su día a día”.

Por la literatura revisada no es fácil comprender lo que experimentan los pacientes al egreso de UCI, debido a la serie de emociones y miedos que presentan, pero según Calderón, R¹⁷ “pudo demostrar que la mayoría de pacientes que recibieron cuidado intensivo tuvieron una reincorporación completa a sus actividades habituales, aunque con algunas dificultades”. De la misma manera, Blanco y Velasco¹⁸ anotan que el diario de UCI tuvo su origen en Europa. Es un método no farmacológico sencillo y muy valioso que podría ayudar a los pacientes a entender, aceptar y evaluar, mediante una narración coherente, su proceso, recuperación y enfermedad, sirviendo de impulso para recuperar, debido a la sedación, la memoria de lo sucedido, así como a establecer una relación entre sus sueños y la realidad, disminuir el impacto de las consecuencias psicológicas (TEPT y síntomas relacionados) y mejorar la calidad de vida tras el alta.

Por lo tanto, los pacientes que estuvieron en UCI deberían de llevarse un seguimiento a su incorporación a su vida habitual, por medio de más investigaciones para mejorar tanto la atención como la calidad de vida de estos como lo menciona Correa, L¹⁹ que un tercio de los pacientes fallece a los pocos meses de ser egresado hospitalario a pesar del tratamiento brindado, esto pudiera estar relacionado con la enfermedad y la falta de acondicionamiento del paciente, además verse influenciado por factores como el cuidado post egreso, la oportuna evaluación médica.

Muchos pacientes son dados de alta sin comprender realmente sus limitaciones, la gravedad de las mismas y las expectativas de recuperación. Son dados de alta sin el equipamiento necesario y con acceso limitado a los centros de rehabilitación²⁰.

CONCLUSIÓN

Se logró evaluar el nivel de calidad de vida en donde la mayoría de los pacientes post UCI refirieron calidad de vida normal en relación con la salud y bienestar de las personas. La calidad de vida respecto a la salud física y mental de la persona tras la estancia prolongada en UCI fue determinada como normal por las personas pertenecientes al estudio, raramente han experimentado secuelas psicológicas y tienen relaciones con el ambiente bastante satisfactorias.

REFERENCIAS

1. Bello A, Bravo H, Avilés L. Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. [Internet] 2016. [Consultado octubre de 2020]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n1/05_ordinal4.pdf
2. Álvarez G, Pérez Y. Variación de la calidad de vida al año de alta del ingreso en UCI y ventilación mecánica. *Med. Intensiva* [Internet]. 2008 [Consultado marzo de 2020] Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239904781316>
3. Fernández M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. [Internet]. 2016. [Consultado octubre de 2020] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000100014
4. Vargas C. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos hospitalizados en UCI: Revisión de la literatura. [Internet] 2018. [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en:
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/25782/Camilo%20Andres%20Vargas%20Contreras%20%28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Álvarez M. Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos. [Internet]. [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11609/Piquero%20Cuevas%20Mar%20c3%ada.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
6. Vallejo J, Leyton L. Cambios en la funcionalidad del paciente crítico y la calidad de vida después de cuidado intensivo (UCI), Pereira [Internet]. 2019. [Consultado octubre de 2020] Disponible en:
<https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1526/1472>
7. Lalonde M. Medio ambiente, salud y calidad de vida [Internet] 2017 [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:
https://www.bizkaia21.eus/fitxategiak/09/bizkaia21/Saber/Medio%20ambiente_salud_y_calidad_de_vida.pdf
8. Valenzuela C. Describiendo el impacto del síndrome post UCI. [Internet] 2019. [Consultado octubre de 2020]. Disponible en:
<http://www.medicina.uchile.cl/noticias/describiendo-el-impacto-del-sindrome-post-uci.html>
9. Añon J. La consulta del síndrome Post-UCI ya es una realidad. [Internet] 2017. [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/la-consulta-del-sindrome-post-uci-ya-es-una-realidad/>
10. Flórez I, Herrera E, Carpio E, Veccino M, Zambrano D, Reyes Y et al. [Internet] [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a03.pdf>

11. Delgado M, García de Lorenzo y Mateos A. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. [Internet] noviembre de 2017 [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en:

<http://www.medintensiva.org/es-sobrevivir-las-unidades-cuidados-intensivos-articulo-S0210569117300657>

12. Badia M, Trujillano J, Serviá L, Marcha J, Rodríguez A. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. *Med. Intensiva* [Internet]. 2008 [Consultado octubre de 2020]. 32(5): 203-215. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000500001&lng=es

13. Vallejo JI, Leyton L, Ayala KY, Becerra AM, Mejía D & Arias JA. Cambios en la funcionalidad del paciente crítico y la calidad de vida después de cuidado intensivo (UCI). *Semilleros Andina* [Internet]. 2019. [Consultado octubre de 2020]. (12): 115-120. Disponible en: <https://doi.org/10.33132/26196301/1526>

14. Campos C, Salas, D. Calidad de vida en pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos de tercer nivel; estudio prospectivo de 12 meses. [Internet] 2016 [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5744167>

15. Arango D et al. ¿Qué pasa con la calidad de vida después de la Unidad de Cuidados Intensivos? Estudio observacional de corte transversal. *Rev. colomb. anestesiología*. [Internet]. 2019 [Consultado diciembre de 2020]. 47(1): 32-40. ISSN 0120-3347. Disponible en:

<https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000085>.

16. Martínez, S. Covid 19 y su síndrome Post Cuidados Intensivos. [Internet] 2020 [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.hpshospitales.com/2020/04/24/covid-19-y-su-sindrome-post-uci/>

17. Calderón R. Egresados de una unidad de cuidados. [Internet] 2020 [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5744167>

18. Blanco L, Velasco N. Diarios de UCI y Estrés Postraumático: aproximación a la eficacia y experiencias vividas mediante un método mixto. [Internet] 2018 [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684682/blanco_lopez_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Correa, L. Actores asociados con eventos adversos posteriores a la unidad de cuidados intensivos: un estudio de validación clínica. [Internet] 2020 [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12091>

20. Vázquez, B. Interdisciplinaria post-UCI. [Internet] [Consultado 20 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/descargas/Capacitacion/Cuidados>

SEGUIMIENTOS



VEMOS EL TRIUNFO CUANDO NO NOS RENDIMOS

WE SEE THE TRIUMPH WHEN WE DON'T GIVE
UP

Luis Alfonso Ballesteros Gonzales¹, Leidy Rocío Cárdenas Baron², Ángela Andrea Correa Suarez³,
Manuela Alexandra Mateus Melo⁴, Karolahin Lizbeth Remolina Manrique⁵, Melany Torres Osma⁶,
Martha Lucía Alonso⁷.

Resumen

Introducción: La enfermería basa su quehacer en la atención, asistencia, promoción y prevención del estado de salud de una persona, por medio de la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Objetivo: Desarrollar un seguimiento de enfermería al señor JAH aplicando el proceso de enfermería y basados en la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem.

Metodología: Se realizó un estudio de caso, teniendo como criterios de selección que el señor JAH, presentaba como diagnóstico, diabetes mellitus tipo II, amputación bilateral de miembros inferiores, insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial, patologías vistas en el nivel de aprendizaje, además la facilidad para la obtención de la información, pues el paciente estuvo en internación en el HMB y también se obtuvo el consentimiento informado del paciente y su cuidador, así mismo, se evidencia déficit del rol cuidador, poco apoyo familiar, detrimento en la calidad de vida y deterioro de la integridad cutánea generado por conocimientos deficientes sobre el manejo de sus morbilidades.

Resultados: Se inicia el seguimiento con la valoración por dominios, donde se identifican diagnósticos alterados, después se priorizan y de acuerdo con esto, se planean intervenciones con el señor JAH y su cuidador, conocimientos deficientes, relacionados con cambios de posición para evitar úlceras por presión, la toma de medicamentos a intervalos prescritos, y almacenamiento adecuado de la medicación, además respecto al deterioro de la integridad cutánea en relación con la úlcera, se observó mejoría en la cicatrización, tamaño, profundidad, características y mejoramiento del confort, así mismo, se fortalecieron los conocimientos del cuidador logrando su apoyo en el proceso del manejo de la enfermedad.

Conclusiones: Por medio de la aplicación del proceso de enfermería, se pudo evidenciar una eficacia en un 86% del estado

Correspondencia: Melany
Torres Osma.
melanyosma@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:
Ninguno a declarar

(1,2,3,4,5,6) Estudiante
Enfermería. Fundación
Universitaria de San Gil,
Santander, Colombia.

(7) Docente Planta Programa de
Enfermería UNISANGIL

de salud del paciente JAH.

Palabras clave: Conocimiento, cuidado, confort, intervenciones, enfermedades.

Abstract

Introduction: Nursing bases its work on the care, assistance, promotion and prevention of a person's state of health, through the application of the nursing care process.

Objective: To develop a nursing follow-up to Mr. J.A.H by applying the nursing process and based on the Self-Care Theory of Dorotea Orem.

Methodology: A case study was carried out, having as selection criteria that Mr. J.A.H, presented as a diagnosis, diabetes Type II mellitus, bilateral lower limb amputation, chronic renal failure and arterial hypertension, pathologies seen in the learning level, in addition to the ease of obtaining information, since the patient was hospitalized in the HMB and the Informed consent of the patient and their caregiver, as well as a deficit in the caregiver role, little family support, detrimental quality of life and deterioration of skin integrity generated by poor knowledge about the management of their morbidities.

Results: the follow-up begins with the assessment by domains, where altered diagnoses are identified; subsequently, they are prioritized and according to this, interventions are planned with Mr. J.A.H and his caregiver, evidencing progress in the state of health in relation to the diagnoses nurses intervened. Deficient knowledge, related to changes of position to avoid pressure ulcers, taking medications at prescribed intervals, and proper storage of medication. In addition to deterioration of skin integrity in relation to the ulcer, improvement in healing would be sought, size, depth, characteristics and improvement of comfort, likewise, the knowledge of the caregiver was strengthened, obtaining their support in the process of managing the disease

Conclusions: through the application of the nursing process, it was possible to evidence an efficacy in an 86% of the J.A.H patient's health status.

Keywords: Knowledge, care, comfort, interventions, diseases.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un trastorno crónico de base genética con marcada influencia de factores ambientales, caracterizado por tres tipos de manifestaciones:

1) Un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina y/o resistencia a la acción periférica de la misma.

2) Un síndrome vascular con un componente macroangiopático, que afecta a todos los órganos, pero en especial el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina y un componente microangiopático, el cual involucra la microcirculación y fundamentalmente las alteraciones funcionales en el endotelio vascular.

3) Un síndrome neuropático que puede ser, a su vez, autónomo o periférico con implicaciones sobre el funcionamiento vascular³.

La diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, y otras patologías son de gran prevalencia en adultos mayores de 60 años. Según el Atlas de la diabetes, el número de personas con diabetes alcanzará los 109 millones en 2040¹, siendo considerada por algunos autores como una enfermedad epidémica², así mismo, es considerada como la enfermedad heterogénea crónica de mayor morbilidad y mortalidad, caracterizada por la hiperglucemia, como resultado de la resistencia insulínica o alteración en la captaciones periférica de la misma^{1,2,3}.

La diabetes mellitus, se presenta por la deficiencia de insulina, ya sea por un daño en el funcionamiento o por la disminución del número de las células betas del páncreas, que en conjunto con el incremento en la resistencia insulínica, genera una mayor producción hepática de glucosa para que esta sea captada por la insulina, pero como este proceso no se realiza, los tejidos se vuelven insulinosensibles, sobre todo el tejido musculoesquelético y adiposo, donde la glucosa no ingresa en la célula para ser convertida en energía y el organismo busca otros medios para

formarla, es así que en el hígado el glucógeno es captado y convertido en energía^{5,1}.

Existen unos factores de riesgo asociados a esta enfermedad como la herencia y algunas comorbilidades en especial la hipertensión arterial (HTA), las dislipidemias y la obesidad². El riesgo de eventos cardiovasculares fatales y no fatales en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 es de 2 a 4 veces mayor que en sujetos no diabéticos. Si se incluyen estos factores de riesgo observamos que la coexistencia de estos con la diabetes conduce a un efecto multiplicador en el incremento del riesgo para eventos cardiovasculares.

Diabetes mellitus e hipertensión arterial (HTA) coexisten más comúnmente de lo registrado en la literatura clásica, reportándose en estudios de grandes poblaciones en países del primer mundo entre un 60-65% de prevalencia de ambas entidades. Estas patologías son factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular, que al coexistir aumentan el peligro de 2 a 8 veces de morbilidad por enfermedad cardiovascular y más del doble de mortalidad por este mismo problema. Los factores involucrados en esta asociación incluyen: 1) Las dos entidades aumentan de frecuencia con la edad, 2) Tienen factores predisponentes comunes, 3) La hipertensión es secundaria a las complicaciones de la diabetes, generalmente a la nefropatía, en la diabetes tipo 1, y 4) La hipertensión en los diabéticos tipo 2 puede aparecer antes o estar relacionada a la nefropatía diabética⁴. Se hace referencia a la HTA, cuando las cifras tensionales están entre 140/90 Mm Hg o inclusive superiores, la OMS proporcionó como clasificación de ella: normal, normal alta, grado I, II, III y sistólica aislada como se evidencia en la tabla 1⁶.

Tabla 1. Guía Latinoamericana de Hipertensión arterial⁷

Presión Arterial		
Óptima		<120/80 mmHg
Normal:		120/80-129/84 mmHg
Normal Alta:		130/85-139/89 mmHg
Hipertensión	Grado 1:	140-159/90-99 mmHg
Hipertensión	Grado 2:	160-179/100-109 mmHg
Hipertensión	Grado 3:	≥ 180/110 mmHg
Hipertensión Sistólica Aislada		≥ 140/<90 mmHg

Los cambios vasculares que se describen en los hipertensos consisten en el aumento del grosor de la capa media vascular en todos los vasos (grandes, medianos, pequeños y arteriolas), como respuesta adaptativa de la pared arterial para regular el flujo local, observándose dicho fenómeno en la totalidad del sector arterial incluyendo grandes arterias hasta arteriolas de resistencia, condición que amplifica y perpetua la HTA. Como dato curioso, en modelos animales, estos cambios estructurales son de hipertrofia en los grandes vasos y de hiperplasia en las pequeñas arterias y arteriolas³.

Además de estas alteraciones mecánicas, se describe el fenómeno de rarefacción vascular que no es más que la pérdida efectiva de unidades de perfusión microvascular arteriolas o capilares, dando como resultado una hipoperfusión en el músculo esquelético.

La resistencia a la insulina se relaciona directamente con la hipoperfusión y con la pérdida de la densidad capilar en el músculo esquelético. En los pacientes diabéticos, se describen alteraciones estructurales de la pared de los vasos ligadas a los valores de hiperglucemia⁶.

Tanto la diabetes mellitus Tipo 2 como la hipertensión arterial generan complicaciones en el bienestar de la calidad de vida de la persona, dentro de esas se encuentra la insuficiencia renal crónica que puede progresar a estadios terminales incompatibles con la vida⁷, tales como la insuficiencia renal crónica (IRC), que lleva al paciente a etapas terminales y con requerimiento de tratamiento sustitutivo de la función renal como diálisis, hemodiálisis y en casos mayores el trasplante de riñón⁵ considerándose un problema de salud pública a nivel mundial.

Otro escenario son las infecciones agudas de las vías urinarias frecuentes, las cuales se pueden dividir en 2 grandes categorías según su localización anatómica, infecciones de las vías bajas como uretritis, cistitis y prostatitis e infección de vías altas como pielonefritis aguda, que se define como la colonización de bacterias en la vejiga que se adhieren al urotelium, alcanzando los últimos milímetros del uréter terminal provocando una disminución o hasta desaparición del peristaltismo uretral permitiendo que los gérmenes viajen hasta las

cavidades renales, siendo esta última otra de las patologías que prestaba el señor JAH⁶.

Enfermería como profesión establece su razón de ser en el cuidado y en la atención del ser humano, cuya eficacia integra los conocimientos adquiridos durante el proceso académico y la experiencia conseguida durante la práctica clínica, complementado con la capacidad física y mental de la persona que ofrece el cuidado, siendo importante resaltar la relación del estudiante de enfermería y el paciente intervenido, puesto que se forma una diada que busca generar un ambiente de confianza, respeto y expresión de emociones, por consiguiente, y como estudiantes de enfermería y futuros profesionales, es importante generar un vínculo con el paciente que nos permita establecer un apoyo en su proceso de enfermedad y tratamiento, basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en sus etapas de: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, y cuyo objetivo es plantear respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales, controlando y previniendo el riesgo fomentando en el paciente, la seguridad y, por ende, una mejor calidad de vida⁷.

El señor JAH fue seleccionado para realizar un plan de cuidados por parte de estudiantes de 7º semestre de enfermería de Unisangil, orientado por la docente Martha Lucía Alonso, quien nos propuso ejecutar un abordaje multifactorial que contribuyó a mejorar la condición de salud y la calidad de vida del paciente, empleando para esto el lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC y teniendo como fundamentación teórica la teoría del autocuidado de Dorotea Orem.

METODOLOGÍA

Se seleccionó para la realización del seguimiento de enfermería, al señor JAH que se encontraba internado en el servicio de hospitalización de medicina interna del HMB, con morbilidades como diabetes mellitus tipo II, amputación bilateral de miembros inferiores, insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial, por consiguiente, a través del uso de instrumentos de valoración, NANDA, NOC, NIC se evidencia la necesidad de apoyar su recuperación a través de actividades de promoción de la salud, prevención

de la enfermedad y tratamiento, pues refleja alteraciones como déficit de conocimientos sobre sus patologías, manejo y tratamientos, déficit del rol cuidador, poco apoyo familiar y deterioro de la calidad de vida, además se observó un deterioro de la integridad cutánea, luego se aplicó el consentimiento informado, para proceder a realizar las intervenciones, las cuales inician con el diligenciamiento del formato de valoración del estado de salud, y por medio de la entrevista y el examen físico se establecieron los diagnósticos según la NANDA y priorizados según el diagrama de PESUT:

1. Conocimientos deficientes, manifestado por conocimiento insuficiente y no sigue completamente las instrucciones, con factor relacionado, conocimiento insuficiente de los recursos; 2. Deterioro de la integridad cutánea manifestado por alteración de la integridad de la piel, con factor relacionado de mecánica (inmovilidad física), hidratación y alteración sensorial (a consecuencia de la diabetes mellitus); 3. Cansancio del rol cuidador manifestado por el estado de salud del cuidador socioeconómico: Productividad laboral baja, cambios en las actividades de ocio, enfermedad crónica, gravedad de la enfermedad, recursos: conocimiento insuficiente, crisis financiera (finanzas insuficientes), falta de experiencia con los cuidados, transporte inadecuado, con factor relacionado con tiempo insuficiente, asistencia insuficiente, recursos comunitarios insuficiente. Por último, se seleccionaron los resultados (NOC) con sus respectivos indicadores, que se midieron con su propia escala, y se realizó la operacionalización de los indicadores, seleccionando las intervenciones indicadas con sus actividades específicas con el fin de contribuir positivamente en los resultados que promovieran el mejoramiento de la calidad de vida del señor JAH.

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

Con la implementación del proceso de enfermería (PAE) Taxonomía Nanda NIC NOC, se desarrolló el seguimiento comunitario al paciente JAH, llevando a cabo intervenciones

que involucraron al paciente y a su esposa, quien cumple el rol de cuidadora, logrando realizar acciones tales como: impartir conocimientos sobre las patologías que afectan al paciente, tratamiento farmacológico, complicaciones, síntomas y manejo en casa. Así mismo, se realizaron intervenciones directas sobre la lesión por presión en región sacra, lo que permitió su mejoría. Se intervino a la cuidadora con acciones que le permitieron mejorar su rol, evidenciados en los resultados de intervención o NOC⁸, las intervenciones permitieron impactar en la mejora de la calidad de vida para el señor JAH y su familia. La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem permitió realizar intervenciones acordes con las necesidades que presentaba el paciente JAH, lo que evidencia la importancia de las teorías y del proceso de enfermería como herramientas científicas que permite brindar un cuidado de enfermería integral e individualizado a la persona, diseñando intervenciones a partir de la identificación de estrategias de afrontamiento y dimensiones afectadas⁹.

Tabla 2. Síntesis del caso.

Diagnóstico	Intervención aplicada	Etiqueta NOC aplicada	Estado inicial	Estado final	Eficacia lograda
Conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> Baño Enseñanza: proceso de la enfermedad Enseñanza: medicamentos prescritos 	Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	7/25	21/25	82%
Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> Precauciones circulatorias Vigilancia de la piel Cuidados de la úlcera por presión 	Curación de la herida: por segunda intención	9/30	24/30	100%
Roles del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo al cuidador principal Fomentar la mecánica corporal Disminución de la ansiedad 	Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	8/25	21/25	81%
<ul style="list-style-type: none"> Promedio de eficacia del plan de cuidado aplicado 					87,6%

DISCUSIÓN

El cuidado profesional de enfermería, basado en el proceso de atención de enfermería, lleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, familia y profesionales, como para las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la gran importancia de brindar una atención siempre con principios éticos, humanos y científicos¹⁵.

Es necesario resaltar la importancia de un cuidado integral al paciente, familia y cuidador, incluyendo educación en salud, manejo de tratamiento y prevención de complicaciones y apoyo espiritual, actividades imprescindibles para lograr la recuperación del paciente.

La educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero, pues hace parte central del cuidado que este profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por naturaleza¹⁶.

Algunos investigadores que han centrado su atención en el rol educativo enfermero, dan cuenta de la importancia que tiene la educación en el contexto del cuidado, ya que al cuidar se está educando permanentemente. Consideran que esta acción aumenta la participación de los pacientes en su cuidado y tratamiento, y que esto favorece su recuperación y ayuda a prevenir complicaciones; señalan también que la educación a los pacientes contribuye a la satisfacción, la seguridad y, por consiguiente, a la calidad de la atención^{17,18}.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería debe ser planeado a través del proceso de atención de enfermería, el cual permite ofrecer atención integral, por lo cual se recomienda a todos los profesionales de enfermería incluirlo en sus planes diarios de atención, como herramienta fundamental en las intervenciones que debe realizar al sujeto de cuidado.

Vincular al paciente y cuidador en el cuidado diario, fomenta más el desarrollo del autocuidado

y logra que se responsabilice del manejo de su enfermedad, lo que garantiza una mejor adherencia al tratamiento.

La educación sobre la patología al paciente, familia o cuidador permite resolver dudas, temores y orientar el cuidado a la adopción de conductas saludables que posibilitan una recuperación más rápida del estado de salud. En nuestro seguimiento al señor JHA, se brindó educación sobre sus patologías: Diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica al paciente, familia y cuidador, se utilizaron recursos como sesión educativa individual y de grupo con apoyo de recursos metodológicos infografías, folletos, carteles y demostraciones.

El conocimiento más profundo sobre las teorías y su importancia como aliada en la sistematización de la asistencia propiciaría una reducción en el nivel de expectativa, contribuyendo a la calidad de la asistencia¹⁹. Planear el cuidado basado en una teoría de enfermería o un modelo de atención mejora el enfoque y la calidad del cuidado, en nuestro seguimiento la teoría de Orem permitió fomentar en el paciente, familia y cuidador la importancia del autocuidado como estrategia fundamental en su proceso de enfermedad y recuperación.

REFERENCIAS

1. OPS. [Internet]. Panorama general de la diabetes. [Consultado el 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
2. Franco T, Valencia EL, Centeno SC, Mendoza RD. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*. 2012; 17(2):94–9.
3. González M. Hipertensión arterial y diabetes. *Rev Esp. Cardiol*. 1997; 50 (Supl 4): 33-48.
4. Llorente Y, Enrique P, Rivas D, Borrego Y. Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. *Revista Cubana de Endocrinología*. [Internet]. Mayo-ago. 2016. [Consultado el 9 de octubre de 2020]; 27 (2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000200002

5. Marks J, Raskin P. Nefropatía e hipertensión en diabetes. *Clín Méd de NA*. 4ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 1999; 817-844.

6. Vázquez J, Contreras F, Velasco M. Actualización en terapia trombolítica. *Arch. Vzlanos de Farmacología y Terapéutica*. 1999; (18): 59-70.

7. Pérez I. *Gac Med Mex*. [Internet]. 2016. [Consultado el 5 de septiembre de 2020]. 152 (1): 50-5. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM_152_2016_S1_050-055.pdf

8. Sánchez, R y otros. *Rev Chil Cardiol*. [Internet]. 2010. [Consultado el 5 de septiembre de 2020]. 29 (1). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext

9. Mourad JJ. Hipertensión arterial. *EMC - Tratado Med*. [Internet]. 2002. [Consultado el 7 de septiembre de 2020]; 6 (1):1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541002701724>

10. Reubi F. Physiopathology of arterial hypertension. *Brux Med*. 1953; 33 (38):1909-23.

11. Kong H, Zelanda N. *C General. Shakespear Q*. 1972; 23 (3):367-82.

12. Nanda Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. 11º ed. Elsevier; 2019.

13. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC*. 4º ed. Elsevier Mosby; 2008.

14. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. 5º ed. Elsevier Mosby; 2009.

15. Carvajal H, Sánchez B. *Nursing care with a human approach: a model for practice with*

service excellence. Aquichan. [Internet]. 2018. [Consultado el 14 de septiembre de 2020]; 18 (2): 149-59. Disponible en <http://bit.ly/2q2EdOJ>

16. Kosier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *La esencia de la enfermería*, editores. *Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica*. 7ª. ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2004. pp. 1-22.

17. Silva JL. *Influência da educação do paciente e do familiar no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Salud Pública Sergio Arouca; [Internet]. 2011. [Consultado el 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=609666&indexSearch=ID>

18. Miguel M, Valdés C, Rábano M, Artos Y, Cabello P, Castro N. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. [Internet]. 2009. [Consultado el 10 de septiembre de 2020]; 12 (1): 19/25. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n1/original3.pdf>.

19. Mesquita E, López MV. de O. Carvalho AF, Teixeira F.E., Barbosa IV *Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos*. *Enferm. glob*. [Internet]. 2009. [Consultado el 10 de septiembre de 2020]; 17. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017.

APRENDAMOS DE HANSEN Y ELIMINEMOS ESTIGMAS

LET'S LEARN FROM HANSEN AND REMOVE STIGMAS

Carlos Manuel Torres Bayona¹, Laura Valentina Fernández Granica², Lethy Carolina Peña Cristancho³, Carolina Cala Parra⁴, Erika Yuliana Colmenares Eslava⁵, Luis Alonso Santos Rodríguez⁶, Luz Dary Carreño Rodríguez⁷, Rosa Ernestina Villarreal Pérez⁸.

Resumen

Introducción: La profesión de enfermería permite el enfoque en el cuidado y la atención del ser humano, fortaleciendo el rol de la profesión, cuya eficacia integra los conocimientos adquiridos durante el proceso académico y la experiencia al momento de la práctica clínica. Así, el profesional tiene como objetivo intervenir, de manera inmediata, con sus conocimientos para establecer las respectivas intervenciones que lleven a una mejor calidad de vida.

Objetivo: Realizar un plan de cuidado a la señora MARC de 68 años de edad, teniendo en cuenta los metaparadigmas planteados por la teórica Katharina Kolcaba, implementando el cuidado de enfermería por los estudiantes de séptimo semestre, grupo “3” de Unisangil durante el período 2020-2022 enfocándose por medio del formato de valoración y los diagnósticos alterados de la taxonomía NANDA, mediante intervenciones y cuidados de enfermería estandarizado por el NOC y NIC.

Metodología: Se seleccionó para el seguimiento de enfermería a la señora MARC quien se encontraba en valoración en el sanatorio de contratación, quien padecía de Hansen. Es así como se desarrollan las intervenciones adecuadas para mejorar las condiciones de vida de la señora, con el previo consentimiento informado.

Resultado: Al finalizar el proceso de enfermería, se observó en la señora MARC el progreso de su estado de salud en relación con los diagnósticos de enfermería, disposición para mejorar la gestión de la salud.

Conclusiones: Por medio de las intervenciones realizadas, se pudo evidenciar la mejoría en un 77.7% de la señora MARC relacionado con el bienestar físico, psicológico y fisiológico.

Palabras clave: Hansel, herida, movilidad, deterioro, cuidado, gestión de la salud.

Correspondencia: Luz Dary Carreño Rodríguez
luzcarreno@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:
Ninguno a declarar

(1,2,3,4,5,6) Estudiante Enfermería. Fundación Universitaria de San Gil, Santander, Colombia.

(7,8) Docentes del programa de Enfermería, Fundación Universitaria de San Gil, Santander-Colombia

Abstract

Introduction: The nursing profession allows the focus on the care and attention of the human being, strengthening the role of the profession, whose effectiveness integrates the knowledge acquired during the academic process and the experience at the time of clinical practice. Thus, the professional aims to intervene immediately with their knowledge to establish the respective interventions that lead to a better quality of life.

Objective: To carry out a care plan for the 68-year-old M.A.R.C taking into account the meta-paradigms raised by the theorist Katharina Kolcaba, implementing nursing care for the seventh semester students, group "3" of UNISANGIL during the 2020-2 period focusing on the assessment format and the altered diagnoses of the NANDA taxonomy, through interventions and nursing care standardized by the NOC and NIC.

Methodology: Mrs. M.A.R.C, who was under evaluation in the sanatorium of the contracting municipality, who suffered from Hansen, was selected for the nursing follow-up. This is how appropriate interventions are developed to improve the woman's living conditions, with prior informed consent.

Result: At the end of the nursing care process, it was observed in Mrs. M.A.R.C the progress of her state of health in relation to nursing diagnoses, willingness to improve health management.

Conclusions: Through the interventions carried out, it was possible to show improvement in 77.7% of Mrs. M.A.R.C's physical, psychological and physiological well-being

Keywords: Hansel, Wound, mobility, deterioration, care, health management.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hansen, más conocida como lepra, es una infección granulomatosa crónica, producida por el bacilo (*Mycobacterium leprae*), que afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos, entre los signos y síntomas de la enfermedad se presentan decoloraciones o lesiones cutáneas, con pérdida de la sensibilidad; de evolución lenta y de acuerdo con su

progresión, puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el polo anterior del globo ocular, los testículos y el riñón, si la lepra es tratada en las primeras fases pueden llegar a evitarse graves deformidades e incapacidades¹⁰.

Según las cifras oficiales procedentes de 121 países de 5 regiones de la OMS, la prevalencia registrada mundial de la lepra a finales de 2014 era de 175.554 casos, y ese mismo año se notificaron aproximadamente 213.899 nuevos casos. A partir de 1985 Colombia introdujo la poliquimioterapia para el tratamiento farmacológico de la lepra, cumpliendo con el compromiso global de avanzar hacia la meta de eliminación del evento como problema de salud pública en 1997. De igual manera, desde hace más de 10 años el país ha presentado tasas por debajo de la meta de eliminación. Sin embargo, la lepra sigue siendo una enfermedad estigmatizada y constituye un problema de salud pública en países tropicales y subtropicales de América, Asia y África⁶. El Ministerio de Salud y Protección Social incorpora la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para esta enfermedad. El objetivo principal es establecer un diagnóstico temprano, enfermedad cuya estrategia mundial 2016-2020 busca una tasa de discapacidad menor a un caso por millón de habitantes. Colombia priorizó la lepra dentro del Plan Decenal de Salud Pública y estableció la siguiente meta para este evento: Disminuir la discapacidad severa por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos hasta llegar a una tasa de 0.58 casos por 1.000.000 de habitantes con discapacidad grado 2 en el 2022. Así mismo, reducir a menos del 7% los casos con discapacidad severa entre los nuevos detectados para el mismo año.

Es de vital importancia que desde el rol de enfermeros nos enfoquemos a lograr que la persona, familia o población realice cambios en su autocuidado, teniendo en cuenta que los factores de riesgo asociados con la presencia de un caso de lepra son desnutrición, hacinamiento y susceptibilidad inmunológica de la persona infectada. Existen otros determinantes como el ambiente físico, social y económico. Algunos de ellos modificables a través de la educación a realizar en los procesos de enfermería aplicados a la población susceptible⁷.

La realización del seguimiento de enfermería comunitario, llevado a cabo en la paciente MARC, diagnosticada con lepra tuberculoide a sus 68 años de edad, vinculada al programa de Hansen, quien asiste a controles periódicos en el Sanatorio de Contratación de Santander. Se llevó a cabo la realización de las intervenciones de enfermería en la paciente antes mencionada, el cual se encuentra plasmado en el siguiente trabajo, junto con la valoración de cada uno de los dominios establecidos en la NANDA, para así lograr aplicar intervenciones que respondan a las necesidades en salud observadas, teniendo como base para este modelo la teoría del confort.

METODOLOGÍA

Mediante la recolección de datos obtenidos por medio del formato de valoración del estado de salud, donde se incluye información subjetiva por medio de la entrevista realizada a la señora MARC e información objetiva obtenida por medio de un examen físico en el cual se presentaron los diagnósticos encontrados según la taxonomía NANDA y priorizados según el diagrama de PESUT¹, posteriormente se plantearon las intervenciones más apropiadas que promuevan, en gran medida, el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, así como su mejoramiento cognitivo y físico. Se seleccionó para la realización del seguimiento de enfermería, con el previo consentimiento informado y aceptación por parte de la señora MARC de 68 años, quien se encontraba en el Sanatorio del municipio de Contratación con diagnóstico de la enfermedad de Hansen, aplicando los diagnósticos correspondientes y cuidados de enfermería acordes para la señora MARC, con el fin de analizar los dominios afectados según la estandarización NANDA¹ para luego realizar las intervenciones adecuadas, se priorizan los diagnósticos según PESUT: 1. Disposición para mejorar la gestión de la salud manifestado por expreso deseo de mejorar la gestión de la enfermedad, expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar objetivos; 2. Deterioro de la movilidad física manifestado por disminución de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural, disminución de las habilidades motoras finas, con

factor relacionado, conocimiento insuficiente del valor de la actividad física, deterioro musculo esquelético; 3. Deterioro de la integridad cutánea manifestado por alteración de la integridad de la piel, alteración de las superficies de la piel, destrucción de la capa de la piel, con factor relacionado hidratación, humedad, cambios de pigmentación, deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad.

Posteriormente se seleccionaron los resultados (NOC)² con sus respectivos indicadores que se miden con su propia escala, de inmediato se realizó la operacionalización de los indicadores de su estado inicial y final. En seguida se buscaron las intervenciones indicadas con sus actividades específicas con el fin de contribuir positivamente en los resultados, intervenciones que fueron aplicadas en un período de tiempo aproximado un mes y quince días en donde se enseñaron y aplicaron cuidados tanto para la salud física como mental, en especial en lo relacionado al estigma existente en torno a la enfermedad de Hansen en la sociedad.

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

Tabla 1. Síntesis del caso

Diagnóstico	Intervención aplicada	Etiqueta NOC aplicada	Estado inicial	Estado final	Eficacia lograda
Disposición para mejorar la gestión en la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Educación para la salud - Facilitar el aprendizaje - Grupo de apoyo - Enseñanza individual 	Creencias sobre salud: Percepción del control	11/20	15/25	100%
Deterioro de la movilidad física	<ul style="list-style-type: none"> - Masaje - Vigilancia de la piel - Manejo de presiones - Ayuda con el autocuidado - Cuidado de los pies - Cuidado de las heridas 	Adaptación de la discapacidad física	14/25	24/25	83,3%
Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de la piel - Cuidados de los pies - Fomento del ejercicio 	Deterioro de la integridad Cutánea	14/25	17/25	50%
Promedio eficacia plan de cuidados aplicado			→		77,7%

CONCLUSIONES

Se dio a conocer el seguimiento realizado a la señora MARC realizado por los estudiantes de séptimo semestre de enfermería de la Fundación Universitaria de San Gil, ejecutado en el municipio de Contratación y Socorro, Santander, iniciado el 14 de octubre de 2020 y finalizado el 29 de noviembre del 2020, efectuando diversas intervenciones y diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Se identificaron los problemas de salud de la señora MARC por medio de la valoración de dominios. Se ejecutó el proceso de cuidado de enfermería por medio del NANDA, NOC, NIC dirigido sobre todo al mejoramiento de la salud física y mental de la paciente, eliminando el estigma hacia la enfermedad de Hansen.

Se llevaron a cabo intervenciones del cuidado de enfermería acordes con el cuidado de la señora MARC que se encontraba en el municipio del Socorro, permitiendo evaluar y mejorar la calidad en la prestación del servicio. Se obtuvieron resultados muy positivos en la señora MARC durante las intervenciones efectuadas por los estudiantes de enfermería de séptimo semestre de la Fundación Universitaria de San Gil, tanto a nivel físico como psicológico.

REFERENCIAS

1. Heather H y Shigemi K. American Psychological Association: NANDA International, inc, Diagnósticos de enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 10° ed. Barcelona: Elsevier. 2018.

2. Moorhead MJ, Meridean E y Sue J. American Psychological Association: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud 2015-2017. 6° ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2000.

3. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM y Wagner CM. American Psychological Association. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 2015-2017. 6° ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

4. BioDic. [Internet] Deterioro de la movilidad

física. 2018 [Consultado 14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.biodic.net/palabra/deterioro-de-la-movilidad-fisica/#.X7Ks42hKjIU>

5. Morales DC, Lenardt MH, Seima MD, Mello BH, Setoguchi LS, Setlik MS. Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2019 [Consultado 14 de junio de 2019]; 27. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/es_1518-8345-rlae-27-e3146.pdf

6. OMS. [Internet]. Actividad física. 2018 [Consultado 14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

7. Consejería de Salud. [Internet]. Guía práctica clónica: deterioro de la integridad cutánea. 2005 [Consultado 14 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf>

8. Medlineplus. [Internet]. Capas de la piel. 2019 [Consultado 14 de junio de 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm

9. Salusplay. [Internet]. Qué es disposición para mejorar la gestión de la salud. 2020 [Consultado 14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/disposicion-mejorarautocuidado/#:~:text=El%20diagnostico%20NANDA%20%E2%80%9CDispsici%C3%B3n%20para,de%20salud%20de%20una%20persona.>

10. Terol E, Hamby EF, Minue S. Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam [Internet]. Febrero 2001 [Consultado 14 de junio de 2020]; 11 (2): 7-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200001&lng=es

11. Christopher & Dana Reeve Foundation. [Internet]. Cuidado de la piel. 2010 [Consultado

14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.christopherreeve.org/es/international/top-paralysis-topics-in-spanish/skin-care>

12. Medycyna Praktyczna. [Internet]. Empendium. Sensibilidad. 2015 [Consultado 15 de junio de 2019]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.I.1.9>.

13. Martínez CF, Soldevilla JJ, Verdú SJ, Segovia GT, García FP, Pancorbo PL. Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. Rev ROL Enf. 2007 [Consultado 15 de junio de 2019]; 30(12): 801-808.

14. Jorge JP. Estilos de vida y estado nutricional del geronte en el programa del adulto mayor. Centro de Salud Buenos Aires de Villa Chorrillos. Noviembre 2015. SUNEDU. 2016 [Consultado 15 de junio de 2019]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700007

15. Sánchez AN, López JT y Pérez CL. Construcción y evaluación psicométrica de una escala breve de vulnerabilidad suicida. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica. [Internet]. 2018 [Consultado 16 de junio de 2019] 4 (49): 23-35. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rcin/article/download/2309/2664/11804>

16. Alcocer CP, Ahumada CA y Montes EO. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Universidad y Salud. [Internet]. [Consultado 16 de junio de 2019] 19 (2): 152-162. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2865>

17. Medline. [Internet]. Importancia de educar a los pacientes. 2018 [Consultado 16 de junio de 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000456.htm#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20de%20los%20pacientes,m%C3%A>

Als%20que%20instrucciones%20e%20informaci%C3%B3n.

18. Paz SP y Masalan SB. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería, Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2018 [Consultado 17 de junio de 2019] 29 (3): 288-300. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300543>

19. Breastcancer.org. [Internet]. Grupos de apoyo. 2012 [Consultado 17 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/medicina_comp/tipos/grupos_apoyo#:~:text=Los%20grupos%20de%20apoyo%20son,c%C3%B3mo%20lidiar%20con%20temas%20dif%C3%A

20. Caraballo G. [Internet]. Importancia de la enseñanza individual. 2017 [Consultado 17 de junio de 2019]. Disponible en: <https://ideasmultimodales.wordpress.com/2013/05/17/importancia-de-una-educacion-individualizada/#:~:text=La%20ense%C3%B1anza%20individualizada%20permite%20que,sus%20necesidades%20utilizando%20sus%20fortalezas.>

REVISIONES



DEMANDA POTENCIAL LABORAL Y TASA DE ABSORCIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA SEDE SAN GIL

POTENTIAL LABOR DEMAND AND ABSORPTION RATE OF THE NURSING PROGRAM CAMPUS SAN GIL

Eulalia Medina Díaz¹

Resumen

El propósito de este estudio es explorar dos aspectos básicos que reflejan elementos que denotan indicadores de calidad como es la demanda potencial laboral y la tasa de absorción del Programa de Enfermería de la sede San Gil. Lo anterior, permite responder a las necesidades de formación y la oportunidad de vinculación laboral de los egresados, descubriendo de forma anticipada las oportunidades de desempeño profesional y, por ende, la pertinencia del Programa en la región; así mismo, el determinar la tasa de absorción en el Programa provee un indicador de calidad sobre la oportunidad de acceder a la educación superior de acuerdo con los intereses de los egresados de la educación media presente en las regiones del área de influencia del Programa, como también determina el índice de selectividad que el Programa ejerce para la admisión. Con este análisis el Programa de Enfermería de Unisangil, sede San Gil, puede determinar la pertinencia del programa y la relevancia en el medio donde se desarrolla, así como su oferta coherente con las necesidades del contexto.

Palabras clave: Demanda potencial laboral, índice de selectividad, pertinencia, enfermería, tasa de absorción.

Abstract

The purpose of this study is to explore two basic aspects that reflect elements that denote quality indicators such as the potential labor demand and the absorption rate of the Nursing Program of the San Gil headquarters. This allows us to respond to the training needs and the opportunity for employment of graduates, discovering in advance the opportunities for professional performance and therefore, the relevance of the program in the region; likewise, determining the absorption rate in the program provides a quality indicator on the opportunity to access higher education according to the interests of high school graduates present in the regions of the program's area of influence, as well as it determines the selectivity index that the program exercises for admission. With this analysis, the Nursing Program of UNISANGIL - San Gil

Correspondencia:
emedina@unisangil.edu.co
Conflicto de intereses:
Ninguno a declarar

(1) Decana Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud de Unisangil

headquarters - can determine the relevance of the program and the relevance in the environment where it is developed, as well as its offer consistent with the needs of the context.

Keywords. Absorption rate, nursing, potential labor demand, relevance, selectivity index.

INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como propósito dar a conocer un estudio realizado para el Programa de Enfermería de Unisangil de la sede San Gil, con el fin de realizar el análisis de la demanda potencial laboral y la tasa de absorción, que constituye un factor relevante para la continuidad de su desarrollo del Programa de Enfermería en la región y en su lugar de desarrollo. El estudio resulta de interés porque no solo soporta y permite evidenciar la pertinencia y continuidad de la oferta del programa en Unisangil ante las salas de evaluación del Ministerio de Educación Nacional, sino porque es un referente para otras unidades académicas que ofrecen el Programa de Enfermería en Colombia.

1. Demanda potencial laboral

Unisangil como formadora de profesionales en las regiones del área de influencia, busca los mecanismos para conocer las necesidades ocupacionales y laborales que puedan satisfacer la demanda del sector productivo y de los aspirantes, tanto en términos cualitativos como cuantitativos, de tal forma que atienda las nuevas necesidades o las existentes en procesos de formación para ser cubiertas por la Institución.

Por lo anterior, y atendiendo las propuestas institucionales, el Programa de Enfermería de la sede San Gil, analiza la demanda potencial laboral en enfermería en el área de influencia de la sede San Gil, con el fin de determinar la pertinencia y relevancia del Programa en la región, por ello inicia con:

1.1 Ubicación geográfica del Programa

Para analizar la demanda potencial laboral, en primer lugar, es importante presentar la ubicación geográfica del Programa Académico de Enfermería, el cual se desarrolla en el departamento de Santander, en el municipio de San Gil, capital de la Provincia de Guanentá.

Santander está conformado por 87 municipios,

los cuales están organizados en 7 provincias (Guanentá, Comunera, Vélez, García Rovira, Mares, Soto y Metropolitana).

El área principal de influencia de Unisangil, Sede San Gil, son las 3 provincias ubicadas al sur del departamento de Santander: Guanentá, Comunera y Vélez; las cuales agrupan un total de 49 municipios¹ con una población de 366.373 habitantes.



Figura 1. Principal área de influencia Programa de Enfermería Unisangil.

Desde el punto de vista de la oferta de enfermería profesional en Santander existen 6 programas académicos, de los cuales 5 están ubicados en Bucaramanga, y el de Unisangil es el único Programa ubicado en un municipio distinto a la capital del departamento².

La pertinencia del Programa de Enfermería de Unisangil en la región del sur del departamento de Santander es evidente si se tiene en cuenta que no existen otros programas de la misma naturaleza en el área de influencia, ni tampoco otros programas profesionales de salud, con lo cual se evidencia la importancia de continuar ofertando este Programa que contribuye con el mejoramiento de la calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud y, por ende, con

el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de esta región del país.

Desde el punto de vista de empleabilidad, según los estudios de seguimiento a egresados, el 76% se encuentran laborando en Santander, algunos de ellos en los municipios de las provincias del sur y otros en el área metropolitana de Bucaramanga, teniendo en cuenta la fortaleza en infraestructura de centros hospitalarios con que cuenta la capital del departamento³.

Por consiguiente, el Programa de Enfermería de Unisangil, para estimar la demanda potencial laboral, realizó una revisión de información del estado de ocupación de los profesionales de enfermería en la región, de acuerdo con datos estadísticos y con estudios realizados por Unisangil, así como estudios realizados sobre la demanda y la oferta del mercado laboral para Santander, y la información que se tiene en torno a los servicios del sector salud en el área de influencia del Programa. Para el Programa de Enfermería de Unisangil, la demanda potencial laboral se presenta en función de las condiciones y aspectos que prevean el crecimiento de la demanda laboral para los profesionales de enfermería de acuerdo con las necesidades del contexto³.

La demanda potencial laboral en Santander como área de influencia del Programa de Enfermería se ha venido incrementando en los últimos años, esto debido a los cambios que se han generado en torno a las reformas de modelos de atención, el incremento de instituciones prestadoras de servicios de salud y la ampliación en el nivel de complejidad de los mismos. Este crecimiento se relaciona directamente con la demanda del potencial laboral del recurso humano en salud lo que implica que los profesionales de enfermería tengan cada día mayor oportunidad de vinculación.

1.2 Estado de la ocupación de los profesionales de enfermería en la región Centro Oriente de Colombia

De acuerdo con información publicada en el 2018 por el Sistema Nacional de Información de Demanda Laboral, en el documento *Saber para decidir*, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dane, en el 2017 los jóvenes con formación superior presentaron el porcentaje más alto de ocupación en todos los

departamentos de la región Centro Oriente (Cundinamarca, Boyacá, Santander y Norte de Santander). En cuanto a formación en educación superior Santander ocupa el segundo lugar con 81,9% de jóvenes ocupados, después de Cundinamarca que cuenta con 82,2% de jóvenes ocupados. De 40.704 personas graduadas en formación superior en la región Centro Oriente en 2015, 29.189 se vincularon laboralmente durante 2016 y de cada 100 graduados en ciencias de la salud en 2015, 86 estaban vinculados laboralmente al año siguiente.

Para el caso específico de los 524 graduados en enfermería en el 2015 en la región Centro Oriente, 512 estaban vinculados laboralmente en el 2016, lo que corresponde a una vinculación laboral del 97,7%, con un salario promedio de \$ 2.354.338⁴.

1.3 Demanda y oferta del mercado laboral en el área de influencia del programa

Sobre la demanda potencial laboral también cabe destacar la capacidad instalada de atención hospitalaria en Santander, que en los últimos años se ha posicionado como líder en el crecimiento y calidad de los servicios de salud, en especial la capital, Bucaramanga, que se ha convertido en foco de innovación a nivel nacional e internacional. “El nivel de los servicios médicos que ofrecen los profesionales de la salud en Santander han hecho del departamento uno de los destinos preferidos para quienes, desde el exterior, quieren someterse a tratamientos o cirugías a precios competitivos y con los más altos estándares de calidad”⁵. Esta situación se convierte en una oportunidad para la comunidad académica del Programa, pues aumenta la demanda de profesionales en el área y en general aporta a la calidad de salud de la región.

Santander tiene dos zonas francas en salud, la Clínica Foscal Internacional y el Hospital Internacional de Colombia, las cuales han contribuido con el mejoramiento de calidad de los servicios y con la generación de empleo en el área de la salud, tal como se evidencia en el estudio elaborado en el 2015, sobre el análisis de la demanda y la oferta del mercado laboral a partir de las competencias en las zonas francas especializadas en salud, en Santander, las cuales surgieron en respuesta a una política gubernamental “*que ha tenido dentro de sus*

principales finalidades, incentivar la competitividad de la región donde se establezca y lograr que esta sea un polo de generación de empleo, debido a esto, las zonas francas especializadas en salud han sido vistas como un potencial en la creación de demanda laboral del área médica, no solo en Santander sino en varios departamentos del país”⁶.

En este estudio se resalta la generación de empleo en el área de la salud que se ha evidenciado en las zonas francas del área en Santander, en cumplimiento de la Ley 1004 de 2005⁷ por la cual se modifica un régimen especial para estimular la inversión en las zonas francas, y del Decreto 2685 de 1999⁸ que modifica la legislación aduanera, el cual en su artículo 393-3 contempla que “*en las zonas francas especializadas de salud la inversión mínima debe ser de 150.000 S.M.M.L.V. por lo que el requerimiento de generación de empleos para este tipo de zonas francas será de 150 empleos e igualmente establece la posibilidad que el 50% de estos empleos sean directos y el otro 50% empleos vinculados dentro de la misma zona franca*”. A pesar que el Decreto 2685 de 1999 fue derogado por el Decreto 659 de 2018, este nuevo Decreto conserva el compromiso relacionado con la generación de nuevos empleos que deben ser demostrados a través de los aportes parafiscales de sus trabajadores según las obligaciones del sistema integral de seguridad social⁹.

Tan solo la creación de la Clínica Foscal Internacional generó 390 nuevos cargos para profesionales de enfermería, de acuerdo con la información publicada en este estudio, sin embargo, se debe tener en cuenta que Santander cuenta con dos zonas francas en salud, la Clínica Foscal Internacional ya citada, y el Hospital Internacional de Colombia que a la fecha tiene vinculados 200 profesionales de enfermería según información suministrada por la Coordinación de Enfermería de esta Institución.

Zona franca Clínica Foscal Internacional

El objetivo de la Clínica Foscal Internacional es ofrecer servicios integrales de salud de clase mundial. Tiene una moderna edificación de 140 mil metros cuadrados, cuenta con una infraestructura de alta tecnología que integra servicios médicos, hospitalarios, innovación,

investigación científica y desarrollo del conocimiento para la atención de pacientes nacionales e internacionales, que requieran servicios de alta complejidad. Su capacidad instalada es de 156 camas hospitalarias, 56 camas para Unidades de Cuidado Intensivo, 9 salas de cirugía y 1 helipuerto.

Recientemente, la Clínica Foscal Internacional recibió la ratificación de la Acreditación en Salud en su tercer ciclo, por parte del *Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Normas Técnicas – Icontec*; este reconocimiento hace a la institución parte del selecto grupo de las 46 instituciones certificadas en Colombia por el Icontec con aval ISQUA Internacional con servicios de salud que cumplen altos estándares de calidad, tecnología y seguridad.

“El informe de la *Junta de Acreditación de Icontec* destacó la integralidad en la prestación de servicios y otros aspectos importantes como el fortalecimiento institucional en seguridad del paciente, las guías médicas y de enfermería basadas en la evidencia, el programa de transformación cultural, los avances en gestión de tecnología, y los acuerdos internacionales, entre otros importantes”¹⁰. De acuerdo con lo expresado por la Dirección Nacional de Acreditación de Icontec este reconocimiento “demuestra un trabajo cultural enorme de varios años en el mejoramiento de los llamados ejes de la Acreditación que son la seguridad de la atención a los pacientes, la humanización de los servicios, la gestión apropiada de la tecnología y la gestión de los riesgos de los pacientes”¹⁰.

Como resultado de esta evaluación *se ratifica nuevamente* que la estrategia más importante para mejorar los servicios de salud en Colombia es la de enfocarse en la calidad de la atención al paciente, soportado en su talento humano y la innovación tecnológica con unidades especializadas puesto al servicio de la comunidad.

Zona Franca Hospital Internacional de Colombia (HIC)

El **Hospital Internacional de Colombia (HIC)**, surge como un megaproyecto en salud desarrollado por la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), que nace con el objetivo de generar mayor cobertura en las necesidades de

servicios de salud en la región santandereana, con proyección nacional e internacional.

El HIC es considerado como el complejo médico más importante de Santander y el nororiente colombiano, uno de los más reconocidos del país y de los más destacados en Latinoamérica. Se encuentra en la categoría nivel tres de Alta Complejidad y en el nivel cuatro de Atención Médica. En el ámbito nacional, se ubica en el tercer puesto y ocupa el octavo puesto en América Latina, según el *ranking* de la revista *América Economía* de 2017.

El HIC cuenta con una infraestructura hospitalaria de más de 86.000 metros cuadrados construidos, distribuidos en tres tramos: el primero dedicado a los servicios de hospitalización, cuidados intensivos, emergencia y trauma, quimioterapia y neurología. El segundo tramo, destinado a cirugía, consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica; y el tercer tramo, especializado en niños y ginecología.

En cuanto a capacidad instalada cuenta con más de 380 camas hospitalarias distribuidas en 49 camas para hospitalización general adultos (39), hospitalización general pediátrica (16), hospitalización VIP (30), hospitalización oncológica adultos (19), hospitalización

oncológica pediátrica (10), UCI adultos (14), UCI pediátrica (6), unidad cuidado intermedio adultos (6), unidad cuidado intermedio pediátrica (7).

1.4 Indicadores de capacidad hospitalaria instalada

En los sistemas de salud, la demanda del recurso humano se genera desde las instituciones que lo conforman, en este orden de ideas, la definición de demanda de recurso humano es la suma de las cantidades de los diversos tipos de recurso humano que las instituciones requieren para atender la oferta de servicios de seguridad social en salud y otros por fuera del Sistema, que les demande la población del país.

De acuerdo con lo anterior, se deduce que a mayor capacidad hospitalaria instalada existe una mayor demanda de recurso humano para la atención en salud y, específicamente, para profesionales de enfermería.

De acuerdo con el Ministerio de Salud: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, REPS, en cuanto a la capacidad hospitalaria instalada en el país con corte a marzo de 2019¹¹, Santander se encuentra en sexto lugar, después de Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Bolívar, tal como se puede observar en la siguiente Tabla.

Tabla 1. Departamentos con mayor capacidad hospitalaria instalada a nivel nacional.

#	Departamento	Total camas	Salas - quirófano	Salas - partos	Sillas - quimioterapia	Sillas - hemodiálisis
1	Bogotá D.C	13903	634	61	559	943
2	Antioquia	9793	399	157	408	625
3	Valle del cauca	7844	358	79	321	559
4	Atlántico	7812	283	55	165	386
5	Bolívar	4230	107	47	79	164
6	Santander	4218	163	96	123	211

Nota: Recopilado con base en información Ministerio de Salud y Protección social: REPS, 2019

Es importante resaltar que para la región Centro Oriente, Santander ocupa el segundo lugar en capacidad instalada después de Bogotá, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla2. Capacidad hospitalaria instalada en los departamentos de la Región Centro Oriente.

#	Departamento	Total camas	Salas - quirófano	Salas - partos	Sillas - quimioterapia	Sillas - hemodiálisis
1	Bogotá D.C	13903	634	61	559	943
2	Santander	4218	163	96	123	211
3	Cundinamarca	2965	80	56	12	128
4	Norte de Santander	2044	68	62	113	136
5	Boyacá	1569	62	38	37	117

Nota: Realizado por Programa de Enfermería Unisangil, con base en información del Ministerio de Salud y Protección social: REPS, 2019

Otro indicador que permite establecer la demanda potencial laboral para los egresados del Programa de Enfermería de Unisangil es el índice camas por cada 1.000 habitantes.

De acuerdo con el diario *El Tiempo*, en su publicación digital de julio de 2018, Colombia tenía para el 2018 un índice de 1,7 camas por cada 1.000 habitantes. Santander cuenta con un índice de 2 camas por cada 1.000 habitantes, en este sentido se encuentra por encima de la mayoría de departamentos del país, y en primer lugar en la región Centro Oriente, incluso por encima de Bogotá¹².

Tabla3. Índice cama por cada 1.000 habitantes Región Centro Oriente.

Departamento	Índice cama por 1.000 habitantes
Santander	2
Bogotá	1,8
Norte de Santander	1,6
Cundinamarca	1,5
Boyacá	1,2

Nota: Información recopilada con base en información *El Tiempo*, 2019

Al revisar el índice de camas por cada 1.000 habitantes a nivel nacional, se identifica que solo los departamentos de Cesar, Atlántico, Sucre y Antioquia superan a Santander. En demanda potencial laboral, este índice se traduce en oportunidades laborales para los profesionales de enfermería, en particular en el departamento.

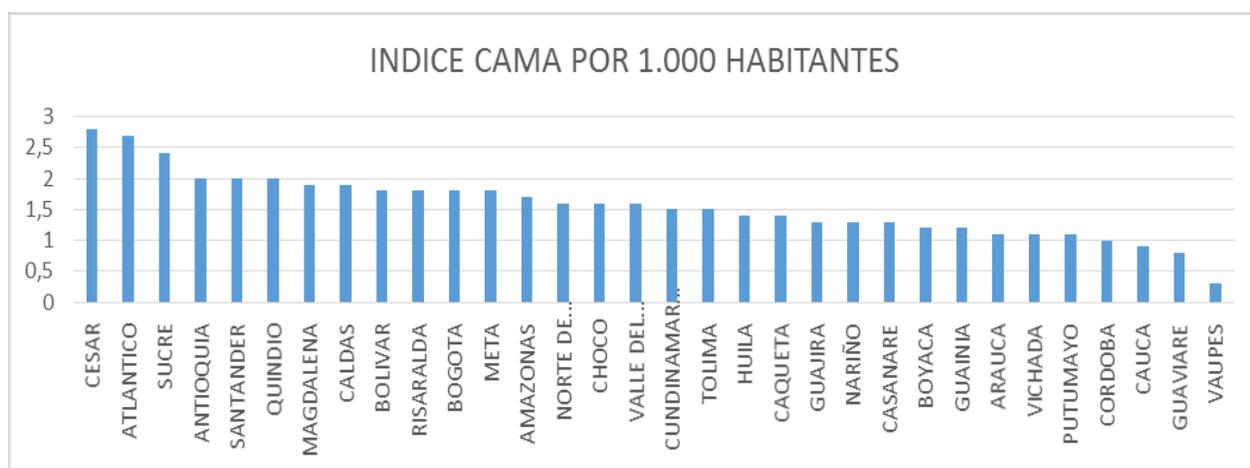


Figura 1. Índice cama por cada 1.000 habitantes por departamentos, Colombia. Recopilada con base en información *El Tiempo*, 2019

1.5 Capacidad hospitalaria instalada en las provincias del sur de Santander

En cuanto a las tres provincias del sur de Santander, para determinar la demanda potencial laboral se presenta la información suministrada por el Ministerio de Salud en relación con los municipios que conforman cada una de las provincias, área y población, el número de instituciones prestadoras de servicios de salud con que cuenta y la capacidad instalada en camas que ofrecen con sus respectivos servicios especializados. A continuación, se presentan los datos que permiten evidenciar que aparte del área metropolitana de Bucaramanga, existe también demanda potencial laboral en las provincias del sur de Santander, que son el área de influencia más cercana del Programa de Enfermería de Unisangil.

Tabla 4. Capacidad hospitalaria instalada provincias del sur de Santander

Nombre de las provincias	N° de municipios que las conforman	Area (m ²)	Población	E.S.E.	Otras IPS	Total IPS	Total camas	Total salas (quirófanos, partos y procedimientos)
Comunera	15	3.353	93.296	12	60	72	193	25
Guanentá	18	3.786	141.516	17	111	128	191	45
Veleña	16	4.528	131.561	15	73	88	150	29
Total general	49	11.667	366.373	44	244	288	534	99

Nota: Recopilada con base en información Ministerio de Salud y Protección social, 2019

El Programa de Enfermería de Unisangil aporta especialmente a tres provincias de Santander, la Comunera, la de Guanentá y la Veleña que comprenden 49 municipios con un total de 244 instituciones prestadoras de salud, IPS, que tienen una capacidad de 534 camas para ofrecer atención en los servicios de salud. El crecimiento poblacional ha hecho que se aumente el número de IPS que ofrecen los servicios para la atención en salud, por tanto, la demanda potencial laboral para los profesionales de enfermería se ha ampliado.

En cuanto a San Gil, donde se desarrolla el Programa de Enfermería, cuenta con una población de 45.752 habitantes aproximadamente, de los cuales 40.766 habitantes, es decir, el 89,10%, se encuentran en la cabecera municipal y 4.986 habitantes, el 10,89% se hallan en el sector rural (Estadística Observatorio de Salud de Santander, 2017).

Tiene 50 IPS, 4 públicas y 46 privadas, quienes ofertan 1,80 camas por cada 1000 habitantes. La población tiene facilidad de traslados a centros de mayor complejidad como el Hospital Manuela Beltrán del Socorro, de tercer nivel que se encuentra a solo 20 minutos de San Gil y las instituciones en la capital, Bucaramanga, de cuarto nivel, ubicadas a dos horas por vía terrestre.

1.6 Necesidades de formación profesional en concordancia con la política nacional del talento humano en salud

De acuerdo con la política, el talento humano en salud disponible en el país para el 2016, se estimó en más de 563 mil personas, integrado en un 55% por profesionales y especialistas y en un 45% por técnicos, tecnólogos y auxiliares. Después de los profesionales en medicina (97.483), la enfermería es la disciplina con más profesionales (58.470)¹³.

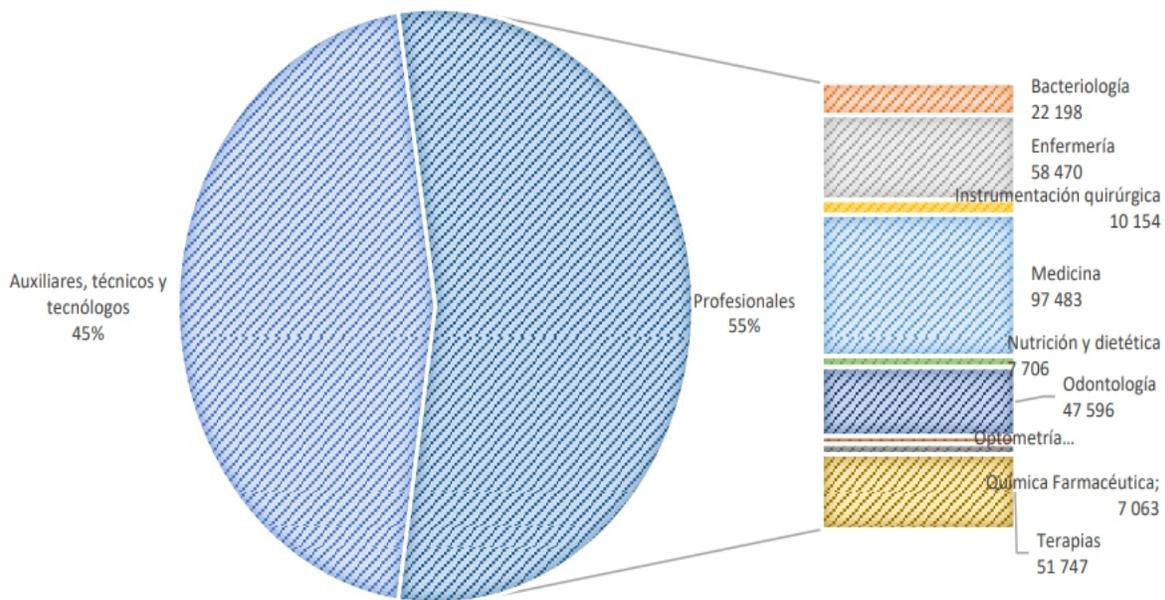


Figura 2. Número estimado de talento humano en salud, Colombia 2016. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. MSPS, 2017.

La estrategia mundial para los recursos humanos en salud 2030 (World Health Organization, 2016), que busca aportar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), contempla una meta del indicador de densidad de talento humano en salud de 44,5 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes¹³. Esto se convierte en un reto para Colombia, al tener que promover y articular acciones intersectoriales con el fin de alcanzar este indicador.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, para el 2016 en Colombia el indicador de talento humano en salud fue de 32 profesionales por cada 10 mil habitantes, esto señala un reto para el sistema de educación superior en la preparación de profesionales en el área de salud que respondan a las necesidades y propósitos de la Política Nacional del Talento Humano en Salud, la cual responde a:

1. La garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso universal a los servicios bajo condiciones de equidad, calidad y sostenibilidad.

2. El mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud.

3. El desarrollo de la Política y el Modelo Integral de Atención en Salud.

4. El desarrollo de los compromisos internacionales que, en materia de talento humano en salud, ha adquirido el país con organismos como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, OMS/OPS, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE, la Organización Internacional del Trabajo, OIT, la Comunidad Andina y la Unión de Naciones Suramericanas, UNASUR¹³.

Esta política de talento humano en salud busca fortalecer las capacidades para la elaboración, gestión, armonización y evaluación de los planes de salud y la organización de servicios de salud alrededor de planes integrales de cuidado primario que articulen las acciones individuales, colectivas y poblacionales en los entornos donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidades¹³. Y si bien la política no hace referencia específica de la participación de cada disciplina en estas acciones, la generación de

“planes integrales de cuidado”, así como la conformación de equipos multidisciplinarios de salud para la atención primaria, son competencia de los profesionales de enfermería.

1.7 Observatorio Laboral

Teniendo en cuenta la definición planteada por el Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional, el cual toma como referente la tasa de cotizantes al sistema de seguridad social del país, para medir el nivel de empleabilidad de los egresados en Colombia¹⁴, a continuación, se presentan algunas cifras representativas del Programa de Enfermería.

De acuerdo con la información consultada en la página del Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional, los egresados graduados del Programa de Enfermería, de la región centro oriente tienen una tasa de cotizantes que oscila entre un 89% y 94%, manejando un rango muy similar entre instituciones públicas y privadas, tal como lo señala el siguiente gráfico.

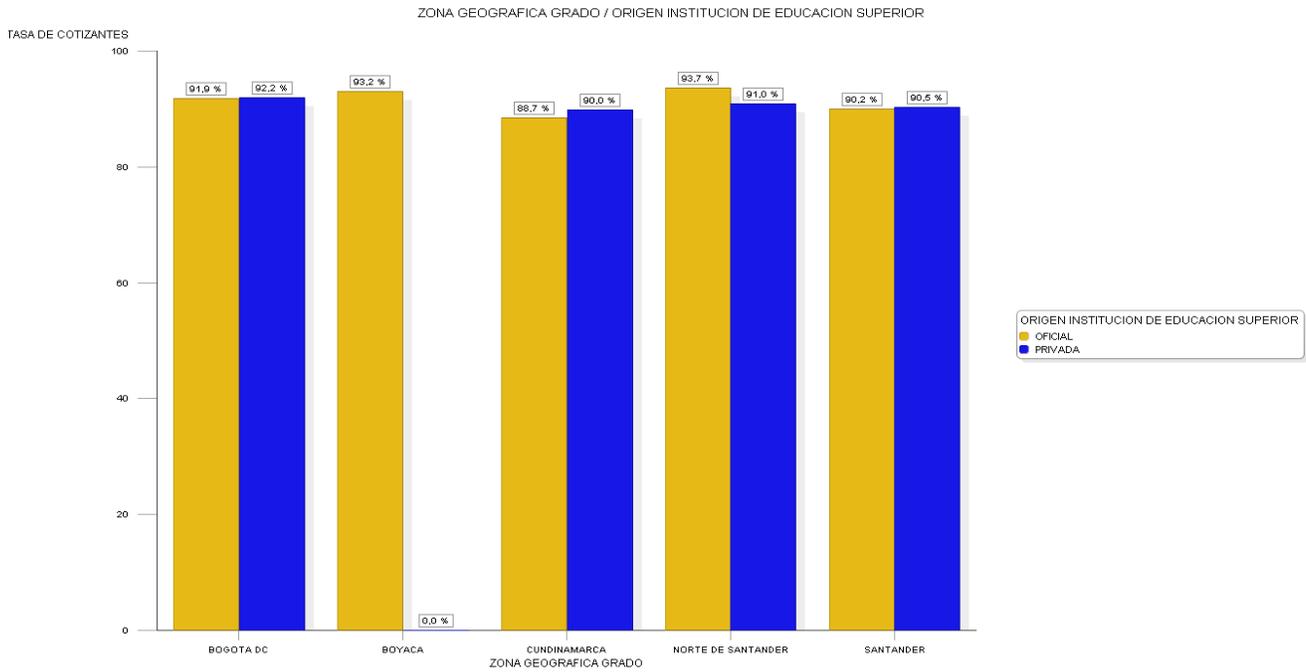


Figura 3. Tasa de Cotizantes del Programa de Enfermería región Centro Oriente. Observatorio Laboral Ministerio de Educación Nacional, 2019

Por otra parte, el departamento de Santander presenta una tasa de cotizantes alrededor de un 90%, mostrando una tendencia similar entre instituciones de educación superior privadas y oficiales.

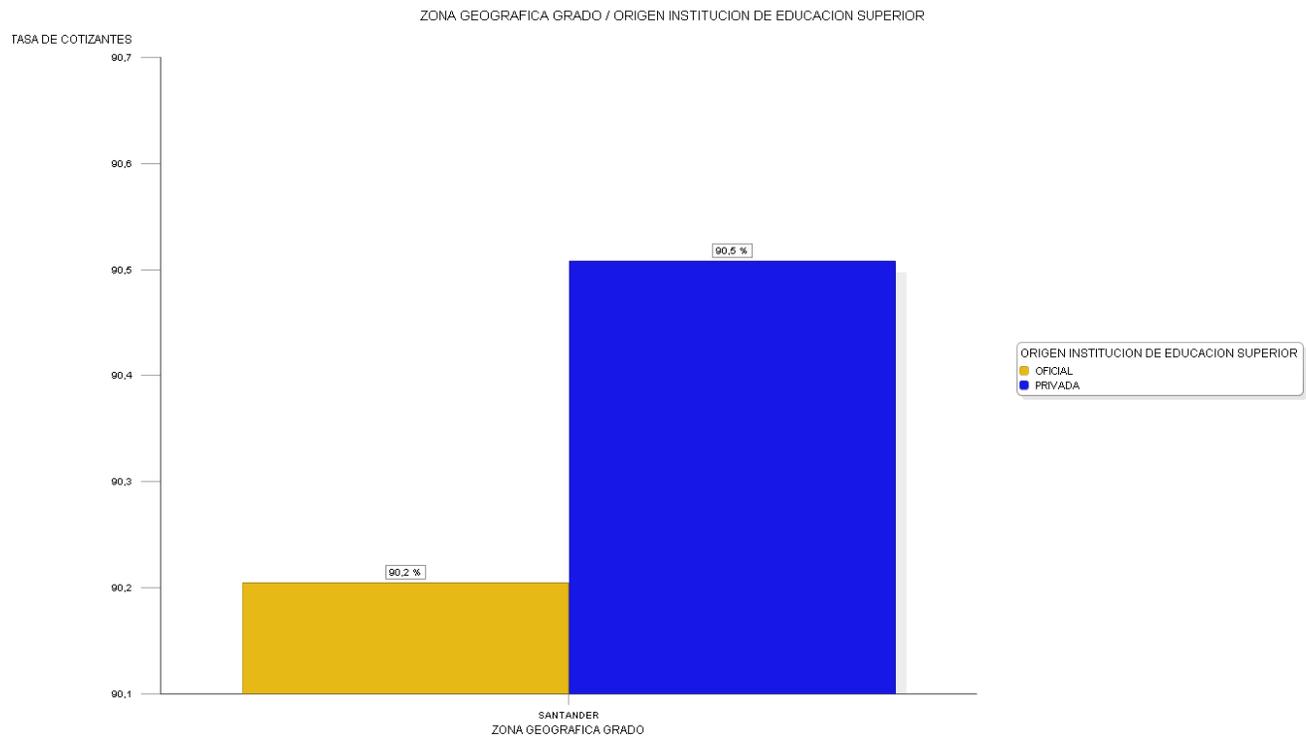


Figura 4. Tasa de Cotizantes del Programa de Enfermería del Departamento de Santander, según origen de la Institución. Observatorio Laboral Ministerio de Educación Nacional, 2019

La tasa de cotizantes graduados de programas de enfermería de las instituciones de educación superior que ofertan el programa en Santander como: Fundación Universitaria de San Gil – Unisangil, Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB, Universidad Cooperativa de Colombia – UCC, Universidad Industrial de Santander – UIS y la Universidad de Santander – UDES, oscila entre el 89,5% a 95,7%, siendo Unisangil la segunda institución con mayor tasa de cotizantes.

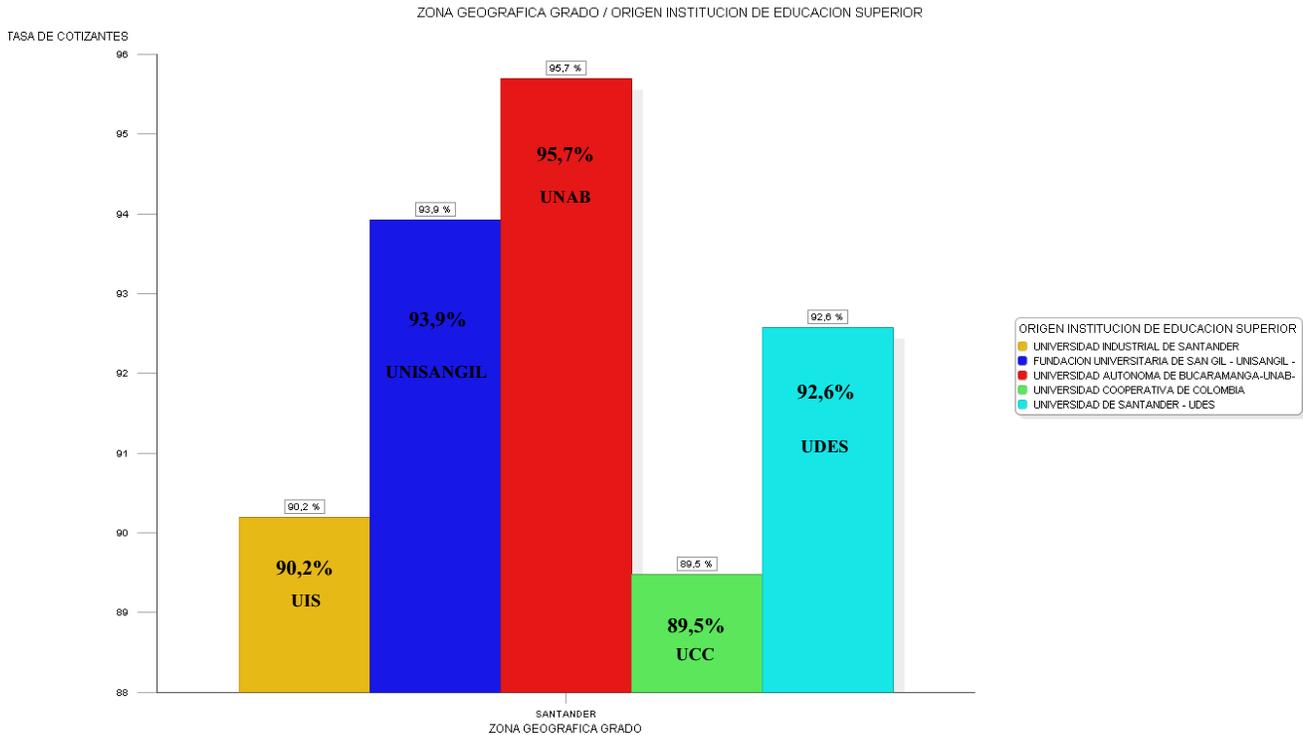


Figura 5. Tasa de Cotizantes del Programa de Enfermería por institución de origen. Observatorio Laboral Ministerio de Educación Nacional, 2019

Lo anterior señala que el nivel de ocupación de los graduados del Programa de Enfermería es alto, adicionalmente refleja la aceptación que existe por parte de los diferentes empleadores de los egresados graduados del Programa, lo cual demuestra la demanda del sector en cuanto al requerimiento de los profesionales de enfermería, generando una oportunidad para los egresados del área.

Esto se confirma con los resultados de estudios desarrollados por parte del Departamento de Egresados de Unisangil¹⁵, donde el programa a junio de 2018 contaba con 222 egresados. Se estimó que la tasa de empleabilidad de los egresados del Programa de Enfermería, se encontraba en un 87%, tal como lo señala el siguiente gráfico.

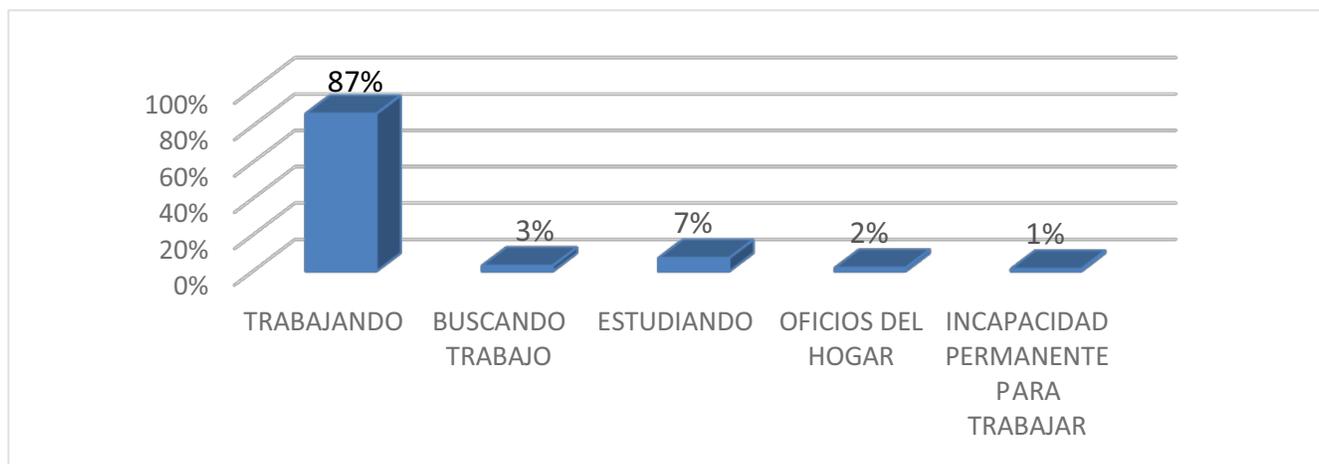


Figura 6. Información nivel de empleabilidad de los egresados del Programa de Enfermería corte junio de 2018. Departamento de Egresados Unisangil

Esto indica, en comparación con los datos actuales del OLE, una tendencia creciente en cuanto a niveles de empleabilidad de los egresados, la cual puede llegar a ser explicada por el aumento en la demanda de profesionales en las diferentes áreas de la salud expuesto al inicio de este documento.

Adicionalmente, se argumenta en este estudio que el impacto derivado de la formación de los egresados de enfermería, es evidenciado a través de su desempeño en las diferentes áreas de las entidades, tanto públicas como privadas, en las que laboran; ya que las mismas se han fortalecido y, a su vez, contribuyen al beneficio en general, tanto del municipio y los territorios circunvecinos, como a nivel nacional, pues el contar con profesionales capacitados y bien formados, favorece el manejo de las situaciones actuales de acuerdo con la economía de nuestro país.

Por otra parte, en los encuentros realizados con los empresarios con el fin de validar también con ellos la calidad de la formación que imparte Unisangil, así como su opinión acerca del actuar profesional de sus egresados, coinciden en que los graduados de la Institución tienen una particularidad y es su formación integral, es decir, además de ser buenos profesionales y tener los conocimientos necesarios para su buen desempeño, son excelentes personas, solidarios y dispuestos a contribuir siempre con el desarrollo de las entidades y de sus compañeros.

Estas percepciones de los empresarios, más el desempeño de los egresados de enfermería de Unisangil, han contribuido a que se genere una buena reputación de los mencionados profesionales, por ello, no presentan problemas de inserción en entidades y diferentes empresas, evidenciado en que el 87% está laborando actualmente.

También, es importante conocer en qué zonas geográficas se encuentran laborando los enfermeros de Unisangil¹⁶, ya que se puede observar en ellas el impacto positivo que han generado los mismos con el desarrollo de sus labores. Gran parte de estos profesionales están situados en el departamento de egreso, es decir, el 76% se ubica en Santander, mientras que el 6% está en Boyacá, el 4% en Cundinamarca, el 3% en Casanare, otro 3% en Antioquia y en menores porcentajes se ubican en otros departamentos, así como en otro país. En la siguiente ilustración se presenta la ubicación laboral de los egresados, evidenciando que el mayor porcentaje está en Santander, seguido de Boyacá, Cundinamarca y Casanare.

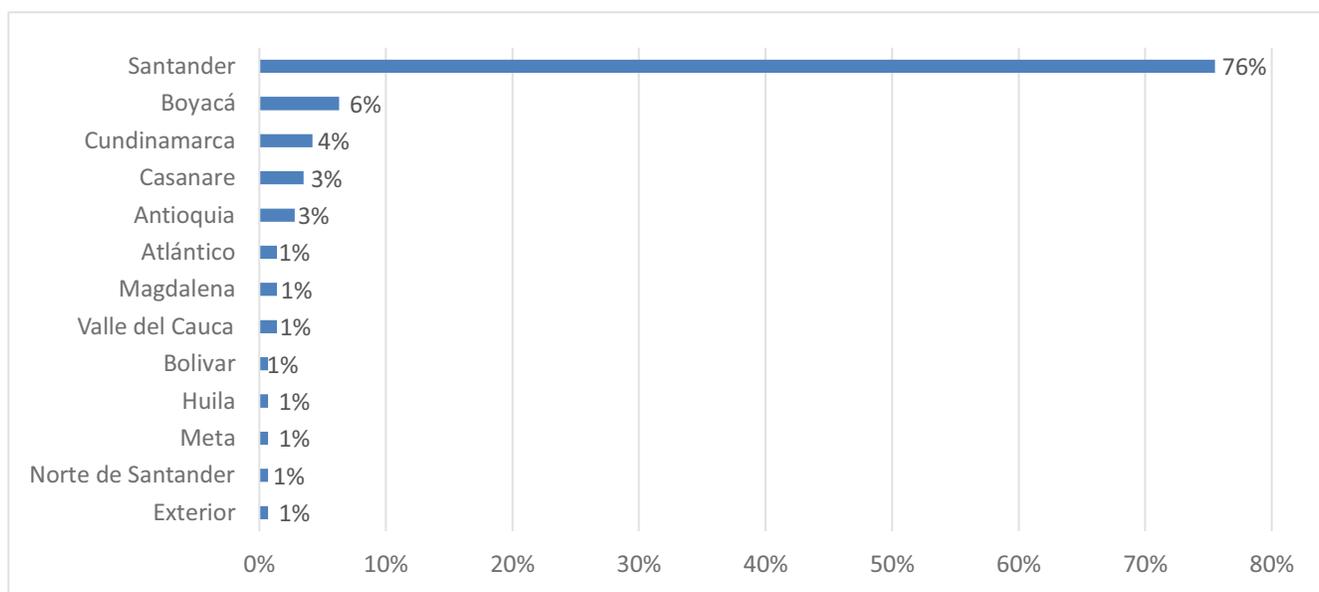


Figura 7. Ubicación laboral de los egresados del Programa de Enfermería por zonas geográficas. Departamento de Egresados.

De acuerdo con la siguiente figura, del 87% de los egresados que se encuentran laborando el 97% de los egresados de enfermería trabajan como empleados siendo este el factor con mayor influencia en el sector económico, seguido por los enfermeros que actúan como profesionales independientes, cuyo porcentaje es del 3%. En la gráfica se evidencia esta distribución.

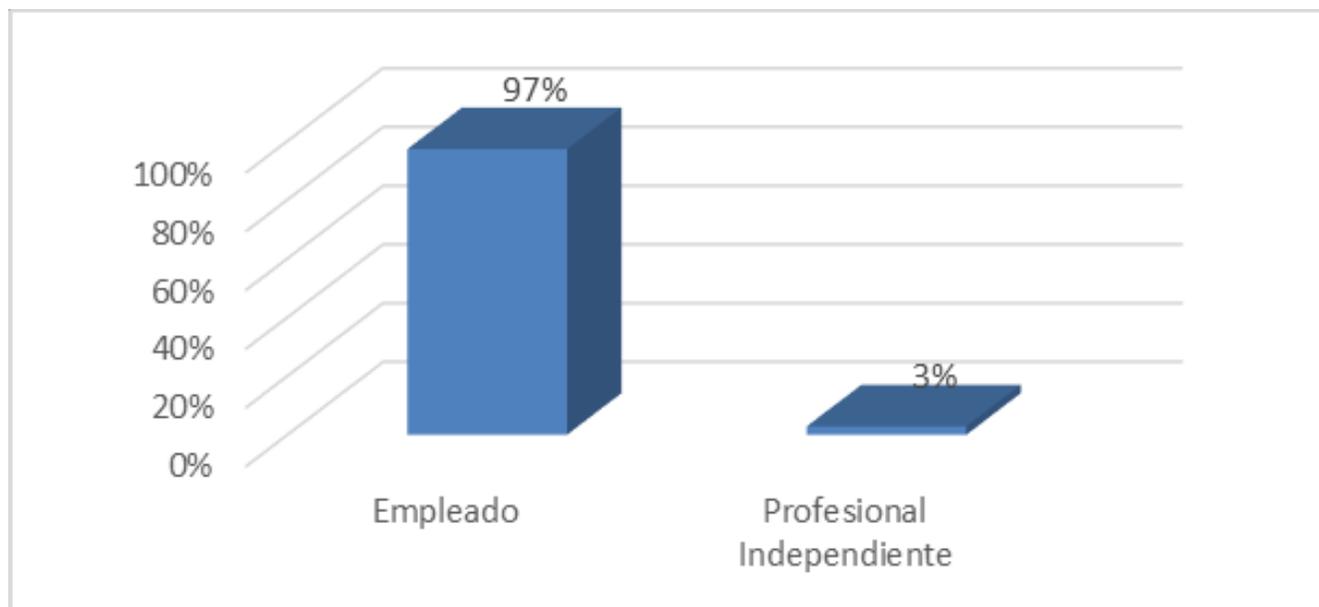


Figura 8. Distribución porcentual de los egresados que se encuentran laborando según área de desempeño. Departamento de Egresados

2. Tasa de absorción Programa de Enfermería

Unisangil acoge la tasa de absorción definida por el Ministerio de Educación Nacional como la relación entre los estudiantes que ingresan a una institución de educación superior por primera vez, a primer curso, con respecto a toda la población que aspira a ser admitida, brinda información sobre la selectividad de cada una de las instituciones de educación superior, IES, porque recoge el número de admitidos y de aspirantes y la proporción de los aspirantes admitidos; este es un indicador del nivel de selectividad de las IES, mientras que la relación entre admitidos y aspirantes informa sobre la

magnitud del nivel de selectividad.

A continuación, se presenta la tasa de absorción de los últimos cinco años del Programa de Enfermería, del período 2014-1 hasta el período 2019-1.

Esta información se obtuvo del Sistema de Información Académica de Unisangil, el cual permite gestionar y hacer seguimiento al proceso de admisiones e identificar y calcular la tasa correspondiente, y desde donde se reporta la información al sistema SNIES¹⁷.

La tasa de absorción se calculó con la siguiente fórmula: $TA = (\# \text{ de estudiantes nuevos matriculados por primera vez} / \# \text{ de inscritos}) \times 100$.

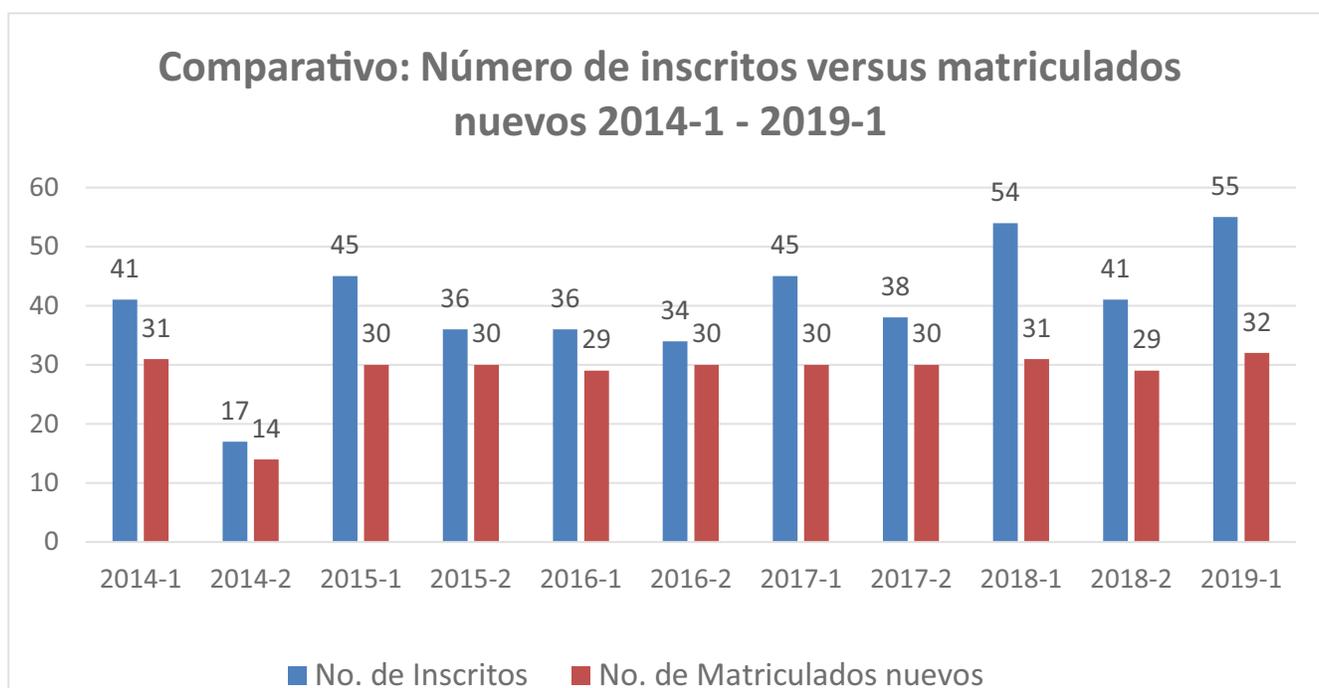


Figura 9. Comparativo: Número de inscritos versus matriculados nuevos períodos 2014-1 a 2019-1. Sistema de Información Académico de Unisangil – Programa de Enfermería Unisangil 2019.

En la siguiente tabla se puede evidenciar el porcentaje de tasa de absorción del programa en los últimos cinco años. En cuanto a la tasa de absorción del Programa de Enfermería, sede San Gil, se determina que oscila entre el 57,4% y el 88,2%, con un promedio de 73,5% para los últimos cinco años.

Tabla 5. Tasa de absorción de los últimos 5 años: Programa de Enfermería sede San Gil

Período	No. estudiantes inscritos	No. estudiantes nuevos matriculados	Tasa de absorción inscritos vs. matriculados nuevos
2019 -1	55	32	58,2%
2018 -2	41	29	70,7%
2018 -1	54	31	57,4%
2017 -2	38	30	78,9%
2017 -1	45	30	66,7%
2016 -2	34	30	88,2%
2016 -1	36	29	80,6%
2015 -2	36	30	83,3%
2015 -1	45	30	66,7%
2014 -2	17	14	82,4%
2014 -1	41	31	75,6%

Nota: Sistema de Información Académico de Unisangil – Programa de Enfermería Unisangil 2019.

Es importante aclarar, que en la columna donde se presenta el Número de estudiantes nuevos matriculados, como Unisangil debe reportar al SNIES¹⁸, es decir, el total de estudiantes que se matricularon académica y financieramente en cada período académico, como está establecido, por tanto, para este proceso incluye los que realizaron el proceso académico y financiero, hayan iniciado o no estudios, sin tener en cuenta la oportunidad que tienen de cancelar el semestre por las diferentes circunstancias que se les haya presentado.

Esto se traduce en que Unisangil reporta al SNIES los estudiantes nuevos matriculados, una vez que ellos han realizado su matrícula financiera, pero no excluye del SNIES el número de estudiantes que cancelan el semestre, pues esta es la manera en que este Sistema de Información del Ministerio de Educación Nacional solicita ese reporte a las instituciones.

En este sentido, Unisangil considera pertinente precisar que por esta situación el número total de estudiantes nuevos matriculados reportado al SNIES, no es el que realmente ingresó a estudiar

en el Programa de Enfermería, que Unisangil da cumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 13176 del 16 de octubre de 2012, que otorgó la renovación del Registro Calificado y que estableció en 30 el número de cupos autorizados. Para dar mayor claridad y aunque en los períodos 2014-1, 2018-1 y 2019-1, aparecen matriculados 31, 31 y 32 estudiantes respectivamente, esto obedece a que antes del inicio del calendario académico algunos estudiantes presentaron solicitud de cancelación del semestre por diferentes circunstancias, lo que permitió liberar un cupo en 2014-1, un cupo en 2018-1 y dos cupos en 2019-1 y que respectivamente estos cupos fueron otorgados a otros aspirantes que habían hecho su proceso de admisión y que se encontraban en lista de espera.

En el siguiente cuadro se presenta la relación de estudiantes que solicitaron cancelación del período académico, en los períodos 2014-1, 2018-1 y 2019-1, indicando el nombre del estudiante, la fecha y el motivo de cancelación.

Tabla 6. Cancelaciones de semestre académico, estudiantes nuevos 2014-1 – 2019-1

Periodo académico	Nombre	Fecha de cancelación	Motivo de cancelación	Anexo
2014 -1	Gabriela Smith Flórez Robayo	07/02/2014	Calamidad familiar .	Anexo 01 -1
2018 -1	Daniela Fernanda Robles Martínez	18/01/2018	Motivos personales de fuerza mayor .	Anexo 01 -2
2019 -1	María Fernanda González Díaz	16/01/2019	No pudo trasladarse a San Gil para iniciar el período académico (vive en Barranquilla).	Anexo 01 -3
2019 -1	Deisy Catherine Ruiz Aponte	17/01/2019	Proceso administrativo de asignación de custodia de la hija menor de edad.	Anexo 01 -4

Nota: Oficina de Admisiones y Registro Académico Unisangil 2019.

CONCLUSIONES

La demanda potencial laboral se relaciona directamente con las necesidades del contexto, en especial en las consideraciones a nivel nacional la cual fue fraccionada por regiones como es la Región Centro Oriente que incluye a Santander, con un alto porcentaje de oportunidades para vinculación laboral.

También que a nivel departamental, provincial y municipal se ha presentado un crecimiento en la oferta y demanda de instituciones de salud, tanto especializadas como de los diferentes niveles de atención las cuales han sido creadas para ofrecer mejores servicios y ampliar la cobertura en la atención de salud y que, a su vez, requieren profesionales de enfermería, siendo un aspecto que potencia la demanda laboral de los egresados del Programa de Enfermería de Unisangil.

Otra consideración, es la tasa de cotizantes al sistema de seguridad social presentada por el Observatorio Laboral, la cual se encuentra en un 93,9%, lo que demuestra el alto grado de vinculación laboral de los profesionales egresados del programa.

Los aportes realizados por el programa a la región, donde a través de la vinculación de sus egresados a las instituciones prestadoras de salud

ubicadas en las provincias del sur de Santander hace que el servicio esté en manos de personal idóneo y capacitado en el área, respondiendo a la demanda.

De este modo, las consideraciones y aspectos revisados y presentados, revelan en gran parte la demanda potencial laboral del Programa de Enfermería en los últimos cinco años y considera importante lo revisado en este documento para continuar con la oferta del proceso formativo en la región, no solo para el área de influencia, sino para responder a las necesidades nacionales e internacionales.

En cuanto a la tasa de absorción del Programa de Enfermería, sede San Gil, se determina que oscila entre el 57,4% y el 88,2%, con un promedio de 73,5% para los últimos cinco años. Por su parte la cancelación del período académico fue de cuatro estudiantes para los últimos cinco años. Estos valores evidencian que el programa cuenta con un indicador de calidad positivo sobre el tránsito y la oportunidad de acceder a la educación superior de acuerdo con los intereses de los egresados de la educación media presente en las regiones del área de influencia del programa, constituyéndose un programa coherente con las necesidades de la región de influencia.

REFERENCIAS

1. Contaduría General de la Nación. [Internet]. [Consulta 22 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.contaduria.gov.co/wps/portal/internetes/home/internet/productos/categorizacion-dep-mun/>
2. Ministerio de Educación Nacional. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior [Internet]. [Consulta 6 de abril de 2019]. Disponible en: <https://hecaa.mineducacion.gov.co/consultaspublicas/programas>
3. Olarte Rueda G. y Muñoz Garcés SL. Caracterización percibida de los empresarios sobre los egresados del Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria de San Gil, Unisangil. *Universalud* 2018. ISSN 2248-647X. [Consulta 6 de abril de 2019] Disponible en: <http://ojs.unisangil.edu.co/index.php/revistauniversalud/issue/view/16>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). Saber para decidir. 2018. Centro Oriente. Sistema Nacional de la Información de Demanda Laboral. Internet Consultado 28 de marzo 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/sinidel/boletin-sinidel-centro-oriente-2018.pdf>
5. Procolombia. Santander se perfila como destino internacional de salud. Bucaramanga. (12 de mayo de 2018). Internet Consultado 5 de abril 2019. Disponible en: <http://www.procolombia.co/salud-colombia/noticias-turismo-salud/santander-se-perfila-como-destino-internacional-de-salud>
6. Díaz Arguello JS. Análisis de la demanda y la oferta del mercado laboral a partir de las competencias en las zonas francas especializadas en salud, en Santander. Internet. Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de economista. Bucaramanga. Universidad Santo Tomás de Aquino, 2015. p. 46. Consultado 5 de abril 2019. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/103>
7. Ley 1004 de 2005, por la cual se modifica un régimen especial para estimular la inversión y se dictan otras disposiciones.
8. Decreto 2685 de 1999. Legislación Aduanera.
9. Decreto 659 de 2018, por el cual se modificaron los decretos 2685 de 1999 y el 2147 de 2016.
10. Gómez F. Ratificada Acreditación en Salud para la Clínica Foscal. Clínica Foscal. Esperanza de Vida. Internet, 4 de abril de 2019 Consultado 25 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.foscal.com.co/actualidad-foscal/ratificada-acreditacion-en-salud-para-la-clinica-foscal/>
11. Ministerio de Salud: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, REPS. Internet Consultado 29 de marzo de 2019. Disponible en: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/capacidad_departamental.aspx?pageTitle=Detallado+capacidad+instalada&pageHlp=
12. Vivas J. Colombia, con apenas 1,7 camas hospitalarias por cada mil habitantes. Internet. En: *El Tiempo*. 30 de julio de 2018. Consultado 9 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/colombia-solo-cuenta-con-1-7-camas-hospitalarias-por-cada-mil-habitantes-249374>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional del Talento Humano en Salud. 2017. Internet Consultado 29 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
14. Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional, Tasa de Cotización: Relación porcentual entre el número de graduados que cotizan al sistema general de seguridad social y el número total de graduados.

Internet Consultado 27 de abril de 2019.
Disponible en:
<http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/w3-propertyvalue-37654.html>

15. Unisangil. Estudio posicionamiento de los egresados. Departamento de Egresados y Programa de Enfermería. Fundación Universitaria de San Gil. San Gil, 2018.

16. Unisangil. Seguimiento a egresados. Coordinación de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud. Fundación Universitaria de San Gil. San Gil, 2015.

17. Unisangil. Sistema de Información Académica de Unisangil. Oficina de Admisiones y Registro Académico Unisangil 2019.

18. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. SNIES. Internet Consultado 5 de abril de 2019. Disponible en:
<https://www.mineduccion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-article-212400.html>

CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL EN EL EMBARAZO DE LA MUJER INDÍGENA

CROSS-CULTURAL NURSING CARE IN THE PREGNANCY OF INDIGENOUS WOMEN

Alexandra Jackeline Bernal Romero¹ y Brigitte Paola Hernández Robayo²

Correspondencia:

bhernandez1@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

(1) Estudiante enfermería UNISANGIL Sede Yopal, Mujer indígena perteneciente al pueblo Pasto, resguardo indígena de Ipiales Nariño, médico tradicional, con formación académica en auxiliar de enfermería y Tecnóloga en atención Prehospitalaria.

(2) Enfermera, especialista en auditoría y calidad en salud, docente programa de Enfermería UNISANGIL sede Yopal

Resumen

En el siguiente artículo, se propone conocer las prácticas de enfermería transcultural que desarrollan las mujeres indígenas en el cuidado del embarazo. El diseño está dado en la búsqueda sistemática de documentos científicos de primera y segunda línea en diferentes bases de datos de ciencias de la salud como Lilacs, Scielo, Google Scholar y Dialnet, relacionados con el cuidado de enfermería transcultural del embarazo en la mujer indígena, de los cuales luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión, se tienen en cuenta 50 documentos para dicha revisión. En los resultados se demuestra que, la mujer indígena concibe la gestación como un proceso natural del ciclo de la vida, que permite la pervivencia de un pueblo ancestral, y que para ello, sus prácticas de cuidado están dadas en la alimentación, el uso de plantas medicinales, en el acompañamiento de la pareja, familia y comunidad; además, como pieza fundamental cuentan con los cuidados de la partera y/o médico tradicional quien se encarga de mantener el equilibrio y la armonía física y espirituales de la mujer en estado de gestación. Lo anterior como respuesta a mantener sus tradiciones, al difícil acceso del servicio de salud y a la discriminación que sienten por parte del personal de sanitario de las instituciones de salud.

Palabras claves: Gestación, Grupos Étnicos, cuidado, Antropología Cultura

Abstract

In the following article, it is proposed to know the cross-cultural nursing practices that indigenous women develop in the care of pregnancy. The design is given in the systematic search of first and second line scientific documents in different health science databases such as Lilacs, Scielo, Google Scholar and Dialnet, related to the transcultural nursing care of pregnancy in indigenous women; of which after inclusion and exclusion, 50 documents are taken into account for said review.

In the results we find that, the indigenous woman conceives pregnancy as a natural process of the life cycle, which allows the survival of an ancestral people and that for this, their care practices are given in the diet, the use of medicinal plants in the accompaniment of the couple, family and community; In addition, as a fundamental piece they have the care of the midwife and / or traditional doctor who is in charge of maintaining the balance and physical and spiritual harmony of the pregnant woman. The foregoing in response to maintaining their traditions, the difficult access to the health service and the discrimination they feel by the health personnel of health institutions.

Keywords: Gestation, Ethnic Groups, Care, Cultural Anthropology.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente artículo científico de revisión se describe como las mujeres de las comunidades indígenas han adaptado la práctica de la enfermería desde la perspectiva transcultural a las necesidades biológicas y contextuales frente al cuidado del embarazo, trayendo a colación el enfoque diferencial étnico que les confiere como derecho colectivo en adoptar los usos requeridos a sus condiciones culturales.

Así mismo, se pone en contexto los usos, costumbres y características socioculturales de las comunidades indígenas que se mencionan como referente de conocimiento ante la importancia del abordaje de la práctica de la enfermería desde el enfoque pluricultural.

Según Oviedo, J¹, para el 2019 el número de habitantes en Colombia es de 48.2 millones, de los cuales 1,905.617 hacen parte de la población indígena, porcentaje que evidencia crecimiento significativo en comparación censo del año 2005 cuyo resultado fue de 1'392.23 equivalente al 36.8%, evidentemente unos de los factores es el aumento en la tasa de natalidad en las poblaciones nativas.

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2018

identificó población que informa pertenecer a 115 pueblos indígenas nativos. En concordancia a estas estadísticas, nos deja ver que Colombia es un país pluriétnico y multicultural, por lo que no se debe desconocer sus prácticas y su cosmovisión, además tanto comunidades indígenas y no indígenas se debe considerar una relación entre sí que permita la transculturalidad.

Dentro de las prácticas que mantienen una gran importancia en los territorios ancestrales es el manejo de la maternidad, donde cada pueblo indígena trata los cuidados del binomio madre e hijo según sus usos y costumbres, las cuales son diferentes, pero no ajenos a los controles Prenatales que plantean el Ministerio de Salud y Protección Social, para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo².

El cuidado de la gestante indígena parte desde la cosmovisión de los pueblos ancestrales, teniendo como referencia el uso de las plantas medicinales, la alimentación, los ciclos lunares, así como también las visitas al médico tradicional, la partera, el *jaibana*¹, o las *mamas*; llamados así según el pueblo al que se pertenezcan: todos ellos responden a las inquietudes presentadas por la mujer indígena durante el embarazo, toda vez que a través de la su atención durante todo el periodo gestacional, les confirman el embarazo, les informan el sexo del bebé y les atienden los partos³. Por otro lado, las mujeres Zenúes consideran importante “acomodar” al niño por lo que acuden a la partera cada mes o la alimentación basada en el consumo de productos propios de la región según lo contempla las mujeres de resguardo el Gran Cumbal, no solo como fuente alimenticia sino para evitar malestares que la gestación pueda generar.⁴

Adicional a las costumbres anteriormente mencionadas, el fortalecimiento institucional busca apoyar la respuesta diferencial con pertinencia intercultural, como ocurre en el pueblo Misak con el programa materno infantil en la IPSI *Mama Dominga*.⁵

¹Chamán y sabio de los Emberá. Tiene el poder de curar y enfermar a las personas y a la tierra.

Es así que, desde el abordaje de la perspectiva diferencial, se pone en conocimiento la práctica de la enfermería, para tener un mayor reconocimiento de sus usos dentro de las comunidades indígenas, permitiendo al personal de salud, en especial el de enfermería, interactuar y realizar acciones transculturales frente al cuidado materno, lo cual permite legitimar los saberes tradicionales teniendo mayores elementos frente al cuidado humanizado de las personas.

Objetivo: Conocer las prácticas de enfermería transcultural que desarrollan las mujeres indígenas en el cuidado del embarazo.

MATERIALES Y METODOS

Diseño: Se realizó búsqueda sistemática de documentos científicos relacionados al cuidado de enfermería transculturales del embarazo en la mujer indígena.

Estrategias de Búsqueda: Se realizó la búsqueda de artículos científicos, investigaciones y tesis en diferentes bases de datos de la ciencia y la salud tales como Lilacs, Scielo, Google Scholar y Dialnet. De igual forma se tuvo en cuenta páginas oficiales como el Ministerio de Salud y Protección social, el Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) y Organización Panamericana de la Salud.

Los descriptores utilizados fueron, mujer indígena, gravidez, prácticas, cuidados, enfermería transcultural, embarazo en indígenas, control prenatal, Mujer Misak, Gestante Wayu, parto, antropología y diversidad.

No se limitó la búsqueda por año de publicación, aunque se introdujo como límite al idioma, por lo que se tuvieron en cuenta las publicaciones en español. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el propósito de obtener otros estudios potencialmente incluíbles para la realización del artículo.

Criterios de inclusión y exclusión: En la búsqueda de la literatura se incluyó todo tipo de documento aportados por las diferentes fuentes bibliográficas que hacían referencia al cuidado de

enfermería transcultural del embarazo en la mujer indígena. Respecto a las revisiones sistemáticas de estudio y artículos científicos se aplicó como criterio de exclusión que los estudios y artículos científicos los cuales no incluyeran información encaminada al objetivo de este artículo, así como también que los estudios fuesen en mujeres no indígenas, mujeres que no estén en estado de gestación, puerperio y parto.

Extracción de datos: Tras la búsqueda inicial se encontraron aproximadamente 1.320 estudios y artículos científicos, los cuales de esos 500 estudios no fueron relevantes para cumplir con el objetivo de este artículo, pues no contribuía con los temas en los cuales se estaban abordando, como también no tenían mayor relevancia a la hora de la organización de la información y realización del artículo de revisión bibliográfica. Finalmente se seleccionaron 50 artículos en los cuales se basaron para la realización del mismo, todos aquellos estudios tomados eran estudios realizados en mujeres indígenas en estado de gravidez.

Para proceder a la selección se revisaron los abstracts, conclusiones y resultados debido a que con estos ítems se podía seleccionar si la información y tema el cual se abordaba era veraz y estaba encaminada al tema; como también, hubo artículos en los cuales ameritó la revisión completa con el fin de decidir si la información que contenía estaba o no relacionada con el artículo a desarrollar.

RESULTADOS

El embarazo es una situación en la cual se experimentan grandes cambios físicos y emocionales que inquietan a la mujer, a su pareja y sus familiares. Las expectativas de que todo salga bien durante esta etapa se extienden al periodo del trabajo de parto y del puerperio. Es el cuidado médico integral que permite conocer y seguir el estado de su salud y la de su bebé durante los nueve meses de gestación. Los cuidados prenatales incluyen consultas con profesionales de la salud, pruebas de laboratorio, ecografías e intervenciones o procedimientos médicos, para vigilar que su embarazo marche normalmente y en lo posible culmine con éxito.⁶ De otro lado, para algunas comunidades indígenas la

maternidad se concibe como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer y lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible, por lo que la familia se convierte en el eje central del embarazo de la mujer, y no se puede pensar a la mujer desligada de su familia. Por lo tanto, el concepto de planeación de la familia desemboca en que el embarazo no es algo individual que atañe solo a la madre, por el contrario, es un proceso en el que convergen la mujer y su familia o como lo concibe la mujer indígena Nasa del Cauca basada desde la ley de origen y su cosmovisión, definiendo que el embarazo viene de la laguna y las estrellas, entendido como el nuevo amanecer de otra vida. Se espera que este estado de la mujer transcurra normalmente ya que significa la unión de dos personas, la mujer y la criatura que está en el vientre. El embarazo y la maternidad nasa son vividos como un evento natural, que alegra a la familia y a la comunidad.⁷ Así como también, para la mujer Embera Katio del departamento del Choco, el embarazo desde su cultura es considerando un acontecimiento social y familiar enmarcado en la felicidad por la llegada de un nuevo ser. Este acontecimiento significa expansión de la familia, la cultura y la comunidad.

Los diferentes cuidados maternos que adopta la mujer nativa están dados bajo la cosmovisión indígena; Es así, como para la mujer Emebera Katio una de las maneras empleadas para cuidarse durante el embarazo y garantizar la protección de su hijo por nacer es la visita a la partera, en especial cuando las gestantes son primerizas. La partera como símbolo de salvaguarda de las prácticas tradicionales durante el embarazo y parto, representan la figura de una mujer sabia porque tiene un conocimiento cultural y simbólico especial para brindar cuidado a las mujeres durante el embarazo, la asistencia del parto, el postparto y el cuidado del recién nacido. Ellas son quienes indican a las

mujeres cómo va el embarazo, si el bebé se encuentra bien *acomodado*,² y si todo se encuentra bien para el parto, les soban la barriga cuando sienten algún dolor o cuando sienten que el bebé se les encaja o se desacomoda, esto con el propósito de dejar al bebé cabeza abajo. También la partera informa sobre el sexo, “le exprime la teta, si la leche se corre en la totuma es hembra, pero si cae concentrada es macho”.⁸

Por otro parte, en la alimentación existe toda una serie de rituales encaminados a garantizar en la madre un buen parto, evitando así el consumo de algunos productos, como por ejemplo la ahuyama “*para no poner cabezón al bebe y evitar trancar el paso a la hora del nacimiento*, o como también evitar el consumo de la piña, *porque él bebe puede salir con granos*” (Biogo/embarazada).⁹

Así como para la mujer Embera es importante la alimentación, para la mujer indígena del pueblo Pasto del resguardo indígena el Gran Cumbal en Nariño, la alimentación es parte fundamental para el desarrollo de ese nuevo ser y el mantenimiento de la salud en la madre, donde prima el consumo de productos propios de la región, tales como: “caldos de cuy, de gallina campesina, ocas con leche, ollocos, habas, quinua, revuelto de yerbabuena, cebolla blanca, cilantro y haba (para evitar el vómito), papa asada, coladas de maíz capia, jugo de manzana verde con menta (para los nervios), aguas aromáticas de manzanilla, cedrón y ortiga”.

En la gestante Pasto, la importancia del cuidado de las parteras radica en el acompañamiento y orientación sobre formas de cuidado propio. De igual forma, la partera desde sus conocimientos ante la palpación de la barriga, suele acomodar al bebé para que nazca en posición cefálica. Dentro de las prácticas más usuales son: “dar a beber agua de ruda, borraja, romero y agua de panela con raspadura, *el quemado*,”³ esto al momento de los dolores de parto para facilitarlos y hacerlo menos doloroso.¹⁰

Como hemos visto, la presencia de las parteras

²Estática fetal

³Bebida hecha con aguardiente, panela y canela, con el fin de reducir los nervios, el frío y la debilidad.

son pieza clave para las comunidades indígenas, su servicio hacia la mujer en estado de gestación, destaca en el proceso de bienestar madre e hijo; de esta manera, para las mujeres Embera Wounaan del departamento de Choco no son ajenas a esto, Dentro de los cuidados la partera realiza actividades para determinar la posición del bebé, acomodarlo para ayudar a un buen parto y en algunas ocasiones lo asiste, solo cuando se presentan dificultades al momento del parto, porque usualmente las mujeres tienen sus hijos solas. “La partera mira si el embarazo está normal, simplemente lo toca para saber si está derecho o no, y si no, ella lo endereza con la mano”.

Cuando la partera identifica problemas durante el embarazo, avisa al gobernador de la comunidad para que la mujer sea llevada a atención por parte de la medicina occidental, pero los hombres tienen resistencias, pues durante la atención las mujeres son examinadas y deben mostrar su cuerpo lo cual no es aceptado desde su cultura; a las mujeres esto también las intimida y no las hace sentir cómodas, por lo que prefieren aguantar el dolor y no ir al hospital También comentan, “las mujeres le tienen miedo a los médicos porque les mandan a quitar la ropa interior para revisarlas y ese cuerpo ni siquiera el marido lo conoce” De la misma manera, expresan temor en asistir al servicio médico, dado que han tenido experiencias donde a las mujeres les han realizado cesárea y esto no es aceptado en las comunidades.³

En las gestantes indígenas Zenúes del departamento de Córdoba, las prácticas culturales de cuidado identificadas evidencian un gran arraigo por las tradiciones y costumbres culturales de la comunidad. una vez identificado el embarazo, se inician una serie de prácticas de cuidado entre las que sobresale el alimentarse bien para tener suficiente sangre y que el hijo nazca saludable, evitar hacer oficios pesados para prevenir los abortos y partos prematuros, sobarse la barriga con la *comadrona*,⁴ para mantener al hijo en su sitio y evitar

complicaciones; evitar tener relaciones sexuales para prevenir malformaciones en el hijo por nacer, bañarse temprano para evitar la aparición de la frialdad y sus consecuencias, esto como un acto de protección muy importante para la embarazada zenú, puesto que previniendo el frío, se impiden la mayoría de las complicaciones que se le pueden presentar durante su embarazo y se protege al hijo de enfermedades e incluso de la muerte.

Ir donde la comadrona cada mes o cuando se siente un malestar, se convierte en un acto de confiabilidad de la embarazada indígena hacia estas mujeres de la comunidad, quienes han heredado el conocimiento del cuidado de sus antepasados, de tal forma que pueden controlar el embarazo y el parto de la mujer zenú. También el evitar largas caminatas, asegura que el parto siga con su proceso normal, sin que haya índices de un nacimiento prematuro que implique acudir a las instituciones de salud (hospitales y clínicas) presentándose la posibilidad de que les realicen una cesárea, lo cual no es agradable, según sus costumbres, puesto que sus creencias exigen parir por sus propios medios y partes (parto vaginal) y el hecho de que les hagan una cesárea les disminuye su fortaleza como mujeres; sin embargo, ellas acceden a ir a los controles prenatales y a realizarse los exámenes correspondientes pero no a la atención del parto hospitalario, prefieren tener su parto en casa.¹¹

Dentro de la concepción de la maternidad en la mujer indígena Nasa y Misak del departamento del Cauca, la maternidad se entiende como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer, de ahí que esta no se vea asociada al riesgo o al control del mismo, lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible; por lo tanto son necesarios procesos de armonización que se expresan en los rituales que realiza el médico tradicional con el fin de buscar el equilibrio de la mujer y su bebé y para que la etapa se desarrolle sin contratiempos.

⁴Persona de asiste a la mujer en el parto.

Para los procedimientos culturales que se hacen durante la maternidad se trabaja con plantas denominadas calientes (papa guata⁵, toronjil, tomillo, yerbabuena, orégano), pues estas plantas son las que van a generar beneficios a la madre y a su bebé, contrario efecto tendría las plantas frías (Papa criolla, orejuela de arroyo). Esta división termo-dual es fundamental durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio. Si bien, desde los dos sistemas médicos se recomienda que las mujeres continúen con sus actividades normales, el sistema médico tradicional enfatiza en la necesidad de que la gestante continúe haciendo actividades que demanden grandes esfuerzos, como lo sería cargar leña, esto con el fin de fortalecer su cuerpo para el momento del parto. (Instituto Nacional de salud 2015).

Es preciso rescatar como experiencia exitosa la (Estrategia de Cooperación Interagencial en Salud Materna y Neonatal Indígena 2015-2019) en la comunidad indígena Misak del Cauca, donde se hizo un trabajo articulado entre la medicina occidental y con la medicina propia en la casa del Taita Payan, donde están los medicamentos a base de plantas medicinales, donde existe un médico tradicional y una partera que hacen controles de pacientes que van directamente a este lugar cuando no quieren ser atendidos por médicos occidentales, este intercambio y el dialogo de saberes ha permitido ganar confianza entre los sabedores propios y el personal asistencial de la medicina occidental. Así pues, el trabajo de las parteras es fundamental en la disminución de muertes maternas y la articulación de la maternidad y el puerperio con la complementariedad occidental.

DISCUSIÓN

La cosmovisión indígena concibe la maternidad como un proceso normal del ciclo de la vida, que no representa amenaza para el binomio madre e hijo (a), pues, coinciden en que este proceso requiere de ciertos cuidados específicos, pero sin dejar de lado que es un asunto natural, por lo que

la presencia de su compañero, familia y comunidad son eje significativo para llevar a cabo un embarazo y parto sin riesgo. A diferencia del sistema de salud o las costumbres occidentales, la presencia del compañero y familia son importantes, pero deja de serlo para la comunidad, pues, esta solo representa una estadística en la tasa de natalidad de una población; sin embargo, en las comunidades indígenas, una gestante significa la pervivencia de un pueblo, representa la semilla de una identidad, un nuevo cuidador del territorio si es hombre y si es mujer será quien mantenga la cultura de generación en generación como mujer dadora de vida y de la pervivencia como pueblo ancestral.

Por otro lado, el sistema de salud de hoy en día no reconoce a plenitud la importancia de las parteras y no se toman en consideración los usos y costumbres de cada comunidad indígena; de tal modo que las gestantes indígenas manifiestan resistencia a la hora de ser atendidas en un servicio hospitalario; además que este proceso de maternidad lo considera como un acto íntimo, pudoroso y propio de la mujer y quizá, las malas experiencias ante la discriminación y rechazo de los usos y costumbres entorno a la gestación, hace que genere distanciamiento entre el sistema de salud y su personal sanitario con la gestante indígena; de ahí que, se presenten muertes perinatales, hemorragias posparto y sepsis.

Como miramos en la experiencia exitosa en las mujeres Misak en el Cauca, donde unificaron los dos saberes para buscar atención a las gestantes y lograr una atención equitativa con el propósito de disminuir muertes perinatales. Sin lugar a duda como enfermeras, debemos preguntarnos de qué manera la cultura puede influir en el cuidado que damos. Una de las fases del proceso de atención de enfermería se basa en valorar al individuo como un ser único e integral, con necesidades biológicas, psicológicas y sociales, así como lo menciona Madeleine Leininger, enfermera pionera en introducir el concepto de cultura en los cuidados, como “las creencias, valores y modos

⁵Se refiere a pequeña.

de vida de un grupo particular, que son aprendidas y compartidas, esto permitiría disminuir ese rechazo al sistema de salud occidental.¹²

MATERIALES Y METODOS

Dentro de mi labor en el área de salud, pude evidenciar como la IPS-I ACIN (Asociación de Cabildos Indígenas Zona Norte) dentro de su programa de salud a la mujer, la institución tiene establecido un programa llamado “Mujer Dadora de Vida”, esto como respuesta a la baja cobertura del programa de control prenatal y el rechazo de los saberes propios y el conocimiento occidental y el difícil acceso a los servicios de salud de forma oportuna.

Mi labor se centraba en brindar la atención integral bajo la cosmovisión indígena del pueblo nasa señalado por el programa “mujer dadora de vida” y lo establecido por el ministerio de salud en las guías de atención en salud a la mujer gestante, donde las acciones que se desarrollaban, iban de la mano con la partera y el medico tradicional. Los cuidados que se dirigían hacia la gestante nasa, estaban basados en 3 visitas de acompañamiento por la partera y 2 por el medico tradicional y como complemento a la atención estaba la labor que hacía el promotor de salud, realizando los seguimientos mensuales, así como también las visitas periódicas que debía hacer la materna al médico occidental y enfermera. Además, las mujeres en estado de gestación en el primer trimestre debían evitar pasar por ríos o quebradas para evitar abortos, permanecer en casa durante eclipse solar o lunar, evitar comidas frías entre otras.

La institución en aras de evitar complicaciones en las gestantes, enmarcó en sus estrategias, capacitar periódicamente a las parteras dándoles a conocer los signos de alarmas en la gestante y entrega de material que le permita a la partera realizar un trabajo limpio con los elementos

necesarios como guantes, cuchillas, y mantas limpias para la atención del parto.

Por otra parte, desde mi saber ancestral indígena como médico tradicional, se me permitió desarrollar dentro de la IPS-I ACIZI (Asociación de Cabildos Indígenas de la Zona de Ipiales) el programa “Tejiendo Vida”, el cual consistía en realizar los controles prenatales a la gestante Pasto con enfoque diferencial étnico, en conjunto con medico occidental y enfermería. El servicio estaba dado en la atención inicial por médico o enfermería, posteriormente pasaba al encuentro con medico tradicional donde se le daba recomendaciones propias de los usos y costumbres en la mujer gestante del pueblo Pasto. De igual forma se la orientaba sobre los cuidados en la alimentación, la cual estaba basada en productos libres de químicos y colorantes artificiales, aumentando la ingesta de quinua, caldo de cuy *wawua*, para que le de fuerza a la hora de asumir los malestares del primer trimestre, así como también, evitar aromáticas de canela, ruda, hoja de higo, pues dentro de la cosmovisión Pasto, estas aguas consideran abortivas para el embarazo. Otra de las recomendaciones que se entregaba era, para el segundo trimestre la mujer debía cuidarse del frío para evitar que el vientre se llene de líquido; así como también utilizar calzado y ropa cómoda. En el último trimestre la gestante Pasto asiste a una armonización de madre e hijo con el medico tradicional, esto con el propósito de preparar la llegada del nuevo ser y agradecer a los espíritus mayores de llegar hasta esta etapa; así como también, finalizar armónicamente la experiencia de llevar una vida intrauterina para iniciar la extrauterina. En la última semana de gestación, la mujer indígena debe sacarse el frío del vientre con asientos de vapor con plantas medicinales calientes como el romero, o el ciprés y tener todas las plantas medicinales listas para el momento del parto y posparto.

¹²Wawua se refiere a niño.

CONCLUSIONES

Las gestantes indígenas, recurren a la medicina occidental solo cuando su embarazo o parto se encuentra en riesgo, de lo contrario ellas prefieren ser atendidas por las parteras o médicos tradicionales, con esto evitan exponer su cuerpo a maniobras o procedimientos que para algunas comunidades indígenas no son aceptadas, por lo que considero que las diferentes entidades de salud deberían unificar acciones con las parteras y médicos tradicionales con el propósito de disminuir complicaciones en el embarazo o parto.

En las diferentes comunidades indígenas la partera es el símbolo del cuidado a la gestante, son quienes a partir las prácticas culturales y sus conocimientos ancestrales aprendidos y compartidos de tradición en tradición, garantizan el bienestar no solo de la materna; sino también, de todo un territorio indígena.

Como futuros profesionales de la salud abordar en el cuidado a una gestante, requiere adquirir una competencia de conocimiento científico propio de la enfermería, así como también, establecer un pensamiento de comprensión hacia otras culturas sean indígenas o no, pues actualmente vivimos el flagelo de la migración, donde valorar el contexto y la cultura de las personas sea una herramienta a la hora de brindar el cuidado.

AGRADECIMIENTOS

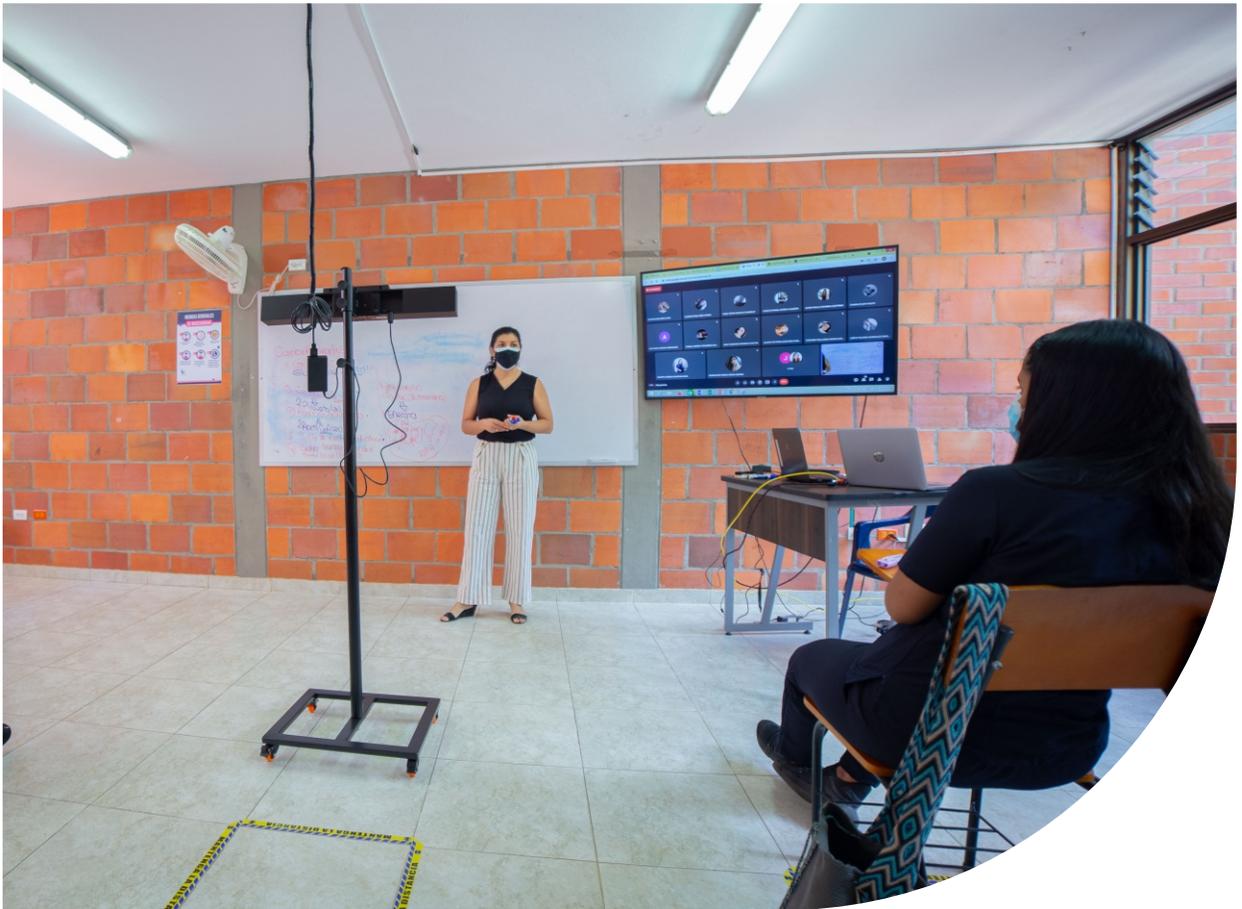
Como autora agradezco a los espíritus mayores por permitirme ser mujer indígena, a mi madre por transmitirme el conocimiento y el gusto por la medicina tradicional, que me lleva hoy a plasmar mis conocimientos y vivencias en este artículo, a los diferentes autores a los que me dirigí para mi búsqueda, a mi docente por su acompañamiento y a mi familia por su apoyo.

REFERENCIAS

1. Oviedo, J. La población indígena en Colombia es de 1'905.617 personas, según Censo del DANE, boletín 5 DANE. [actualizado 16 sept. 2019].
2. Oviedo, Hernández y Mantilla (2013) Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación, 20, 21. [actualizado 2013].
3. Negrete y Zapata. Características Del Control Prenatal En Indígenas Embera Katio De Tierralta Córdoba. Trabajo de grado para optar título de Enfermera, Universidad De Córdoba. [actualizado 2017].
4. Melo y Valero. Prácticas De Cuidado En La Maternidad En El Resguardo Indígena De Cumbal, Nariño, Colombia, 9. [actualizado 2016].
5. Estrategia de Cooperación Interagencial en Salud Materna y Neonatal Indígena 2015-2019. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque etnocultural, de derechos y de género, 11. [actualizado 2019].
6. Elizabeth Castrillón Chamadoira. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural, Cultura de Cuidados 2º Cuatrimestre 2015 Año XIX - N.º 42,130. [actualizado 2015].
7. Dinas, Pillinue, Ocoro. ¿La adherencia al programa mujer dadora de vida tiene relación con las muertes perinatales presentadas en el primer trimestre del 2014 en la IPS-I ACIN sede Santander de Quilichao?, Universidad Católica de Manizales 4. [actualizado 2015].
8. Vargas y Sanmiguel. Cuidado humano en el binomio madre e hijo desde la cosmovisión de Madeleine Leininger, Revista Uruguaya de Enfermería, 353.
9. Instituto nacional de salud, Organización Nacional de Salud (2015) Salud materna Indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, 10,38 [actualizado 2017].
10. Melo y Valero. Prácticas de cuidado en la maternidad en el resguardo indígena de Cumbal, Nariño, Colombia, 9. [actualizado 2016].

11. Ramos Lafont CP, Campos Casarrubia IM, Bula Romero JA. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas del Resguardo Zenú Córdoba, Colombia. Rev. cienc. cuidad; 16(3): 11,14,15 [actualizado 2019].
12. Acosta, M. Mujer indígena y cuidados durante el embarazo y puerperio, Enfoque, Revista Científica de Enfermería, Vol. XXI, N° 17. [actualizado 2017].
13. Castillo, Vallejo y Cotes. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos, Instituto Nacional de Colombia, 62,64. [actualizado 2017].
14. Ministerio de Educación Nacional. Chi jaibana aribada ome El jaibaná y el mohán, Serie Río de Letras Territorios Narrados PNLE Primera edición,40. [actualizado 2015].
15. Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. educación, 12. [actualizado 2006].
16. Acosta, M. Mujer Indígena y Cuidados Durante el Embarazo y Puerperio. Revista Científica de Enfermería. [actualizado 2017].
17. DANE. Población indígena de Colombia, Resultado Nacional de población y vivienda. [actualizado 2019].
18. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. [actualizado 2013].
19. Ministerio de Cultura. Caracterizaciones de los pueblos indígenas de Colombia. [actualizado 2005].

ENTREVISTA



LA EDUCACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA PRIMERA INFANCIA DE LOS HOGARES DE ICBF DE BARICHARA DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

Entrevista a Jenny Esperanza Cabarique Rodríguez¹ Por Luz Dary Carreño Rodríguez² y Graciela Olarte Rueda³

Resumen

La enfermedad del coronavirus (Covid-19) fue declarada por la Organización Mundial de la Salud pandemia en marzo de 2020. Desde entonces, esto ha provocado una crisis que ha tenido efectos de gran alcance en casi todos los ámbitos sociales, incluido el impacto psicológico de la enfermedad, el encierro y la cuarentena en la población. A nivel global, desde mediados de marzo, la rápida propagación del virus dio lugar al cierre masivo de establecimientos educacionales dejando a más de 1.200 millones de estudiantes de todo el mundo sin clases presenciales, en tanto, en América Latina y el Caribe, la emergencia de la pandemia ha dejado más de 160 millones de estudiantes sin clases según informó la Unesco para el año 2020. Esta situación en salud pública ha obligado a replantear la forma de educar a nuestros niños y niñas de la primera infancia, hemos decidido dirigirnos a los hogares de bienestar del ICBF en el Municipio de Barichara y, a través de la coordinadora en nuestro municipio, conocer cómo ha sido el proceso que se ha llevado a cabo para continuar con los cuidados de crianza a través de modalidad virtual y el apoyo psicosocial a las familias de los niños que integran los hogares del Bienestar Familiar.

Palabras clave: Covid- 19, educación, primaria infancia, modalidad virtual.

Abstract

The World Health Organization declared the coronavirus disease (Covid-19) as a pandemic in March 2020. Since then, this sparked a crisis by the virus which has had far-reaching effects on almost every social sphere, including the psychological impact of the disease, lockdown, and quarantine on the population. Globally, since mid-March, the rapid spread of the virus led to the massive closure of educational establishments leaving more than 1.2 billion students around the world without face-to-face classes, while in Latin America and the Caribbean, the emergency of the

Correspondencia: Graciela Olarte Rueda.

grueda@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

(1) Coordinadora de los hogares de ICBF del municipio de Barichara

(2) Enfermera, © Mg. en Gerencia de Organizaciones. luzcarreno@unisangil.edu.co.

(3) Enfermera, Magister en ciencias de la enfermería, especialista en epidemiología. grueda@unisangil.edu.co.

pandemic has left more than 160 million students without classes as reported by UNESCO by 2020. This situation in public health has forced us to rethink the way of educating our children of early childhood, so we have decided to go to the ICBF Welfare Homes in the Municipality of Barichara and through the coordinator in our municipality to know how the process that has been carried out to continue with the parenting care has been through virtual modality and support psychosocial to the families of the children who make up the family welfare homes.

Keywords: Covid-19, education, primary childhood, virtual modality

L.D.: ¿Cuántos hogares de Bienestar existen actualmente en el Municipio de Barichara?

JECR: Actualmente existen 7 hogares de Bienestar, cinco (5) ubicados en el área urbana y dos (2) en el área rural, específicamente en las veredas de Butaregua y Caraquitas. Cada uno tiene un cupo máximo de 12 niños y niñas.

En los hogares comunitarios de Bienestar Familiar se presta un servicio en las viviendas de los agentes educativos quienes, previamente capacitados, se responsabilizan del cuidado y atención de un grupo conformado por doce (12) a catorce (14) niños y niñas.

En un hogar familiar se podrán atender máximo dos niños / niñas en el rango de edad de seis (6) a dieciocho (18) meses de edad. Igualmente se podrá atender máximo un niño con discapacidad de acuerdo con los criterios de focalización (identificación y priorización de la población) y en este caso solo se podrá atender además un niño/niña menor de dos (2) años.

L.D.: ¿Cómo se ha llevado a cabo el trabajo con los padres y con los niños durante la pandemia del Covid-19?

JECR: Desde el inicio de la pandemia y hasta el próximo 30 de julio estamos trabajando en modalidad virtual, ya desde el 1° de agosto vamos a iniciar un trabajo presencial con los niños que quieran iniciar en esta modalidad.

L.D.: ¿Cómo fue el trabajo virtual con los padres y los niños?

JECR: Bueno fue un trabajo duro, especialmente por la poca disposición de algunos padres, las fallas en la conexión a internet, ausencia de datos,

etc. Pese a esto nosotras realizamos un trabajo basado en las 14 prácticas de cuidado y crianza que consisten en: Práctica #1: Alimentar adecuadamente a niñas y niños de acuerdo con las características de su momento y desarrollo. Práctica #2: Adoptar medidas saludables de preparación, manipulación, conservación y consumo de alimentos. Práctica #3: Asegurar que las niñas y niños reciban los cuidados necesarios para una buena salud. Práctica #4: Brindar apoyo a la mujer gestante y en período posparto con los cuidados adecuados. Práctica #5: Lavarse las manos con agua y jabón en los momentos clave. Práctica #6: Mantener la casa limpia y dar un tratamiento adecuado a las excretas, las aguas residuales y los residuos sólidos. Práctica #7: Proteger a la familia de moscas, cucarachas, ratas, zancudos, murciélagos y otros animales que representan un peligro para la salud. Práctica #8: Tomar las medidas adecuadas para tener agua segura para consumo y aseo personal. Práctica #9: Tomar medidas adecuadas para prevenir accidentes en el hogar y su entorno. Práctica #10: Acompañar el desarrollo de la autonomía de las niñas y los niños. Práctica #11: Acompañar la construcción de identidad.

Práctica #12: Promover la construcción de normas y límites. Práctica #13: Generar experiencias para el disfrute del juego, la creación, la exploración y la literatura con niñas y niños desde la gestación. Práctica #14: Vivir interacciones sensibles y acogedoras con niñas y niños desde la gestación.

Cada una de estas prácticas tiene unos ítems. Lo que se hace es que cada semana se escoge una práctica y se planean actividades en torno a la seleccionada, se proponen actividades para que los padres y/o cuidadores realicen en el hogar con su niña o niño.

Esta estrategia de pedagogía en casa, que creé el ICBF, “busca acompañar a las familias colombianas para que los días de aislamiento preventivo se conviertan en grandes oportunidades de vivir experiencias enriquecedoras que les permitan compartir tiempo, estrechar vínculos afectivos y hacer de su hogar un entorno protector”².

L.D.: ¿Hubo receptividad por parte de las familias al trabajo virtual?

JECR: No todos los padres se comprometen con el trabajo en casa, por ejemplo, de mi hogar, de los 12 niños, solo 3 cumplían a cabalidad con cada una de las actividades propuestas, existen muchos motivos por los cuales hay un amplio porcentaje de incumplimiento desde la falta de compromiso hasta la falta de tiempo de los cuidadores, teniendo en cuenta la difícil situación que actualmente se presenta, la falta de internet, por este motivo desde el inicio de este proceso hemos tratado de acomodarnos al tiempo de los padres, evitamos realizar mucha presión en cuanto al cumplimiento de las actividades, tratamos de ser más dóciles con ellos.

L.D.: ¿Cómo se ha manejado el tema del complemento alimentario en estos niños, teniendo en cuenta que ellos tienen derecho al mismo, pero que no asisten a la guardería en donde normalmente se les prepara?

JECR: Sí claro, a ellos se les hace entrega mensualmente de una RPP (ración para preparar), cuando empezó la pandemia el ICBF con el objetivo de apoyar a estas familias en la alimentación a los niños en casa, esto se ha venido garantizando desde inicios de pandemia hasta el 30 de julio, ya después de esta fecha, las raciones van a disminuir debido a que inicia la presencialidad y ya se les va a garantizar preparado. Este complemento se ha venido entregando y se continuará entregando entre los primeros 20 días de cada mes. Es de resaltar que los alimentos que se entregan garantizan lo estipulado en la cadena alimenticia, es decir es una RPP muy completa para el menor que la recibe.

Según el Instituto de Bienestar Familiar primer pilar, seguridad alimentaria, en el marco de la pandemia (2020 y primer trimestre de 2021), “el ICBF ha atendido a 1.7 millones de niñas y niños de primera infancia y entregado cerca de 18.8 millones de canastas alimentarias. Además, ha suministrado 211 mil canastas nutricionales especiales a mujeres gestantes con bajo peso y niños en riesgo de desnutrición, y más de 18 mil toneladas de Bienestarina. Esto con el fin de garantizar una correcta y balanceada alimentación de los niños y niñas que se encuentran en sus hogares por causa de la pandemia”².

L.D.: ¿Cómo se van a establecer los horarios de

atención a los niños que los padres autoricen la asistencia presencial en la guardería?

JECR: Lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. y el día miércoles de 8:00 a.m. a 12:00 m.

L.D.: ¿Es viable que los 12 niños asistan a cada hogar todos los días previa autorización de sus padres?

JECR: No. Los espacios de infraestructura con los que contamos en la mayoría de hogares no permiten cumplir con los parámetros de distanciamiento que contempla el protocolo, no contamos tampoco con la dotación que se requiere para garantizar lo contemplado en los protocolos de bioseguridad, por esta razón se van a manejar por burbujas, es decir grupos de niños, organizados por edades que asistirían por semanas, es decir, una burbuja esta semana, la otra burbuja la siguiente semana y así sucesivamente, a su vez los niños que no asisten presencial, después de las 3:00 p.m. debemos comunicarnos con ellos para indicar las actividades a realizar con los niños en casa y orientarlos al respecto.

Desde febrero de 2021 el ICBF estableció las orientaciones técnicas para reabrir los servicios bajo el esquema de alternancia, a través de la Resolución 1111 del 1° de marzo de 2021 de la Dirección General del ICBF3.

L.D.: ¿Qué pasa con los padres que no envían las evidencias de sus hijos?

JECR: Ellos deben cumplir o firmar compromiso de la no realización de las actividades, teniendo en cuenta que tienen derecho a todos los beneficios que contempla el pertenecer a un hogar ICBF y, pues, se busca que ellos interactúen con sus hijos a través de las actividades propuestas.

La voluntad de las familias es un criterio fundamental para la reapertura. Por ello, el plan se ha venido adelantando con su consentimiento y con la participación de muchos otros actores, entre ellos las autoridades locales y de salud³.

L.D.: ¿Han tenido algún contacto ustedes con los niños? ¿Los han visto en tiempo de pandemia?

JECR: A partir de agosto iniciamos la realización de video llamadas con los niños, pero no siempre podíamos interactuar con todos, ya este año desde el inicio, hemos venido teniendo un poco más de acercamiento ya que periódicamente

debemos pesar y tallar a nuestros niños, de esta manera los vemos e interactuamos con ellos.

L.D.: ¿Hay temor en los padres, en ustedes al iniciar esta etapa de presencialidad?

JECR: Sí, sobre todo porque hay situaciones que han ocurrido dentro de los hogares de los niños y han dejado una marca negativa, los medios de comunicación difunden mucha información que en ocasiones causa temor. Nuestro objetivo es cumplir a cabalidad con los protocolos de bioseguridad establecidos y poder garantizar a nuestros niños entornos seguros, tanto para ellos como para nosotras las madres comunitarias.

L.D.: Finalmente, se agradece a la coordinadora de los hogares de Bienestar de Barichara ya que comúnmente hablamos del trabajo que realizan los colegios en cuanto al manejo que se ha dado en los hogares del ICBF para el retorno presencial a las aulas, pero tal vez hemos dejado de lado a los hogares de Bienestar quienes también han estado presentes a través de la situación actual en cada uno de los hogares de los niños que hacen parte de sus guarderías, también se han desvelado preparando material para entregar a sus padres para que refuercen las habilidades de sus niños en casa, han estado muy pendiente de la entrega de ese complemento alimentario bien constituido a las familias. Por esta razón en esta oportunidad hemos decidido entrar y conocer de primera mano el manejo que se da desde los hogares de Bienestar a nuestros niños de primera infancia. Es de resaltar que al momento de la entrevista las estadísticas de la Covid-19 en el municipio de Barichara nos muestran que tenemos en este momento control sobre el virus, lo cual esperamos que se continúe realizando. Si en algún momento estas cifras comienzan a incrementarse y empiezan a salirse del control, la presencialidad será suspendida.

REFERENCIAS

1. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Hogares Comunitarios de Bienestar Familiares. [Internet]. [Consultado 16 junio de 2021]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/portafolio-de-servicios-icbf/hogares-comunitarios-de-bienestar-familiares>

2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ICBF no baja la guardia para garantizar la atención de sus beneficiarios durante la pandemia. [Internet]. [Consultado 16 de junio de 2021]. Disponible en:

<https://www.icbf.gov.co/noticias/icbf-no-baja-la-guardia-para-garantizar-la-atencion-de-sus-beneficiarios-durante-la>

3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Regreso a la presencialidad en alternancia para la primera infancia. [Internet]. [Consultado 16 de junio de 2021]. Disponible en:

<https://www.icbf.gov.co/noticias/regreso-la-presencialidad-en-alternancia-para-la-primera-infancia>