

Universalud

Revista de las Ciencias de la Salud de UNISANGIL

Universalud

Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación y la Salud

**Fundación Universitaria de San Gil,
Unisangil**

Volumen 11. Enero-diciembre de 2022

ISSN 2248-647X

76 páginas

Franklin Figueroa Caballero

Rector

Marcela Ordóñez Rodríguez

Vicerrectora Académica

José Manuel Serrano Jaimes

Vicerrector Administrativo y Financiero

Wilson Gamboa Contreras

Director Departamento de Investigación

EQUIPO EDITORIAL

Eulalia Medina Díaz

Directora

Carolina Salamanca Leguizamón

Editora

COMITÉ EDITORIAL

Luisa Fernanda Barrera Medina

UNISANGIL

Graciela Olarte Rueda

UNISANGIL

Brigitte Paola Hernández Robayo

UNISANGIL

CORRECCIÓN

Luis Fernando García Núñez

TRADUCCIONES

Instituto de Idiomas de UNISANGIL

FOTOGRAFÍAS

Departamento de Comunicaciones UNISANGIL

ÁRBITROS DE ESTE NÚMERO

Graciela Olarte Rueda

UNISANGIL

Luisa Fernanda Barrera Medina

UNISANGIL

Rosa Ernestina Villareal Pérez

UNISANGIL

Mónica Quintero Trujillo

UNISANGIL

Liliana Margarita Garzón Flórez

UNISANGIL

Yenny Patricia Moreno Rangel

UNISANGIL

María Alejandra Ortega Blanco

UNISANGIL

Catalina Franco Villegas

UNISANGIL

Carolina Salamanca Leguizamón

UNISANGIL

DISEÑO E IMPRESIÓN

Futura Diseño e Impresión

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

PRESENTACIÓN

- 5** Cuidado humanizado de enfermería a la mujer gestante
Graciela Olarte Rueda, Líder grupo ICES. Facultad de Ciencias de la Educación y la Salud

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- 8** Efectos de la violencia intrafamiliar durante la pandemia Covid-19 en San Gil
Yerly Carolina García Bernal, Estefanía Martínez Sánchez, Mayer Fernando Soler López, Graciela Olarte Rueda
-
- 22** El uso de plantas medicinales para el manejo de los síntomas de la enfermedad respiratoria Covid-19, basado en las creencias culturales de la región Guanentina y Comunera
Karen Dayana López Castro, Laura Daniela Sánchez Rondón, Jaider Jhoany Silva Abril, Paola Andrea Delgado Ayala, Graciela Olarte Rueda

SEGUIMIENTOS

- 36** Asociación de condiciones sociales y partos distócicos, una batalla de vida, dando vida
Nancy Emilsen Daza
-
- 41** Situación de enfermería a mujer gestante:
“El cuidado de enfermería durante la creación de una nueva vida”
Duvan Alexander Rodríguez Rincón, Duwan Alfonso Monsalve Rincón, Carolina Muñoz Ardila, Estefanía Martínez Sánchez, Heimy Sofía Vargas Díaz, Ludy Natalia Pérez Lemus, Karen Lizeth Gómez Castellanos, Leidy Natalia Dulcey Ortega, Yenny Patricia Moreno Rangel

- 46** Seguimiento clínico “sembrando sonrisas y esperanza”
Julieth Fernanda Aguilar Urrutia, Adriana Patricia León Moreno, Karen Lizeth Gómez Castellanos, Mayreth Alejandra Masco Rodríguez, Julieth Daniela Solano Gómez, Claudia Biviana Uribe Toloza

REVISIONES

- 52** Aborto, una elección o una obligación: causas, consecuencias y leyes
Paula Andrea Carreño Vesga, Paula Valentina Medina Saavedra, Graciela Olarte Rueda
-
- 60** El acompañamiento por enfermería a la mujer gestante y recién nacido: Narrativa de enfermería
Daniel Nick Díaz Sánchez, Frandy Carolina Rodríguez Sierra, Graciela Olarte Rueda

REFLEXIONES

- 66** Artículo de reflexión ¿Qué es la bioética?
Yenny Patricia Moreno Rangel
-
- 71** El Covid-19 desde la óptica de una institución de preescolar
Anderson Lozano Muñoz

PRESENTACIÓN



Graciela Olarte Rueda

Líder grupo ICES

Facultad de Ciencias de la Educación y la Salud

CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER GESTANTE

La salud perinatal conlleva múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional la más importante para este proceso, llevando a la mujer gestante a la utilización oportuna y adecuada de servicios de salud prenatales y neonatales de alta calidad, logrando así que los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal, sean controlados

Se conoce que las mujeres son susceptibles a pasar por cambios emocionales debido a los ciclos hormonales que se experimentan cada mes. Durante el embarazo, estas fluctuaciones hormonales son mayores, y de manera más frecuente, dando por hecho que los sentimientos y las emociones toman un papel importante en el desarrollo de este proceso; llegando a desencadenar episodios generadores de riesgo en el binomio materno-fetal, cuando las emociones negativas se sobren estimulan y no son controladas.

Por lo tanto, la humanización del cuidado en enfermería debe enfocarse hacia las necesidades de las mujeres las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de

fragilidad. Este cuidado debe ir va más allá de realizar los procedimientos, implica estar atentos a las necesidades propias y dirigirse a las mujeres gestantes como seres humanos, quienes tienen una serie de experiencias que han sido aprendidas de generación en generación. Estas madres están sumergidas en una sociedad y en un entorno que de cierta manera condiciona su comportamiento y su respuesta durante el trabajo de parto y parto.

La Organización Panamericana de la Salud OPS, promueve que el parto sea visto como una experiencia positiva por parte de la madre, el cual esté libre de cualquier tipo de violencia obstétrica haciendo que una situación fisiológica como lo es la gestación se vea como la atención de una patología o de una posible complicación la cual se pudo prevenir con acciones sencillas y costo efectivas como lo son el enfoque individualizado, respetuoso y multicultural. Cabe resaltar que la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, se rigen por políticas de calidad en la prestación de cada uno de sus servicios; es por ello que, las mismas deben garantizar el marco de derecho que respalda una atención materno fetal respetuosa con relación a una atención oportuna y de calidad.

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN



EFECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN SAN GIL

EFFECTS OF DOMESTIC VIOLENCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN SAN GIL

Yerly Carolina García Bernal¹, Estefanía Martínez Sánchez², Mayer Fernando Soler López³,
Graciela Olarte Rueda⁴

Resumen

Introducción: La violencia intrafamiliar es una realidad en Colombia, agravada por el aislamiento provocado por la pandemia Covid-19, factores como el encierro, las preocupaciones, la incertidumbre económica, la presión y la educación remota han traído dificultades a los miembros de la familia de diferentes orígenes. **Objetivo:** Establecer los efectos que genera la violencia intrafamiliar en la salud mental durante la pandemia ocasionada por el virus Sars Cov2 en el municipio de San Gil, en el período transcurrido en los años 2020 y 2021. **Metodología:** El estudio es de tipo cuantitativo ya que se centró en cuantificar y analizar los datos recopilados con el instrumento, y analítico de corte trasversal descriptivo porque se buscó recolectar datos en un tiempo único con el propósito de analizar y describir las variables de la violencia intrafamiliar. En este estudio participaron 321 personas. **Resultados:** En la investigación se infiere que el 29% (93) de la muestra ha sufrido ocasionalmente de violencia intrafamiliar y siempre el 3.1% (10), de igual manera, con el 13,4% (43) ha sido violencia psicológica, el 4,0% (13) violencia económica y física en un 0,9% (3). **Conclusión:** Las personas víctimas de violencia se encuentran en una edad promedio de 45 años, con estrato socioeconómico 2 y donde el género predominante a responder fue femenino. Se logró asociar los efectos económicos, físicos, psicológicos y sociales que generan la violencia intrafamiliar.

Palabras clave: Confinamiento, salud mental, violencia intrafamiliar, pandemia y víctimas

Correspondencia:

Yerly Carolina García Bernal.
yerlygarcia@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

^{1,2,3} Estudiantes enfermería.
Fundación Universitaria de
San Gil, Santander, Colombia.

⁴ Enfermera, magíster en
ciencias de la enfermería,
especialista en epidemiología,
coordinadora de semillero.
Fundación Universitaria de
San Gil, Santander, Colombia.

Abstract

Introduction: Domestic violence is a reality in our country, especially due to the isolation caused by the Covid-19 pandemic. Factors such as confinement, worries, economic uncertainty, pressure and temporary distance education have brought difficulties to family members of different origins. **Objective:** To establish the effects that intrafamily violence generates on mental health during the pandemic caused by the Sars Cov2 virus in the municipality of San Gil in the period between 2020 and 2021. **Methodology:** the study is quantitative since it focused on quantifying and analyzing the data collected with the instrument, and analytical descriptive cross-section because it sought to collect data in a single time with the purpose of analyzing and describing the variables of intrafamily violence. 321 people participated in this study. **Results:** in our research it is inferred that 29% (93) of the sample has occasionally suffered from domestic violence and 3.1% (10) always, in the same way 13.4% (43) has suffered from psychological violence, the 4.0% (13) economic and physical violence in 0.9% (3). **Conclusion:** The victims of violence are in an average age of 45 years with socioeconomic stratum 2 and where the predominant gender to respond was female. It was possible to associate the economic, physical, psychological and social effects that generate domestic violence.

Keywords: Confinement, mental health, domestic violence, pandemic and victims.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica se ve originada principalmente por tres factores: falta de control de los impulsos, falta de influencia e incapacidad para resolver adecuadamente el problema, esta situación, sin duda alguna, se ha presentado desde la antigüedad y ha prevalecido hasta el presente, viéndose en la actualidad exacerbada por el confinamiento obligatorio debido a la pandemia producida por el Covid-19¹.

Dentro de las posibles causas que pueden llegar a desencadenar esta problemática, se encuentra el abuso del alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas las cuales generan una conducta violenta que va arraigada, de igual manera, a las costumbres que se tengan en la región y, en algunas ocasiones, estará acompañada de pensamientos machistas, los celos, los problemas familiares y económicos². Esto, sin duda alguna, es un problema que deja grandes consecuencias, las víctimas no solo sufren maltratos físicos, sino que también psíquicos y emocionales^{3,4}. La organización familiar en la actualidad es cada vez más compleja, a su vez son más vulnerables en varias condiciones sociales lo cual lleva a que se afecte la forma de relación y la calidad de las interacciones entre ellos, ya sea de forma positiva o negativa⁵. En vez de la familia cumplir con las funciones importantes que influyen directamente en la constancia de la vida humana, el desarrollo y bienestar, donde le ayuda a la persona a adecuarse a las continuas transformaciones sociales, al verse expuestos a la violencia intrafamiliar se interrumpe ese proceso natural y hace que la vida futura de los individuos sea más complicada y con secuelas de maltrato⁶.

Las formas de abuso doméstico están relacionadas de acuerdo con el daño que pueden causar siendo las siguientes las de mayor incidencia: abuso verbal, abuso emocional o psicológico, aislamiento, abuso económico, abuso sexual, abuso físico⁷.

La violencia intrafamiliar es uno de los problemas que más afecta la tranquilidad, el bienestar y/o la integridad de las personas y de las familias a nivel mundial, en un estudio realizado por Martínez O., Algozain Y., y Borges L.⁸ se logró evidenciar que la gran mayoría de las víctimas pertenecen al sexo femenino, entre las edades de los 25 a los 34 años, considerándose un 90% del estudio, de igual manera, en este estudio los hombres no se encontraron excluidos y se reportó un 8% de los casos y en un 2% fueron mixtos.

Por ende, esto ha tenido una incidencia internacional alta, donde las llamadas por abuso doméstico y la búsqueda por internet de redes de ayuda y apoyo no se quedan atrás en su aumento⁹. Al analizar todos estos casos las secuelas que se han generado son el miedo, la preocupación, la frustración, el enojo, la desorganización, el aburrimiento, la tristeza, la ansiedad y el estrés¹⁰. Ante esta problemática no se puede ser indiferente ya que en el país se han evidenciado, tras la gran emergencia sanitaria, grandes problemas a nivel general, económico, psicológico, sexual y familiar, lo cual exacerba la violencia intrafamiliar en muchos hogares donde es agredida principalmente la mujer, en ocasiones los niños y sin excepción alguna los adultos mayores al depender directamente del agresor^{11, 12}.

Según datos registrados por diferentes entidades en Colombia, es evidente el aumento del abuso doméstico dejando a su paso problemas sociales, altos costos económicos, problemas a físicos, psicológicos, sexuales y familiares¹³. De igual manera, en San Gil se demostró que el maltrato familiar creció en cifras alarmantes en comparación con los casos que se habían registrados el año anterior (2019), evidenciándose que el mayor problema radica en la ausencia de denuncias oportunas por parte de las víctimas¹⁴.

Como resultado de lo anterior, se puede constatar que esta investigación tiene relevancia social en el municipio, ya que busca mejorar las habilidades de las víctimas y guiarlas para que comprendan los canales de ayuda que se pueden utilizar para presentar denuncias de manera segura, sin necesidad de afectar la salud mental ya que una quinta parte de las mujeres del mundo ha soportado algún tipo de violencia, la mayor parte de estos casos ha sido propiciada por un miembro de la familia o su núcleo cercano, convirtiéndose en un factor primordial para que las víctimas opten por el suicidio y se aumente la tasa de mortalidad en comparación con aquellas personas que no lo padecen¹⁵.

Por consiguiente, actualmente hay muchas herramientas disponibles para medir la violencia

intrafamiliar, por lo cual se seleccionó el instrumento encuesta la cual tiene el nombre de violencia intrafamiliar: un problema que requiere atención inmediata que está constituida por 11 preguntas de selección múltiple y 3 preguntas que tienen la opción de elegir varias opciones y así medir los efectos de la violencia intrafamiliar en San Gil.

Luego de seleccionar la escala, se realizó la prueba de adaptación cultural, y se seleccionó un grupo experimental de 12 personas a las cuales se les aplicaron las encuestas al azar en el municipio de San Gil, en diferentes barrios, esto con el fin de saber si las preguntas eran claras o difíciles de responder, si podrían causar un impacto negativo en el sujeto, o que el diseño pudiera ocasionar el abandono de la encuesta. Posteriormente, se aplica el instrumento y recolectan los datos necesarios para la investigación en los barrios Villa Olímpica, José Antonio Galán, Villa del Prado, Pablo VI, Paseo del Mango y San Martín, para un total de población seleccionada de 321 personas pertenecientes a la comunidad sangileña.

OBJETIVO

Objetivo general: Establecer los efectos que genera la violencia intrafamiliar en la salud mental durante la pandemia ocasionada por el virus Sars Cov2 en el municipio de San Gil, en el período transcurrido en los años 2020 y 2021.

Objetivos específicos: Caracterizar a las personas víctimas de violencia doméstica según su edad, género y condiciones sociodemográficas; identificar los tipos de violencia intrafamiliar que padecen las víctimas e identificar la proporción de las personas víctimas de esta problemática en el municipio de San Gil.

Materiales y métodos: Para lograr los objetivos, se realizó un estudio de tipo cuantitativo, analítico, de corte trasversal descriptivo. La población de la investigación

estuvo constituida por familias de 6 barrios de San Gil, Santander (Villa Olímpica, José Antonio Galán, Villa del Prado, Pablo VI, Paseo del Mango y San Martín), los cuales fueron elegidas al azar, algunos de ellos ya habían reportado casos de violencia intrafamiliar. Dentro de los criterios de inclusión se encontraba toda persona mayor de 18 años, que aceptara el consentimiento informado y sin alteraciones mentales, para los criterios de exclusión se encontraban personas menores de 18 años, aquellos que no firmaran el consentimiento informado e individuos que sufrieran alguna enfermedad mental, ya que esto impide una información veraz. Para ello, primero, se identificó la población a intervenir, luego se realizó una prueba piloto con el fin de evaluar la validez del instrumento, con resultados satisfactorios, los cuales permitieron proseguir a la aplicación del consentimiento informado y del instrumento de investigación, subseguido a ello se realizó el análisis de los resultados obtenidos.

La recolección de datos se hizo por medio del instrumento encuesta la cual tiene el nombre de Violencia intrafamiliar: un problema que requiere atención inmediata, y está constituida por 11 preguntas de selección múltiple y 3 preguntas que dan la opción de elegir varias respuestas, con este instrumento se buscó medir los efectos que la violencia intrafamiliar ha dejado en la salud mental de la población de San Gil durante la pandemia Covid-19.

Dentro de las consideraciones éticas se utilizó la Resolución 8430 de 1993, la cual determina las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de las encuestas que se realizaron para nuestra investigación, la encuesta aplicada lleva el nombre de “Violencia intrafamiliar: un problema que requiere atención inmediata”, la cual fue aplicada entre los meses de agosto y septiembre del 2021, a 321 personas de 6 diferentes barrios del municipio de San Gil, esto con el fin de poder valorar los efectos que ha dejado la violencia intrafamiliar en la salud mental, durante el confinamiento por la pandemia en el municipio de San Gil.

Características sociodemográficas

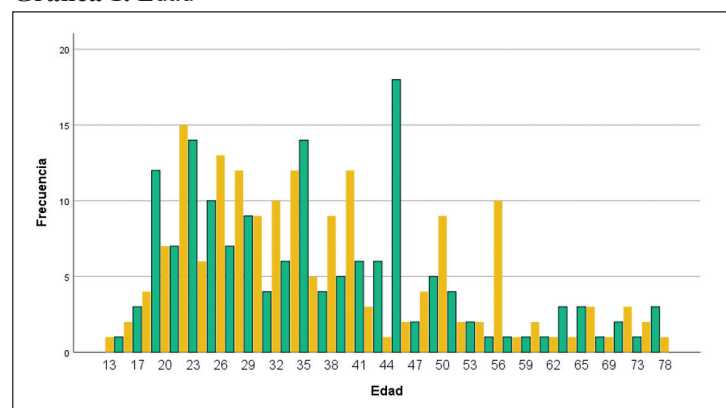
Edad: En el análisis de los datos recogidos se puede deducir que la edad de la población tiene una media del 36,71, una mediana de 34,00, una moda de 45 años, con una desviación de 14,456, un rango de 65, un mínimo de 13 y un máximo de 78.

Tabla 1. Edad

Edad		
N	Válido	321
	Perdidos	0
Media		36,79
Mediana		34,00
Moda		45
Desviación		14,456
Rango		65
Mínimo		13
Máximo		78

Fuente: Autores

Gráfica 1. Edad



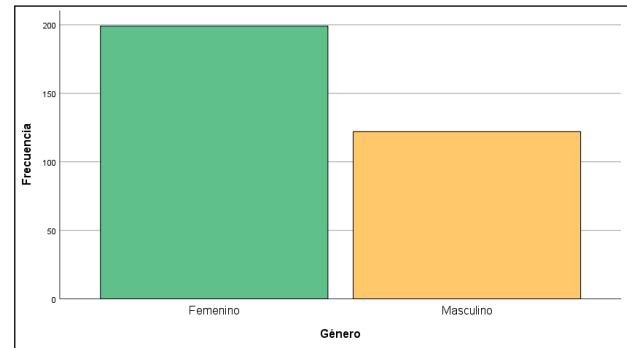
Género: Dentro de la población que respondió a la encuesta nos arrojó que un 62% (199) mujeres participaron en ella.

Tabla 2. Género

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	199	62,0
Masculino	122	38,0
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 2. Edad



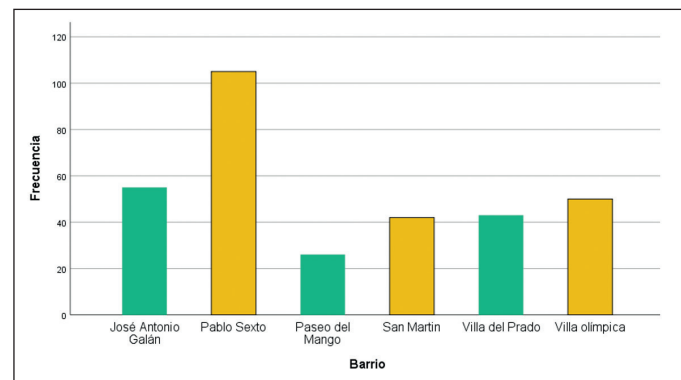
Barrios: En esta encuesta participaron personas de 6 barrios del municipio de San Gil, donde el barrio con mayor población objetivo fue Pablo Sexto 32,7% (105).

Tabla 3. Barrios

Barrios		
	Frecuencia	Porcentaje
José Antonio Galán	55	17,1
Pablo Sexto	105	32,7
Paseo del Mango	26	8,1
San Martín	42	13,1
Villa del Prado	43	13,4
Villa Olímpica	50	15,6
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 3. Barrios



Procedencia: Con base en la encuesta se evidenció que el 62,6% de las personas (201) son procedentes de San Gil, el 7,8 (25) son de Bucaramanga, el 4,0% (13) son del Socorro y el 10% (31) es población venezolana.

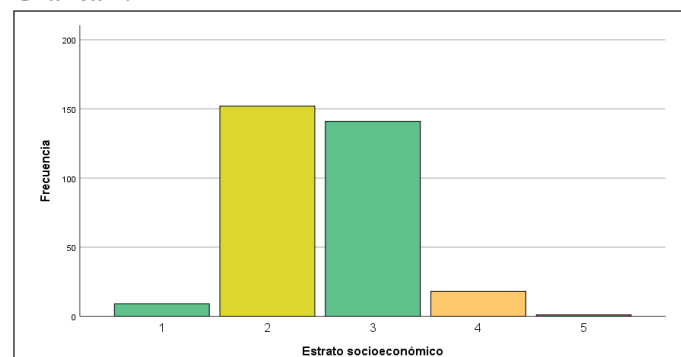
Estrato socioeconómico: Se evidenció que el 47,4% (152) de las personas se encuentran en estrato 2.

Tabla 4. Estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico		
	Frecuencia	Porcentaje
1	9	2,8
2	152	47,4
3	141	43,9
4	18	5,6
5	1	0,3
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 4. Estrato socioeconómico



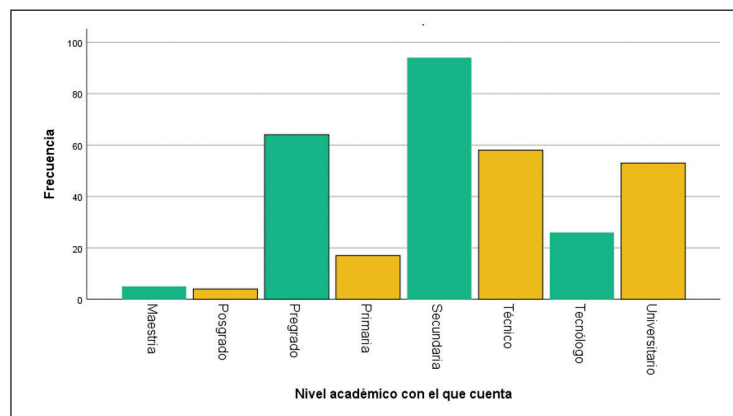
Nivel académico con el que cuenta: La encuesta nos muestra que el 29,3% (94) de los encuestados tienen como nivel académico la secundaria.

Tabla 5. Nivel académico con el que cuenta

Nivel académico con el que cuenta		
	Frecuencia	Porcentaje
Maestría	5	1,6
Posgrado	4	1,2
Pregrado	64	19,9
Primaria	17	5,3
Secundaria	94	29,3
Técnico	58	18,1
Tecnólogo	26	8,1
Universitario	53	16,5
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 5. Nivel académico con el que cuenta



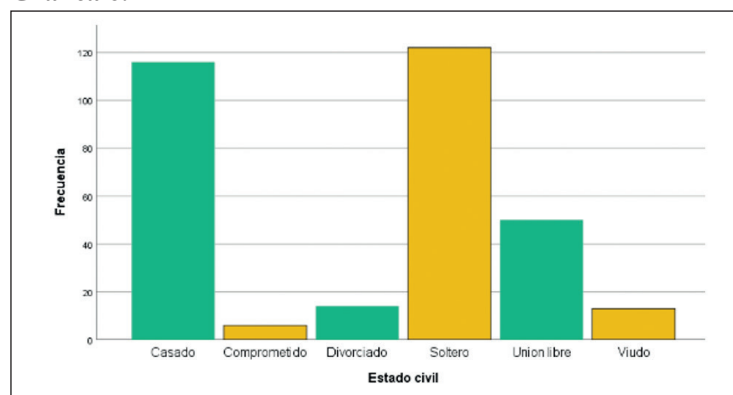
Estado civil: Las personas participantes de nuestra encuesta en su mayoría son solteros, arrojando un 38,0% (122).

Tabla 6. Estado civil

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Casado	116	36,1
Comprometido	6	1,9
Divorciado	14	4,4
Soltero	122	38,0
Unión libre	50	15,6
Viudo	13	4,0
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 6. Estado civil



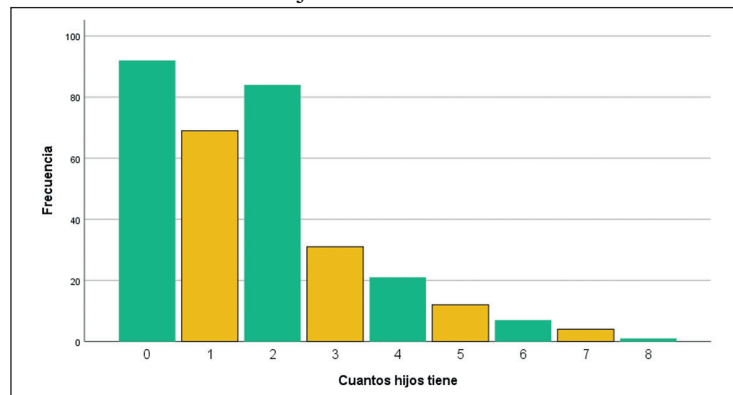
Cantidad de hijos: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas, el 28.7% (92), de ellas no tienen hijos.

Tabla 7. Cantidad de hijos

Cuántos hijos tiene		
	Frecuencia	Porcentaje
0	92	28,7
1	69	21,5
2	84	26,2
3	31	9,7
4	21	6,5
5	12	3,7
6	7	2,2
7	4	1,2
8	1	0,3
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 7. Cantidad de hijos



Preguntas del instrumento de investigación:

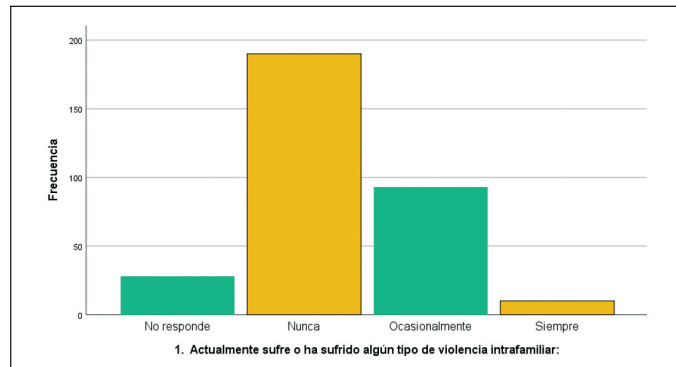
Actualmente sufre o ha sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar: Según la encuesta el 59.2% (190) de las personas encuestadas refieren nunca haber tenido ningún tipo de maltrato.

Tabla 8. Actualmente sufre o ha sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar

Actualmente sufre o ha sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar		
	Frecuencia	Porcentaje
No responde	28	8,7
Nunca	190	59,2
Ocasionalmente	93	29,0
Siempre	10	3,1
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 8. Actualmente sufre o ha sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar



En alguna ocasión usted ha sido agredida o agredido por su pareja o compañero: El 64,5% (207) de las personas encuestadas refieren que nunca han tenido ningún tipo de violencia, el 13,4 (43) han sido víctimas de violencia psicológica, el 4,0 (13) han sufrido de violencia económica y el 3,1 (10) de la población ha sufrido violencia física.

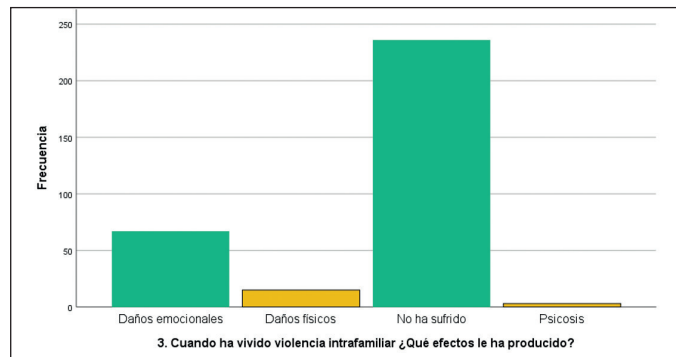
Cuando ha vivido violencia intrafamiliar ¿Qué efectos le ha producido?: El 73.5% (236) personas encuestadas no ha sufrido, ningún efecto a causa de la violencia intrafamiliar.

Tabla 9. Efectos

Cuando ha vivido violencia intrafamiliar ¿Qué efectos le ha producido?		
	Frecuencia	Porcentaje
Daños emocionales	67	20,9
Daños físicos	15	4,7
No ha sufrido	236	73,5
Psicosis	3	0,9
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 9. Efectos



¿Qué efecto de violencia intrafamiliar ha logrado observar en sus hijos?: El 75.4% (242) de las personas encuestadas refieren que no han presenciado algún efecto o conducta diferente en sus hijos a causa de la violencia intrafamiliar, de igual manera, dentro de los diversos efectos han sido rebeldía, insomnio, problemas de concentración y miedo.

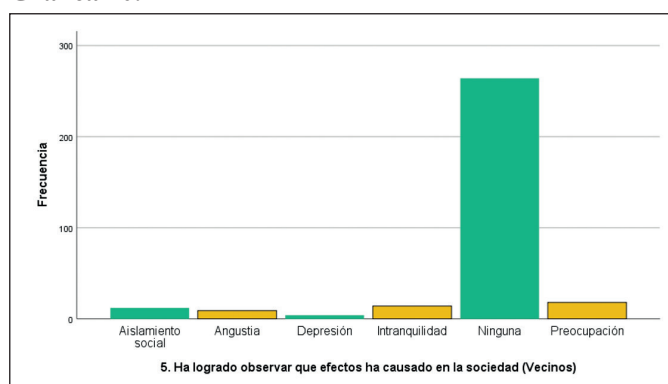
Ha logrado observar qué efectos ha causado en la sociedad (vecinos): Al realizar la encuesta se evidencia que el 82.2% (264) de las personas encuestadas refiere que los vecinos no tienen ningún problema si hay peleas o solo no se limitan a ayudar.

Tabla 10. Efectos en la sociedad

Ha logrado observar qué efectos ha causado en la sociedad (vecinos)		
	Frecuencia	Porcentaje
Aislamiento social	12	3,7
Angustia	9	2,8
Depresión	4	1,2
Intranquilidad	14	4,4
Ninguna	264	82,2
Preocupación	18	5,6
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 10. Efectos en la sociedad



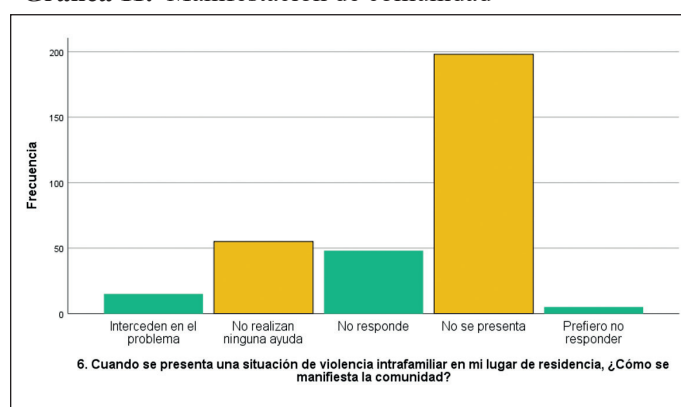
Cuando se presenta una situación de violencia intrafamiliar en mi lugar de residencia, ¿Cómo se manifiesta la comunidad?: Solo el 61.7% (198) de las personas encuestadas refieren que en su comunidad no se presenta violencia intrafamiliar.

Tabla 11. Manifestación de comunidad

Cuando se presenta una situación de violencia intrafamiliar en mi lugar de residencia, ¿Cómo se manifiesta la comunidad?		
	Frecuencia	Porcentaje
Interceden en el problema	15	4,7
No realizan ninguna ayuda	55	17,1
No responde	48	15,0
No se presenta	198	61,7
Prefiero no responder	5	1,6
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 11. Manifestación de comunidad



Dentro de los siguientes factores, cuál creería usted que puede conllevar al maltrato intrafamiliar. Puede escoger varias opciones: Al realizar la encuesta se evidencia que el 17.1% (55) manifiestan que prefieren no responder a esta pregunta, el 8,7 (28) ha sido por causa de los celos, el 6,5 (21) por machismo, el 4,7 (15) ha sido por problemas económicos y dentro de otros factores

relacionados se encuentra el consumo excesivo de alcohol y desempleo.

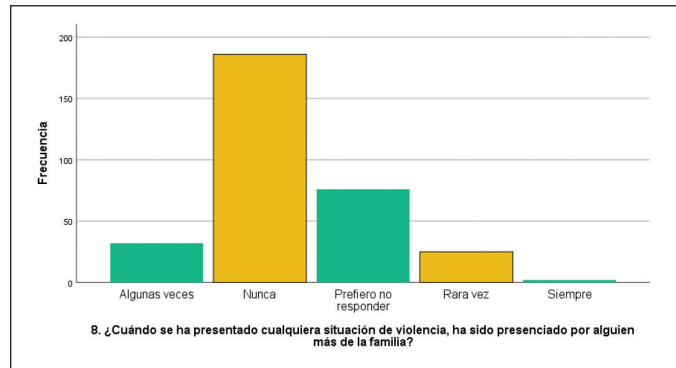
¿Cuándo se ha presentado cualquiera situación de violencia, ha sido presenciado por alguien más de la familia?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que el 57,9% (186) nunca es presenciada la violencia por un familiar.

Tabla 12. Espectadores de la familia

¿Cuándo se ha presentado cualquiera situación de violencia, ha sido presenciado por alguien más de la familia?		
	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	32	10,0
Nunca	186	57,9
Prefiero no responder	76	23,7
Rara vez	25	7,8
Siempre	2	0,6
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 12. Espectadores de la familia



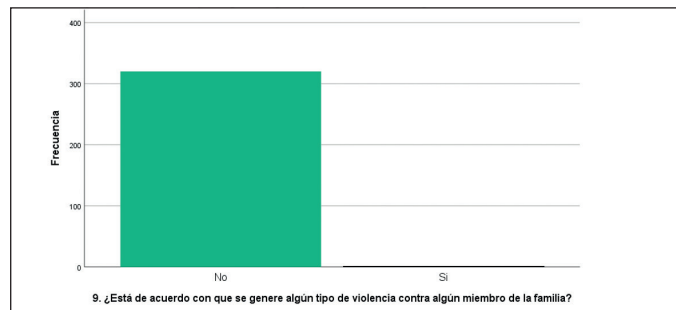
¿Está de acuerdo con que se genere algún tipo de violencia contra algún miembro de la familia?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que el 99,7% (320) no están de acuerdo que se genere algún tipo de violencia.

Tabla 13. A favor de la violencia

¿Está de acuerdo con que se genere algún tipo de violencia contra algún miembro de la familia?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	320	99,7
Sí	1	0,3
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 13. A favor de la violencia



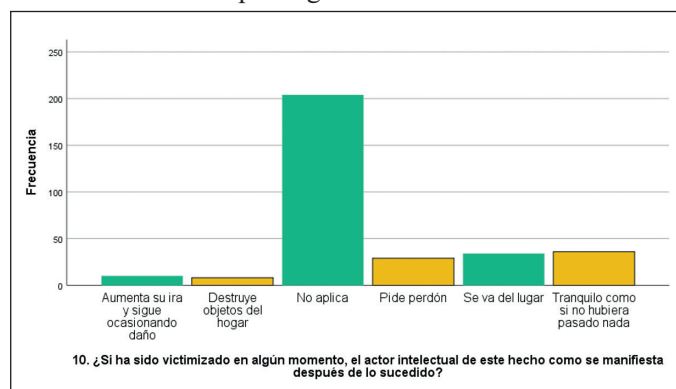
¿Si ha sido victimizado en algún momento, el actor intelectual de este hecho como se manifiesta después de lo sucedido?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que el 63,6% (204) manifiesta que no aplica esta pregunta en el caso de ellos.

Tabla 14. Actitud post-agresión

Si ha sido victimizado en algún momento, ¿El actor intelectual de este hecho como se manifiesta después de lo sucedido?		
	Frecuencia	Porcentaje
Aumenta su ira y sigue ocasionando daño	10	3,1
Destruye objetos del hogar	8	2,5
No aplica	204	63,6
Pide perdón	29	9,0
Se va del lugar	34	10,6
Tranquilo como si no hubiera pasado nada	36	11,2
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 14. Actitud post-agresión



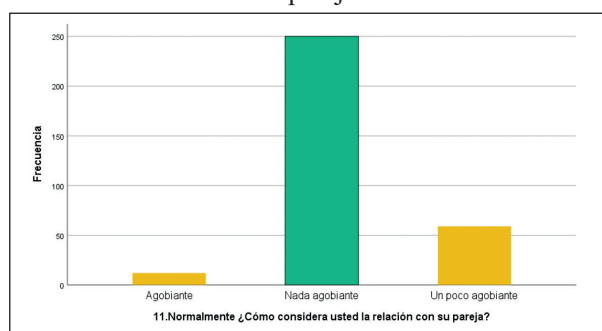
Normalmente ¿Cómo considera usted la relación con su pareja?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que el 77,9 % (250) no tienen una relación agobiante con su pareja.

Tabla 15. Relación de pareja

Normalmente ¿Cómo considera usted la relación con su pareja?		
	Frecuencia	Porcentaje
Agobiante	12	3,7
Nada agobiante	250	77,9
Un poco agobiante	59	18,4
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 15. Relación de pareja



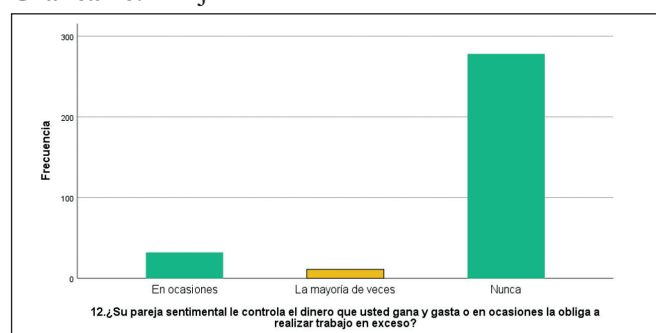
¿Su pareja sentimental le controla el dinero que usted gana y gasta o en ocasiones la obliga a realizar trabajo en exceso?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que al 86,6% (278) nunca le controlan el dinero.

Tabla 16. Pareja controladora

¿Su pareja sentimental le controla el dinero que usted gana y gasta o en ocasiones la obliga a realizar trabajo en exceso?		
	Frecuencia	Porcentaje
En ocasiones	32	10,0
La mayoría de veces	11	3,4
Nunca	278	86,6
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 16. Pareja controladora



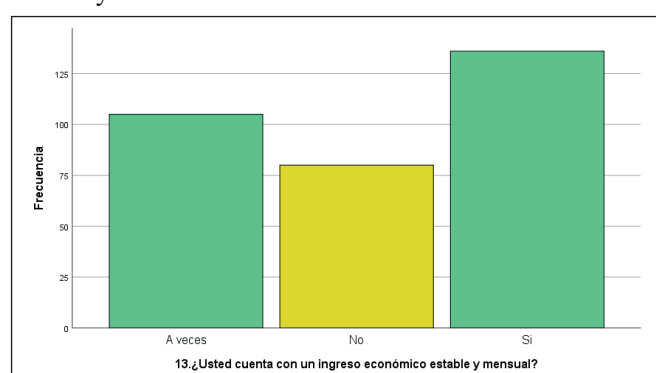
¿Usted cuenta con un ingreso económico estable y mensual?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que el 42,4 % (136) sí cuentan con un ingreso económico estable.

Tabla 17. ¿Usted cuenta con un ingreso económico estable y mensual?

¿Usted cuenta con un ingreso económico estable y mensual?		
	Frecuencia	Porcentaje
A veces	105	32,7
No	80	24,9
Sí	136	42,4
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 17. ¿Usted cuenta con un ingreso económico estable y mensual?



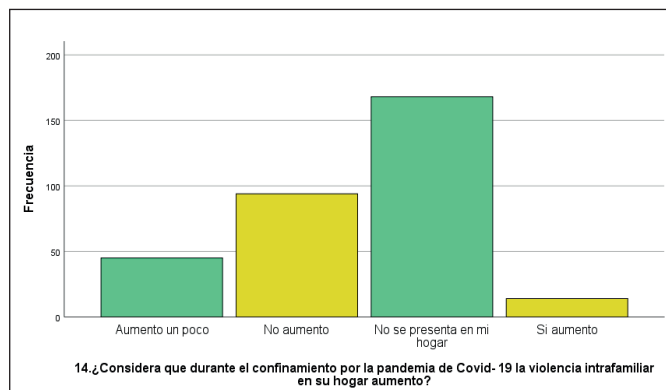
¿Considera que durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19 la violencia intrafamiliar en su hogar aumento?: Según la encuesta del 100% de las personas entrevistadas arrojó que en el 52,3% (168) no se presenta violencia en su hogar.

Tabla 18. Aumento en aislamiento

¿Considera que durante el confinamiento por la pandemia de Covid- 19 la violencia intrafamiliar en su hogar aumento?		
	Frecuencia	Porcentaje
Aumentó un poco	45	14,0
No aumentó	94	29,3
No se presenta	168	52,3
Sí aumentó	14	4,4
Total	321	100,0

Fuente: Autores

Gráfica 18. Aumento en aislamiento



DISCUSIÓN

La violencia intrafamiliar se define como toda agresión física deliberada, con frecuencia reiterada, verbal y/o de otro tipo por parte de uno o más miembros en contra de otros integrantes del hogar¹⁶. Por lo tanto, esto deja unos efectos negativos en el ámbito mental de las víctimas como daños emocionales, depresión, baja autoestima, ansiedad con un 20,9% (67) y, de igual manera, en algunos casos daños físicos con menor proporción del 4,7% (15), a nivel de la comunidad no se han presentado efectos negativos con un 82,2% (264). Así lo ha argumentado Delgado, D.¹⁷ en su estudio donde “La violencia intrafamiliar genera consecuencias como lo son los altos costos económicos, problemas a nivel físico, psicológico (depresión, ansiedad, intentos de suicidio)”.

Dentro de las características sociodemográficas se encuentra que la edad promedio de las personas que participaron es de 45 años, una media de 36,7, una mediana de 34. Igualmente, para Martínez, O., Algozain, Y., Borges, L.⁸ la gran mayoría de las víctimas están en las edades de los 25 a los 34 años. La encuesta demostró que el 29,3% de los encuestados tienen como nivel académico de

secundaria. En coherencia con Silva M.¹⁸ el abuso se produjo entre víctimas cuyo máximo nivel educativo alcanzado fue la secundaria. El estrato socioeconómico se encontró en un nivel 2 con un 47,2%, Canaval, G.¹⁹ en su investigación reportó que el 58% de las mujeres pertenecía a los estratos más bajos (niveles 1 y 2). Por otra parte, el género prevalente en la investigación es el femenino con un 62% (199) que accedió a brindar la información necesaria, corroborando el estudio de López, E. y Dominique, R.²⁰ quienes lograron observar que el sexo femenino es más vulnerable a ser víctima de agresiones, debido a que deben quedarse en sus casas a cargo del cuidado y atención de los niños. Para el caso de Colombia el panorama es verdaderamente angustiante como lo refiere Herrera Saray, G.²¹ que encontró que alrededor de 14.000 mujeres durante el confinamiento han tenido que enfrentarse y convivir las 24 horas con su agresor.

Por otra parte, en la investigación se evidencia que el 29% (93) de la muestra ha sufrido ocasionalmente de violencia intrafamiliar y el 3,1% (10) siempre la ha sufrido, de igual manera el 13,4% (43) ha padecido abuso psicológico, el 4,0% (13) violencia económica y en un 0,9% (3) violencia física. Al igual que en el estudio de Costa,

F.²² se observó que la prevalencia de violencia psicológica fue de 25,3%, la violencia física de 9,9%. En relación con los efectos negativos ha logrado observar en sus hijos, que se evidenció rebeldía, la falta de concentración y el miedo. Del mismo modo, Rioseco, L.²³ en su artículo expone que se han observado en los niños trastornos emocionales y conductuales que se traducen en dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento y deserción escolar.

Además de esto, al analizar los resultados en relación a cómo actúa el agresor después de los hechos, se arrojó que el 11,2% (36) procede tranquilo como si no hubiera pasado nada; estudios evidencian que los victimarios luego de cometer las agresiones solo se limitaban a pedir perdón, pero no se observaba cambio alguno y volvían a cometer las mismas acciones, maltratando a sus parejas²⁴.

En cuanto a los factores que predisponentes para que se dé la violencia intrafamiliar, se encontró que son el machismo, los celos, consumo excesivo de alcohol y desempleo. Del mismo modo, Ferrer, D., Guevara, E., Martínez, M.¹ refieren que "se da básicamente por tres factores: 1. la falta de control de impulsos, 2. la carencia afectiva, 3. la incapacidad para resolver problemas adecuadamente".

En relación con lo anterior, y de acuerdo con Pineda²⁵, Colombia es uno de los países con más cifras de violencia a causa del confinamiento social. Las cifras aumentaron radicalmente y las denuncias, de igual manera, aumentaron en todo Santander; los abusos físicos y psicológicos tanto en las mujeres como en los menores de edad se estaban exacerbando a causa de factores predisponentes como el estrés, la falta de dinero, la poca alimentación, el consumo excesivo de alcohol, los celos y el machismo. Además, según Zubizarreta, A.⁴ la violencia provoca en la víctima un gran impacto psicológico, muy importante que, sin duda, se tiene que atender de inmediato, los síntomas presentes surgen por todos los acontecimientos vividos día tras día. Dentro de esos efectos se encuentra la depresión, la ansiedad,

la baja autoestima, una preocupación constante e intranquilidad.

Dentro de las posibles recomendaciones para la erradicación de la violencia intrafamiliar, se encuentra la contribución del gobierno, como lo propone Espinoza, T.²⁶ "Se requieren estrategias que eliminen la discriminación en contra de la mujer en todas sus formas y que haya más igualdad de género, también el modificar los patrones socioculturales, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos". A nivel del hogar se pueden poner en prácticas diversas estrategias como Docal, M.²⁷ plantea: el abrir espacios en la familia que sean de convivencia, de encuentro y que bajen las posibles tensiones que se pueden ir creando con el día tras día y a su vez permitir ratos de soledad entre los miembros para que así se pueda reflexionar, leer y demás actividades del gusto para cada persona. Según el Estado colombiano para la "prevención de la violencia intrafamiliar"²⁸ es fundamental generar estrategias que fomenten la construcción de relaciones armónicas al interior de los hogares, a partir de la generación de procesos de sensibilización que fomenten el reconocimiento de los derechos humanos y democratizen las relaciones, deduciendo de ello la importancia de la educación en los colegios y desde la familia para que los niños el día de mañana, ante cualquier acto de violencia al que estén expuestos, tengan la capacidad de reconocerlo y puedan, de alguna manera, tener las herramientas para afrontarlo.

CONCLUSIONES

La caracterización de las personas víctimas de violencia doméstica arroja una moda de 45 años, una media del 36,79, una mediana de 34,00, de igual manera, el género predominante a la hora de responder fue el femenino, dentro de las condiciones sociodemográficas se encuentra la población en un estrato 2 y con una escolaridad de secundaria.

Dentro de los tipos de abuso doméstico que padecen las víctimas en San Gil, la más presentada es la psicológica, seguido de la violencia económica y la física. Existe una asociación entre los efectos económicos, físicos, psicológicos y sociales que ha dejado la violencia intrafamiliar en la población, donde en la mayoría de los casos los factores predisponentes contribuyen a que haya más vulnerabilidad de ser víctimas de estos abusos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrer, D., Guevara, E., Martínez, M. La violencia como problema de salud. *Miradas desde la realidad cubana* [Internet]. 2020; [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2038/2135>
2. Vargas Murga, H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *BVS*. [Internet]. 2017; 28 (48-58). [Consultado el 23 de febrero de 2021] Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3074/3026>
3. Krug, E. La violencia puede afectar a cualquiera. *OMS*. [Internet]. 2014; [consultado 23 de febrero de 2021] Disponible de: <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/violence-prevention/es/>
4. Zubizarreta, A. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos o hijas. [Internet]. 2004; [consultado el 11 de febrero de 2021] Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/es_def/adjuntos/2004.03.17.irene.zubirreta.pdf
5. Mejía, R., Alcalá, L., Arufe, C. *et al.* Organización familiar en la vida urbana, un análisis del impacto en el desarrollo en la infancia media. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. [Internet]. 2020; [consultado 2 de marzo de 2021] Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=oFQMEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=que+es+la+organizacion+familiar+&ots=aaIMQLJYh&sig=_mNYVN7ix2VFs-48tVcM2A7K8Deo#v=onepage&q&f=false
6. Benítez, M. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Scielo*. [Internet]. 2017; 13 (26) [consultado 8 de marzo de 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005
7. Sierra, R., Macana, N., y Cortés, C. Violencia Intrafamiliar. Obtenido de *Impacto social de la violencia intrafamiliar*. [Internet]. S/f. [consultado 23 de febrero de 2021] Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49496/Violencia+Intrafamiliar.pdf>
8. Martínez, O., Algozain, Y., Borges, L. Violencia intrafamiliar contra la mujer. *Scielo*. [Internet]. 2016; 32 (1). [Consultado 23 de febrero de 2021] Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100009
9. Aponte, C., Araoz, R., Medrano, P., Ponce, F., Taboada, R., Velásquez, C., Pinto, B. Satisfacción conyugal y riesgo de violencia en parejas durante la cuarentena por la pandemia del Covid-19 en Bolivia. *Repositorio UCB*. [Internet]. 2020; [consultado 8 de agosto de 2020] Disponible de: <http://repositorio.ucb.edu.bo/xmlui/handle/UCB/263>
10. Sosa, S. Empoderamiento y violencia de género en contexto de cuarentena. *Revista Digital Prospectivas en Psicología* [Internet]. 2020; [consultado el 2020/09/08] Disponible en: https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/08/05_04_02_2.-empoderamiento-y-violencia-de-genero-en-contexto-de-cuarentena.pdf
11. Universidad de los Andes. Crimen en tiempos de coronavirus y cuarentena. *CEDE* [Internet]. 2020; p. (1-3) [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/41155/nota-macroeconomica-15.pdf?sequence=1>
12. Idrovo, A., Manrique, E., Nieves, G. Crónica de una pandemia anunciada: caso Santander (Parte 1). *Salud UIS* [Internet]. 2020; 52(3) [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11085/10904>
13. ONU. La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento. [Internet]. S/f [consultado el 22 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
14. Rueda, B. Histórica reducción de crímenes, pero alarma por otros delitos. [Internet]. 2020; [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/>

incremento-de-violencia-intrafamiliar-en-colombia-durante-cuarentena-por-coronavirus-479848

15. Díaz, A., Jiménez, R. Violencia intrafamiliar. *Medigraphic*. [Internet]. 2003; 139 (4) [consultado el 11 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm034gI.pdf>
16. Decs. Violencia Intrafamiliar. *Organización Panamericana de la Salud*. [Internet]. S/f. [Consultado 11 de marzo de 2020] Disponible en: http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start
17. Delgado, D. Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual: un flagelo evitable. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*. [Internet]. 2014; 9(3) [consultado el 22 de septiembre de 2020] Disponible en: http://observatorio.co/web/publicaciones/violencia_mujer_intrafamiliar_sexual_anio_ix_3_2014.pdf
18. Silva, M. La violencia familiar (conyugal/pareja) en las ciudades de Cartagena y Barranquilla en el Caribe colombiano. *Corporación Universitaria Americana* [Internet]. 2017; 10(18) [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <http://publicaciones.americana.edu.co/index.php/pensamientoamericano/article/view/51/46>
19. Canaval, E. Perfil sociodemográfico de las mujeres que denuncian maltrato de pareja en la ciudad de Cali. [Internet]. 2007; [consultado el 16 de noviembre de 2021] Disponible en: <file:///C:/Users/Margarita/Downloads/adminpujojs,+Perfil+Sociodemogr%C3%A1fico+-+Gladys+Canaval.pdf>
20. López, E., Dominique, A. Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por Covid-19. *CienciaAmerica* [Internet]. 2020; 8(2) [consultado 8 de septiembre de 2020] Disponible en: <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/319/579>
21. Herrera, G. Violencia de género en tiempos de pandemia. *CLACSO* [Internet]. 2020; [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://www.clacso.org/violencia-de-genero-en-tiempos-de-pandemia/>
22. Costa, F., Costa, M., Wehrmeister, F., Petrucci, D. Violencia contra la mujer. Espírito Santo, Brasil. *PUBMED*. [Internet]. 2017; [Consultado el 8 de septiembre de 2020] Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28423136/>
23. Rioseco, M. Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe. [Internet]. 2005; [Consultado el 8 de septiembre de 2020] Disponible de: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5795/S05724_es.pdf
24. Anónimo. La violencia contra la mujer se agudiza con la pandemia. *La Opinión*. [Internet]. 2020; [consultado el 24 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://www.laopinion.com.co/region/la-violencia-contra-la-mujer-se-agudiza-con-la-pandemia-201470>
25. Pineda, J., Otero, L. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* [Internet]. 2014; 17 [consultado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res17.2004.02>
26. Espinosa, T. Acciones para erradicar la violencia intrafamiliar y contra las mujeres. [Internet]. 2003; [consultado el 6 de noviembre de 2021] Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100610.pdf
27. Docal, M. Violencia intrafamiliar: prevención, solidaridad y redes de apoyo. [Internet]. s/f; [consultado el 6 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/recomendaciones-para-la-prevencion-de-la-violencia-intrafamiliar/>
28. Presidencia de la República. Equidad de la mujer. *Prevención de la violencia intrafamiliar*. [Internet]. s/f; [consultado el 6 de noviembre de 2021] Disponible en: http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/cartilla_Preencion_violencia_intrafamiliar.pdf

EL USO DE PLANTAS MEDICINALES PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA COVID-19, BASADO EN LAS CREENCIAS CULTURALES DE LAS REGIONES GUANENTINA Y COMUNERA

THE USE OF MEDICINAL PLANTS FOR THE MANAGEMENT OF THE SYMPTOMS OF COVID-19 RESPIRATORY DISEASE, BASED ON THE CULTURAL BELIEFS OF THE GUANENTINA AND COMUNERA REGION

Karen Dayana López Castro¹, Laura Daniela Sánchez Rondón², Jaider Jhoany Silva Abril³, Paola Andrea Delgado Ayala⁴, Graciela Olarte Rueda⁵

Resumen

Introducción: La Covid-19 es el mayor problema de salud en la actualidad, la mayoría de las personas que adquieren este virus no recurren a centros asistenciales, a causa de diversos factores (nivel socioeconómico, educativo y cultural); para su recuperación pueden recurrir a creencia culturales, basados en plantas medicinales, las cuales ayudan a mejorar su sintomatología. **Objetivos:** Identificar el uso, la frecuencia y el tipo de plantas medicinales para el manejo de los síntomas de la enfermedad respiratoria causada por Sars Cov-2 según las creencias culturales en la provincia Guanentina y Comunera. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo etnográfico, con 126 participantes, que cumplieron con los criterios de inclusión, una población de género masculino y femenino, con edades entre 25 y 80 años, residentes en las provincias Guanentina y Comunera; de cuatro municipios quienes firmaron el consentimiento informado, se indagaron criterios sociodemográficos y culturales en relación con el uso de las plantas medicinales. **Resultados:** Se encontró el 23% (n=29) usa las plantas medicinales para manejo de síntomas respiratorios, la información en un 58% (n=74) es transmitida por familiares, el 54% (n=69) no cultivan o preservan alguna planta medicinal, las plantas más utilizadas son, en un 38% (n=49), moringa, limón y eucalipto. **Conclusión:** La mayoría de los participantes adquirieron y utilizaron algún tipo de planta medicinal para el manejo de la sintomatología. Se debe brindar importancia a nivel social y cultural de la medicina alternativa para garantizar continuidad de la tradición de consumo y conservación.

Correspondencia:

Graciela Olarte Rueda
grueda@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

^{1,2,3,4} Estudiantes de enfermería, Fundación Universitaria de San Gil - Unisangil.

⁵ Enfermera. Fundación Universitaria de San Gil - Unisangil. Santander, Colombia, grueda@unisangil.edu.co.

Palabras claves: Plantas medicinales, Covid-19, medicina alternativa, coronavirus

Abstract

Introduction: Covid-19 is the biggest health problem at present. Most of the people who acquire this virus do not resort to health care centers, due to several factors (socioeconomic, educational and cultural level); for their recovery they can resort to cultural beliefs, based on medicinal plants, which help to improve their symptomatology. **Objectives:** To identify the use, frequency and type of medicinal plants for the management of symptoms of respiratory disease caused by Sars Cov-2 according to cultural beliefs in the province of Guanentina and Comunera. **Materials and methods:** Qualitative ethnographic study, with 126 participants, who met the inclusion criteria, a population of male and female gender, aged between 25 and 80 years old, residents of Guanentina and Comunera provinces; from four municipalities who signed the informed consent, sociodemographic and cultural criteria were inquired in relation to the use of medicinal plants. **Results:** 23% (n=29) used medicinal plants for the management of respiratory symptoms, 58% (n=74) of the information was transmitted by relatives, 54% (n=69) did not cultivate or preserve any medicinal plant, the most used plants were moringa, lemon and eucalyptus in 38% (n=49). **Conclusion:** Most of the participants acquired and used some type of medicinal plant for symptomatology management. Social and cultural importance should be given to alternative medicine to guarantee the continuity of the tradition of consumption and conservation.

Keywords: Medicinal plants, covid-19, alternative medicine, coronavirus

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Covid-19 se convirtió en el mayor problema de salud pública, por el cual aún se sigue luchando en cuanto a su erradicación, este afecta, de manera significativa, el organismo, causando problemas de salud que pueden ir de síntomas leves a graves llevando a complicaciones y a hasta la muerte, debido a que causa síntomas respiratorios, gastrointestinales, neurológicos e incluso circulatorios. Sin embargo, las personas que adquieren este virus no siempre recurren a centros de salud, por tal motivo, algunas personas influenciadas por factores como el nivel socioeconómico, educativo y cultural, e incluso algunas veces por su estado de salud, pueden recurrir a creencias culturales como optar por la medicina alternativa, basados en plantas medicinales que ayudan a mejorar su sintomatología, eso basándose en que los síntomas sean leves. A este fenómeno se le conoce como medicina alternativa y optar por utilizarla es algo rutinario y común para muchas familias.

La medicina alternativa ha sido estudiada durante décadas, se buscan respuestas acerca de los efectos positivos y negativos que tiene en la salud de las personas, teniendo en cuenta como eje principal la fitoterapia. En países como Perú, se evidencia el uso de estas plantas, Moncada y Salazar¹ dan cuenta de la importancia de la valoración de las plantas medicinales en ese país. Así mismo, se evidencian estudios realizados en Colombia como el de Morales, Díaz, Mejía, Mogollón, Villarreal² realizado en el departamento de Santander para describir el tipo de plantas que se usan y son cultivadas en la región, las plantas medicinales usadas son aquellas, *cuyas raíces, hojas, semillas, cáscaras u otros constituyentes poseen actividad terapéutica, tónica, purgante, curativa u otros atributos farmacológicos, cuando se administran en el hombre o animales. Es por esto que en el presente estudio se quiere indagar sobre los efectos de estas, para el manejo de los síntomas de la Covid -19*³.

Por lo anterior, se referencia el estudio cuantitativo realizado por Vera y Sánchez⁴, en el que afirman que las plantas medicinales cumplen un papel importante en el cuidado de la salud de los habitantes de zonas rurales y urbanas, ya que por medio de estas se atienden necesidades primarias en salud sin necesidad de asistir a un centro hospitalario. La medicina alternativa se utiliza como antivirales, antiinflamatorios, fortalecimiento del sistema inmunológico o para minimizar síntomas de enfermedades respiratorias los cuales son descritos en el artículo de Goodwin y Kandola⁵: dificultad para respirar, fiebre, dolor u opresión en el pecho y pérdida del olfato, donde se evidencia que el uso de plantas medicinales reduce el tiempo y gravedad de estos síntomas⁵.

Es importante destacar que se vio el interés de evidenciar el impacto que ha tenido el uso de la medicina alternativa en cuanto al manejo de la sintomatología leve dada por el virus SarsCov2 (coronavirus), así mismo, la visualización de la riqueza en cuanto a la flora de la región y la adquisición de nuevos conocimientos frente a la forma ideal de distinguirlas y las propiedades fitoquímicas que presentan, y conocer las creencias culturales respecto al uso de las plantas medicinales brindados por testimonios y entrevistas realizadas a los habitantes de las regiones Guanentina y Comunera en relación con el conocimiento ancestral.

Profundizar la investigación desde la perspectiva de la observación y análisis es el interés académico, así mismo, el aporte de estadísticas y datos relacionados con la investigación de la práctica de la medicina alternativa, basada en el uso terapéutico de diferentes partes de plantas y en distintas formas de preparación, con el fin de disminuir la sintomatología respiratoria y disminuir necesidades de atención primaria en salud.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se ha planteado un estudio de tipo cualitativo etnográfico, en las provincias Guanentina y Comunera, más exactamente en los municipios de Charalá, Ocamonte, Galán y Socorro. Participaron 126 personas entre los 25 y los 80 años de edad, las cuales cumplieron con los criterios de selección. Se usaron dos instrumentos para la obtención de los datos, entrevistas de tipo semiestructuradas y encuestas, con el objetivo de adquirir conocimiento sobre las técnicas de utilización y frecuencia de plantas medicinales en las afecciones respiratorias, enfocadas específicamente a la enfermedad Covid-19, de manera que se vinculen aspectos culturales y sociales, asociados a la población objeto de investigación.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta son: las personas a encuestar deben estar en un rango de edad entre los 25 y los 80 años; ser residentes en algún pueblo de alguna de las dos provincias específicas del departamento de Santander, antes nombradas y que dichos participantes pudieran interpretar, firmar y aprobar el consentimiento informado.

Por el contrario, dentro de los criterios de exclusión están ser menor de 25 años, debido a que se entiende que ellos tienen un poco menos de experiencia en el tema a investigar, tanto en tratamiento de síntomas, como en la utilización de este tipo de medicina alternativa, así mismo, las personas con discapacidad mental o patologías como esquizofrenia o síndrome de Down, la persona que no tenga conocimiento del consentimiento informado y no lo apruebe, también será excluida de la investigación y, por último, las personas que no pertenezcan a los municipios escogidos pertenecientes a las provincias Guanentina y Comunera (Galán, Socorro, Ocamonte y Charalá).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la Resolución 8430 de 1993, en el artículo 4, dice que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y el control de los problemas de salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud, estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, la producción de insumos para la salud.

Así mismo, se tiene en cuenta que la investigación que se realice en seres humanos se debe desarrollar conforme a los siguientes criterios: Se ajusta a los principios científicos y éticos que la justifiquen, se realiza solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, debe prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución, contar con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente Resolución. Debe ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y los materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. Se lleva a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista aplicada a la población de los cuatro municipios de las provincias Comunera y Guanentina con un total de 12 entrevistas, aplicadas de manera presencial con preguntas en relación con el manejo y la aplicación de la medicina alternativa en los diferentes hogares.

Categoría 1: Frecuencia con la que se consume

Dentro de los resultados de la entrevista los participantes de los diferentes municipios manifestaron el incremento del consumo de plantas medicinales durante la pandemia dada por la enfermedad Covid-19. En las diferentes viviendas el consumo es muy frecuente y regular, a manera de prevención y por costumbre, al evidenciar mejoría en la sintomatología relacionada con la patología, dentro de otras manifestaciones importantes. El consumo es producto de la costumbre familiar y por enseñanzas de generación tras generación, además manifestaron algunos comerciantes entrevistados que las ventas de las plantas se intensificaron a raíz de la pandemia y que su consumo es frecuente, pues se evidencia en las ventas que cada 8 o 15 días se van comercializando y surtiendo los hogares de los municipios.

“Siempre ha sido muy frecuente, pero con la pandemia se intensifico aún más”; “Se venden los fines de semana y en especial los domingos que es día de mercado”; “Con la pandemia empezamos a conocer plantas nuevas y a consumirlas a diario”; “Las consumimos 2 veces al día, desde hace más de 2 años”; “Las consumo 3 veces al día todos los días”; “Las consumo en la mañana todos los días y en sahumero una vez a la semana”; “Siempre nos hemos hecho remedios con las plantas, pero por el Covid-19 hemos consumido más”; “Toda la vida he tomado y he preparado eso, pero ahorita más”; “Antes no consumía casi, pero por el Covid-19 hemos consumido más”.

Categoría 2: Edad en la que conoció y aprendió a utilizar las plantas

Para esta categoría resaltan respuestas relacionadas con su conocimiento desde temprana edad, esto en relación con conocimientos ancestrales, costumbres y tradiciones familiares, se evidencia que algunas personas no tenían idea del conocimiento en relación con su preparación y consumo y los componentes de muchas plantas para el alivio de síntomas respiratorios, pero en su mayoría, desde temprana edad cuentan con este conocimiento y llevan el consumo día tras día a sus hogares. *“Desde muy pequeña mi mamá y mis tías nos enseñaron a utilizarlas”; “Desde muy niña, mi madre las cultivaba y vendía en el mercado”; “Aprendí hasta hace poco, no sabía muy bien de su utilización”; “Cuando tenía 18 años una vecina me enseñó a usarlas”; “Las plantas las consumo desde que tenía 22 años”; “Cuando tenía aproximadamente 19 años”; “Aprendí desde los 20 años de edad”; “Mi mamá y mi abuela nos enseñaron, y las he utilizado toda la vida”; “Desde niña por tradición de la familia, desde mis abuelas se han manejado estas plantas”.*

Categoría 3: Procedencia de las plantas medicinales

En esta categoría se evidencia el lugar de donde provienen y donde se consiguen las plantas medicinales para su uso, en diferentes respuestas se puede evidenciar que las personas tienen cultivo en la casa de ciertas especies y clases de plantas, o las pueden conseguir en el mercado, ya sea en la plaza o los supermercados, donde se preservan por más tiempo, se puede resaltar que de una u otra forma se consiguen las plantas con facilidad donde puedan ser accesibles a la población. *“No, aquí casi nadie las cultiva en casa, solo tenemos una vecina que tiene y a veces nos facilita, pero la mayoría de veces las compramos en tiendas y supermercados”; “Pues solo tengo algunas sembradas, pero la mayoría las compro en el*

supermercado. Aquí casi nadie cultiva eso”; “Si claro, yo tengo huerta y allí siembro algunas. Y cuando las personas necesitan, pues yo les regalo”; “Principalmente se compran y se traen para distribuir, estas provienen de la plaza de mercado de San Gil pero también se venden varias que se cultivan acá en el municipio y que traen para su venta”; “En la casa he tenido varias matas, que las siembro en vasijas, y otras las consigo en la plaza o cuando voy a las fincas o al campo las consigo”; “Algunas plantas las cultivamos acá en la casa como la yerbabuena y albahaca y otras que no son muy comunes las compramos en el mercado el día sábado o domingo”; “La mayoría de plantas las tengo en la casa, pero algunas hay que conseguirlas en el mercado”; “Me las venden personas que las traen empacadas o en la plaza de mercado las compro”; “Algunas plantas las cultivamos acá en la casa y otras que no son muy comunes las compramos en el mercado o en cualquier supermercado”; “En mi vivienda tengo el toronjil, menta y albahaca, el resto de plantas las consigo en el mercado”; “Son de mi vivienda, las he cultivado y ya tengo menta, hierbabuena y manzanilla”; “En mi vivienda tengo la limonaria y el resto las consigo en la plaza de mercado”

Categoría 4: Síntomas que se mejoran con el consumo de las plantas

Se pueden describir los síntomas mejorados tras el consumo de las plantas medicinales entre ellos la tos, el resfriado, la congestión y secreción nasal; siendo estos los síntomas que ceden, de manera positiva, tras este consumo de las plantas, de esta manera se puede evidenciar una implicación positiva en el manejo de los síntomas respiratorios dado por las plantas medicinales. *“La congestión”; “Tos con flema y resfriado”; “La congestión, tos y dificultad respiratoria”; “Lo tomamos para síntomas respiratorios, pero también las usamos normalmente para dolores de estómago, cabeza e incluso cólicos menstruales”; “Los síntomas como la tos, la dificultad respiratoria, los dolores estomacales”;*

“Por lo general las tomo para prevenir, pero sé que alivian la tos, la dificultad respiratoria, los dolores musculares y estomacales; “Los más comunes fueron síntomas frecuentes de gripa como tos, congestión nasal y dificultad para respirar”; “La tos, dificultad respiratoria y secreción nasal”; “Los más comunes fueron síntomas frecuentes de gripa como tos, congestión nasal y dificultad para respirar”; “Los más comunes fueron síntomas frecuentes de gripa como tos, congestión nasal”; “Los más comunes fueron síntomas frecuentes de gripa, tos, fiebre”; “Los más comunes fueron síntomas frecuentes de gripa, resfriados, congestión”.

Categoría 5: Planta más utilizada

Dentro de los resultados que se obtuvieron en las entrevistas hechas en los diferentes municipios, tenemos gran variedad de plantas y con gran frecuencia como la yerbabuena por su fácil adquisición y el eucalipto, sobre todo, para síntomas respiratorios; sin embargo, no se dejan de lado algunas plantas comunes y también muy utilizadas como el toronjil, la albahaca, la manzanilla y el jengibre, que también han sido fundamentales para la prevención de síntomas respiratorios. *“Las más utilizadas son el jengibre, la manzanilla y el eucalipto”; “Utilizamos mucho en pandemia el jengibre, la cebolla cabezona, la sábila y el limón, pero también utilizamos constantemente el eucalipto”; “La hierbabuena y la albahaca son las que más consumo, pero tengo limonaria, toronjil y eucalipto”; “La más utilizada comúnmente es la manzanilla y el limón”; “La más utilizada comúnmente en la casa son hierbabuena, toronjil, perejil”; “En la casa únicamente consumimos moringa y jengibre”; “Menta y albahaca”; “Menta, hierbabuena y manzanilla”; “Limonaria, hierbabuena y eucalipto”; “Plantas como la manzanilla, la albahaca, llantén, toronjil, descanse, limón de castillo”; “El bálsamo, violeta, manzanilla, eucalipto, toronjil, limonaria”; “Manzanilla, albahaca, hierbabuena, eucalipto y moringa”.*

Categoría 6: Modo de preparación

Se evidencia el predominio de algunas preparaciones, entre esas con mayor frecuencia las bebidas aromáticas, es decir, en té; seguido de las infusiones ya que son de gran ayuda para las patologías respiratorias no solo el Covid-19. Sin embargo, existen otras formas de preparación, una que fue mencionada por nuestros participantes fueron los “baños de hierbas”, son realizados con el fin de que, por vía tópica sean absorbidas todas las propiedades de las plantas utilizadas, así llevar a los síntomas a buen término. *“La mayoría de veces el consumo en té, pero también en infusiones; depende para qué sean”; “Las preparamos en aromáticas, en batidos y en infusión, aunque los baños con agua tibia al sol y hierbas también es realizada”; “Nosotros las consumimos en infusión, en té y a veces en baños con agua tibia y las hierbas”; “Nosotros las consumimos en infusión en aromática bien caliente y se aspira el vapor, posteriormente se consume”; “Nosotros las consumimos en infusión en aromática”; “Nosotros las consumimos en infusión en aromática y como aromatizantes para inhalar”; “Hago aromáticas en cocción y bebidas calientes y sahumerio con las hojas de eucalipto”; “Hago aromáticas y sahumerio para inhalar e impregnar el ambiente”; “Más que todos que sea en infusiones, yo hiervo el agua se le hecha el agua y ahí se le agregan las hojas y se tapa”; “La preparo, yo pongo a hervir el agua, la apago y le hecho las hojas, la dejo reposar y la consumimos en infusión en aromática y como aromatizante, para inhalar el vapor que produce”; “Infusión en aromática y como aromatizante, para inhalar el vapor que produce”; “Más que todo que sea en infusiones, yo hiervo el agua se le echa el agua y ahí se le agregan las hojas y se tapa”.*

Categoría 7: Alivio de los síntomas después del consumo

Las diferentes personas afirman que la mejoría de los síntomas fue por el consumo frecuente o el

consumo intensificado que hicieron para mejorar la dificultad respiratoria, gripa o fiebre. Dentro de otras manifestaciones importantes está el alivio o mejoramiento de síntomas como el dolor de cabeza, dolor de estómago y cólicos menstruales, por otro lado, participantes refirieron que le tenían mucha fe a esa medicina y que notaban avances en la mejoría de sus síntomas. *“Sí claro, se controlaron varios síntomas en especial la dificultad respiratoria”*; *“Sí, en la casa el consumo se intensificó cuando se vieron los resultados obtenidos con el consumo”*; *“Sí, en la casa el consumo se intensificó cuando se vieron los resultados obtenidos con el consumo y la gente también le cuenta a uno que se sintieron mejor entonces llevan más plantas”*; *“Sí claro, se controlaron varios síntomas en especial la dificultad respiratoria”*; *“Sí, las hemos utilizado cuando tenemos síntomas y sí se han notado los avances”*; *“Sí, vemos el resultado en la mejoría de los síntomas”*; *“Claro, le tengo mucha fe a la medicina natural”*; *“Sí claro, se controlaron varios síntomas en especial la dificultad respiratoria”*; *“Sí claro, se controlaron varios síntomas en especial la gripa, el taponamiento de la respiración y fiebre”*; *“En mi caso alivió la tos, la gripa y la dificultad respiratoria”*; *“Sí claro, se alivia la tos, gripa, la dificultad respiratoria”*; *“Sí, mejoró la respiración”*; *“Sí, mejoraron con el consumo de las plantas”*; *“Sí, mejoraron con el consumo de las plantas”*.

Categoría 8: Tiempo de duración de las plantas

La mayoría de participantes refiere un tiempo diferente cada uno, pero el rango está entre 3 a 10 días, algunas dicen que si se guardan en la nevera pueden durar mucho más tiempo, otras que como las tienen cultivadas solo es cortar lo que se va a preparar, por otro lado, manifestaron que depende del cuidado y de dónde la obtuvieron o, por otra parte, depende de la planta. *“Se puede conservar en nevera y duran más tiempo y algunas que están sembradas siempre se mantienen frescas”*; *“Acá algunas duran mucho tiempo y se conservan y otras van perdiendo sus componentes”*; *“Acá*

duran bastante tiempo, se conservan al aire libre sin plásticos, pero las personas prefieren llevarlas frescas”; *“El tiempo aproximado es de 1 semana para que se conserven frescas, en ese tiempo”*; *“Depende del tipo de planta, a mí me duran entre 5 a 10 días”*; *“Depende la planta y la zona de conservación; por ejemplo, el jengibre se guarda en la nevera y dura varios días, mientras que las hierbas son más delicadas”*; *“Depende de dónde la obtenga, y cuál sea su cuidado, pero pueden durar unos días (<5)”*; *“Toca dejarlas donde se le dé el aire y pueden durar de 3 a 6 días”*; *“Duran mucho tiempo, después de seca la mata puede durar muchos días”*; *“Personas me las venden secas, y estas duran mucho tiempo, las que compro en la plaza y son verdes pueden durar de 3 a 4 días, porque después se marchitan”*; *“Después de cortadas o de traídas de la plaza máximo duran de 6 a 7 días”*; *“En la nevera duran aproximadamente 3 semanas, por fuera de ella 1 semana”*; *“Como las tengo en mi casa solo tengo que arrancarlas entonces duran mucho tiempo”*; *“La limonaria dura mucho tiempo, aunque no la arranco con anticipación sino cuando la voy a usar y el resto de plantas las compro cada 8 días la cantidad necesaria ya que se pueden dañar”*.

A continuación, se expone y analiza el resultado de la encuesta semiestructurada realizada en octubre del presente año, aplicada a un total de 126 personas, titulada “El uso de plantas medicinales para el manejo de los síntomas de la enfermedad respiratoria Covid-19, basado en las creencias culturales de la región Guanentina y Comunera”, dando a conocer las estadísticas más sobresalientes.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Dentro de la variable de caracterización sociodemográfica se identificaron características demográficas, y se realizó un análisis de la información recopilada por variables en donde se evidencia que: con un 38.1% (48) de la población

el municipio del Socorro fue quien, en su mayoría, tuvo más participantes, dentro del género se contó con mayor participación del género femenino con un 58.7% (74); la mayor parte de los participantes con un porcentaje de 74.6% (94) tienen un rango de edad de 25 a 44 años de edad; con un porcentaje de 81.7% (103) la mayor parte de personas se encuentran en la zona urbana de los diferentes municipios; en cuanto al estrato social un 61.1% (77) de los participantes pertenecen a un estrato social nivel 2; el 32,5% (41) de los participantes tienen un nivel educativo técnico o tecnológico, es decir, en su mayoría se encuentran en este nivel educativo; el 63,5% (80) de los participantes son solteros y, por último, con un porcentaje del 27.8% (35) tienen como ocupación ser estudiantes quienes, en su mayoría, participaron en la encuesta (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Población:		
- Galán	14	11,1
- Socorro	48	38,1
- Charalá	29	23
- Ocamonte	35	27,8
Total	126	100
Género:		
- Femenino	74	58,7
- Masculino	52	41,3
Total	126	100
Zona:		
- Rural	23	18,3
- Urbana	103	81,7
Total	126	100
Rango de edad:		
- 25 – 44 años	94	74,6
- 45 – 64 años	22	17,5
- 65 – 80 años	10	7,9
Total	126	100
Estrato social:		
- Estrato 1	36	28,6
- Estrato 2	77	61,1
- Estrato 3	13	10,3
Total	126	100

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo:		
- Primaria	15	11,9
- Secundaria	31	24,6
- Técnico o tecnológico	41	32,5
- Universitario	39	31
Total	126	100
Estado civil:		
- Casado(a)	31	31
- Con novia(o)	1	0,8
- Divorciado(a)	4	3,2
- Soltero(a)	80	63,5
- Unión libre	2	1,6
Total	126	100
Ocupación:		
- Administrador de empresas	2	1,6
- Agente educativo	3	2,4
- Agricultor	7	5,6
- Ama de casa	15	11,9
- Artista	1	0,8
- Auxiliar de enfermería	8	6,3
- Auxiliar de farmacia	1	0,8
- Bombero	1	0,8
- Comerciante	7	5,6
- Conductor	2	1,6
- Contadora pública	2	1,6
- Contratista	2	1,6
- Docente	3	2,4
- Editor	1	0,8
- Empleado público	12	9,5
- Empresario	1	0,8
- Estudiante	35	27,8
- Farmaceuta	1	0,8
- Independiente	2	1,6
- Ingeniería	2	1,6
- Jubilada	1	0,8
- Maestro de construcción	6	4,8
- Maquinista	1	0,8
- Mecánico	1	0,8
- Mensajería	1	0,8
- Moto domiciliario	1	0,8
- Periodista	2	1,6
- Secretaria	1	0,8
- Trabajador	1	0,8
- <i>Trading</i> internacional	1	0,8
- Vigilante	1	0,8
- Zootecnista	1	0,8
Total	126	100

En cuanto a la sintomatología, dentro de esta variable se inicia la investigación más detallada en relación con la tenencia y desarrollo de la enfermedad respiratoria Covid-19 y el manejo dado a la sintomatología que trae consigo el virus, allí se evidenció que: con un porcentaje de 52,4% (66); en su mayoría los participantes no fueron positivos para Covid-19 hasta el momento de la entrevista; así mismo, con un 56,3% (71) se evidenció que la mayoría de participantes no han tenido sintomatología respiratoria; la mayoría de los participantes de la prueba no consultaron al médico cuando supieron que eran positivos para Covid-19 con un porcentaje del 72,2% (91); así mismo, en su mayoría no han utilizado algún tipo de planta medicinal en el manejo de los síntomas con un porcentaje del 30,2% (38) (Tabla 2).

Tabla 2. Sintomatología

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha sido positivo para Covid-19?		
- No	66	52,4
- No sabe	18	14,3
- Sí	42	33,3
Total	126	100
¿Ha tenido síntomas respiratorios?		
- Sí	71	56,3
- No	55	43,7
Total	26	100
¿Consultó al médico cuando supo que tenía Covid-19?		
- Sí	35	27,8
- No	91	72,2
Total	126	100
¿Ha utilizado algún tipo de planta medicinal para el manejo de los síntomas? Sí o No ¿Cuál?		
- No	38	30,2
- Sí, manzanilla, moringa, eucalipto	6	4,8
- Sí, eucalipto, flores de sauco, orozuz	24	19
- Sí, limonaria, limón para hacer gárgaras y en té con miel	9	7,1
- Sí, menta, albahaca y limón	1	0,8
- Sí, moringa, limón	29	23
- Sí, toronjil, manzanilla, hierbabuena	19	15,1
Total	126	100

En cuanto al suministro, al evaluar esta variable se quería identificar de dónde tenía procedencia la medicina tradicional aplicada en los hogares, la información sobre la obtención de las plantas medicinales y el conocimiento sobre la utilización frente a los síntomas dados por la persona, allí se encontraron hallazgos como: con un 58,7% (74), en su mayoría los participantes fueron informados sobre la utilización de las plantas, por un familiar; no cultivan ni tienen en casa algún tipo de planta medicinal en su mayoría con un porcentaje de 54,8 (69); la moringa, limón y eucalipto son de las plantas más utilizadas para tratar síntomas respiratorios con un porcentaje de 38,9% (49); se evidenció que lo primero que tienen en cuenta es el estado de conservación de estas con un porcentaje de 90,5%. (114); al momento de adquirir la planta, la plaza de mercado es el lugar en donde la mayoría adquiere las plantas para el consumo con un porcentaje de 33,3% (42) (Tabla 3).

Tabla 3. Suministro plantas medicinales

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Quién le informó sobre la utilización de las plantas?		
- Conocido	20	15,9
- Conocido, redes sociales	2	1,6
- Familiar	74	58,7
- Familiar, conocido	19	15,1
- Familiar, conocido, redes sociales	1	0,8
- Familiar, conocido, redes sociales, medios de comunicación	2	1,6
- Familiar, medios de comunicación	2	1,6
- Medios de comunicación	1	0,8
- Redes sociales	4	3,2
- Redes sociales, medios de comunicación	1	0,8
Total	126	100
¿Cultiva o tiene en casa algún tipo de planta medicinal? ¿Cuál?		
- No	69	54,8
- Sí, hierbabuena, menta, toronjil	36	28,6
- Sí, limón, albahaca, limonaria	14	11,1
- Sí, limón, moringa	5	4
- Sí, marihuana	2	1,6
Total	126	100

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué tipo de planta aromática adquirió y utilizó para tratar síntomas respiratorios relacionados con el Covid-19?		
- Eucalipto, limonaria	8	6,3
- Limón, eucalipto, menta, limonaria	32	25,4
- Manzanilla	3	2,4
- Menta, hierbabuena	2	1,6
- Moringa	12	9,5
- Moringa, limón, eucalipto	49	38,9
- Sábila, manzanilla, menta	6	4,8
- Tomillo, poleo, romero	7	5,6
- Toronjil, limón, menta	7	5,6
Total	126	100
Al momento de adquirir la planta ¿Qué es lo primero que tiene en cuenta?		
- Estado de conservación	114	90,5
- Precio	12	9,5
Total	126	100
¿Dónde adquirió la planta medicinal?		
- Plaza de mercado	42	33,3
- Plaza de mercado, vivienda	22	17,5
- Plaza del mercado	1	0,8
- Plaza del mercado, vivienda	3	2,4
- Plaza del mercado, vivienda del vecino	2	1,6
- Supermercado	4	3,2
- Vivienda	35	27,8
- Vivienda del vecino	16	12,7
- Vivienda, supermercado	1	0,8
Total	126	100

En cuanto a la preparación, dentro de esta variable fue indispensable la información obtenida relacionada con la preparación y el consumo realizado por los hogares, obteniendo información detallada del conocimiento que se tiene para su consumo, allí se encontró que: al momento de la preparación de la planta la mayor parte la preparan como infusión, aromática y de cocción con un 47,6% (60), las hojas como parte de la planta son las de mayor utilización, con

un porcentaje de 84,9% (107); al momento de realizar la preparación la mayor parte la realizaba de 1 a 2 veces por día con un porcentaje de 64,3% (81) (Tabla 4).

Tabla 4. Preparación de las plantas medicinales

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Cómo realizó la preparación de la planta aromática?		
- Aromática	45	35,7
- Infusión	20	15,9
- Infusión, aromática, de cocción	60	47,6
- Jugo	1	0,8
Total	126	100
¿Qué parte de la planta utilizó para la preparación?		
- Flores	4	3,2
- Hojas	107	84,9
- Rama	10	7,9
- Tallo o raíces	5	4
Total	126	100
¿Cuántas veces al día realiza la preparación?		
- 1 a 2 veces	81	64,3
- 2 a 4 veces	38	30,2
- Más de 5 veces	7	5,6
Total	126	100

En cuanto al manejo de los síntomas, en la obtención de datos se hace imprescindible saber qué tipo de sintomatología alivió el consumo de las diferentes plantas medicinales y el recurrir a la medicina alternativa como medio para el manejo y tratamiento de la infección, allí se evidenció que: con un porcentaje de 92,9% (117), es decir la mayoría, sí mejoraron los síntomas posteriores al consumo de las plantas; algunos síntomas como tos, dolor de garganta, acumulación de secreciones, gripe, dificultad respiratoria, fueron los síntomas en los que más se logró evidenciar mejoría posterior al consumo de las plantas (Tabla 5).

Tabla 5. Manejo de los síntomas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Posterior al consumo de las plantas medicinales, ¿Mejoraron los síntomas?		
- No	9	7,1
- Sí	117	92,9
Total	126	100
¿Qué tipo de sintomatología alivia el consumo de las plantas?		
- Dificultad respiratoria	2	1,6
- Dolor de garganta, acumulación de secreciones, gripe	1	0,8
- Dolor de garganta, dificultad respiratoria	2	1,6
- Gripe	14	11,1
- Tos	7	5,6
- Tos, dolor de garganta, acumulación de secreciones, gripe, dificultad respiratoria	75	59,5
- Tos, dolor de garganta, sinusitis, acumulación de secreciones, gripe, dificultad respiratoria	25	19,8
Total	126	100

DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue identificar los tipos de plantas medicinales en cuanto al control y la mejoría de los síntomas del Covid-19, dando respuesta a esta razón, se evidencia que las plantas más utilizadas para tratar los síntomas respiratorios asociados a Covid-19 son la moringa, el limón y el eucalipto con un porcentaje de 38,9% (n:49), el uso de estas plantas medicinales en las afecciones respiratorias, así como lo muestra el estudio dado por González y Lazarte, titulado *Plantas medicinales utilizadas en Perú para el tratamiento de trastornos respiratorios*⁶, permite confrontar que, el eucalipto y la borraja, el ajo son las plantas medicinales utilizadas en mayor medida para las infecciones del sistema respiratorio, plantas que también utilizan los habitantes de estas regiones. Por otra parte, se logra observar que la mayoría de

los participantes de la prueba pertenecen al género femenino con un 58,7 % (n:74), en cuanto a la utilización de este tipo de medicina alternativa se evidenció que la mayor parte utilizaban las hojas con un porcentaje de 84,9% (n:107), de igual forma, en el estudio de Bussman y Glenn⁷ en su reciente investigación realizada en La Paz, Bolivia, se describe que las plantas medicinales tienen su principio activo en las hojas, el tallo e incluso en las raíces, lo que lo relaciona con la respuesta obtenida en la encuesta de este proyecto.

En esta región las plantas medicinales han sido de gran ayuda para contrarrestar o mejorar los diferentes síntomas presentados por las personas infectadas con el Sars Cov2, en el estudio cualitativo etnográfico; cuantitativo observacional y transversal, realizado por Gallegos⁸ en la población rural de Babahoyo, Ecuador, se obtuvieron un total de 44 enfermedades tratadas con plantas medicinales, dentro de las más frecuentes fueron las del sistema digestivo y parasitarias, inflamaciones en general, enfermedades del sistema tegumentario y del sistema respiratorio, para este caso la Covid-19; así mismo, lo comparten Sotero. A., García, Y., Gheno, A., Martínez, A., Tizbe, T.⁹, con su estudio en el cual se quiso documentar el conocimiento sobre las especies vegetales para el tratamiento de afecciones respiratorias; concluyeron que las principales afecciones respiratorias tratadas son la tos, gripe, catarro, anginas y acumulación de flemas. También Rengifo, L., Ramírez. B., Ortegón. C.¹⁰ mencionan que las dolencias que con mayor frecuencia se tratan son trastornos digestivos, afecciones respiratorias, problemas renales y circulatorios, al realizar la comparación con este estudio, se puede apreciar que la sintomatología tratada por las plantas, según la población de la región Guanentina y Comunera en mayor parte es la tos, dolor de garganta, acumulación de secreciones, gripe, dificultad respiratoria con un porcentaje de 59,5% (75).

Por otra parte, Sánchez, A., Sánchez, D, y Simón, R.¹¹ en su estudio titulado *Uso medicinal de las plantas por los otomíes*, del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México, ponen en evidencia que muchas de estas plantas medicinales dejaron de

consumirse por su escasez, ya que no se cultivan o por la deforestación provocada por los habitantes o por actividades humanas cómo se logra observar en este estudio y, analizando los resultados de las encuestas, se evidencia que la mayoría de los participantes no cultivan o tienen en casa algún tipo de planta medicinal con un porcentaje del 43,7 % (55). Ello debido a que su residencia no cuenta con espacio para el cultivo de estas.

En cuanto al conocimiento y uso de la medicina alternativa de estas regiones, se logra establecer, dándole respuesta a la pregunta planteada al comienzo de esta investigación, que la mayoría de estas personas obtienen estas plantas en la plaza de mercado con un 30,3% lo que representa que 38 personas compran o adquieren de allá estas plantas. Así mismo, quien informó la utilización de estas plantas en su mayoría fueron los familiares con un porcentaje de 57,9 (73), al momento de consumir esta medicina alternativa o estas plantas medicinales en su mayoría logró mejorar los síntomas de la gripa en un 11,9% (15), siguiendo la tos 8,7% (11).

En este estudio se logra dar a conocer la importancia del saber, el conocimiento y la importancia, ya que es una alternativa para tratar las principales enfermedades en estos municipios, y no solo en estos ya que la medicina alternativa es un estilo de vida de muchas personas y familias de estas dos provincias en las cuales se realizó la investigación (Comunera y Guanentina), pues sigue siendo parte de sus raíces y de su cultura el manejo de diferentes afecciones con este tipo de plantas. Por eso, es importante recalcar la importancia de esta medicina en esta zona del territorio nacional.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a Dios por ser nuestro aliado en cada paso que se dio durante el trascurso del proyecto y por permitirnos culminar, de manera exitosa, este aporte educativo e investigativo, a nuestra docente enfermera profesional, Graciela Olarte Rueda por brindarnos

asesoría durante el transcurso de la investigación, por su comprensión, tolerancia y guía para la culminación de la misma, a las alcaldías de los diferentes municipios de las provincias Guanentina y Comunera: Galán, Socorro, Charalá y Ocamonte, por brindarnos datos necesarios para el desarrollo de la investigación y no negarnos la oportunidad de aportar conocimiento a la población en general y, finalmente, a todas y cada una de las personas partícipes del proyecto quienes con su tiempo, respuestas y conocimiento aportaron valiosa información con la cual fue posible la realización y culminación exitosa del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moncada, E., Salazar, A. Medicina tradicional y Covid-19, oportunidad para la revaloración de las plantas medicinales peruanas. [Internet] 2020; 13, (1) [Consultado septiembre 8 de 2020] Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/634/324>
2. Morales, M., Díaz, J., Mejía Mora, D., Mogollón, M., Villarreal, R. Uso de plantas medicinales en el cuidado de la salud por las familias del municipio de San Gil [Internet] 2016; (2) [Consultado septiembre 22 de 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/267846182.pdf>
3. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
4. Vera, B., Sánchez, M. Revista Facultad Nacional de Agronomía Medellín [Internet] 2015; 68 (2) [Consultado septiembre 8 de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0304-28472015000200006&script=sci_abstract&tlng=en
5. Goodwin, M., Kandola, A. Causas del coronavirus: Su origen y cómo se propaga [Internet] 2020 [Consultado marzo 02 de 2020] disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/causas-del-coronavirus-su-origen-y-como-se-propaga#pronostico>
6. González, H. y Lazarte, S. Plantas medicinales utilizadas como alternativa de tratamiento para

- afecciones del sistema respiratorio. [Internet] 2015; 97, (1). [Consultado septiembre 8 de 2020] Disponible en: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/20/Gonzales%20Gu%c3%ada%20Lazarte%20Remuzgo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Bussmann Rainer, W., Glenn Ashley. Plantas medicinales utilizadas en Perú para el tratamiento de enfermedades respiratorias. *Rev. peru biol.* [Internet]. 2010 [Consultado septiembre 8 de 2020]; 17(3): 331-346. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-99332010000300008&lng=es.
 8. Gallegos Zurita, M. Las plantas medicinales: principal alternativa para el cuidado de la salud, en la población rural de Babahoyo, Ecuador [internet] 2016; (vol. 77, no. 4) [consultado febrero 23 de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400002
 9. Sotero, A., García, Y., Gheno, A., Martínez, A., Tizbe, T. Plantas medicinales usadas para las afecciones respiratorias en Loma Alta, Nevado de Toluca, México. [Internet] 2016; (114) [Consultado septiembre 8 de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-71512016000100003
 10. Rengifo, L., Ramírez, B., Ortégón, C. Resultados preliminares sobre el uso de plantas medicinales en el corregimiento de Guachicono, Cauca [Internet] 2017; 204, (2) [Consultado septiembre 15 de 2020]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx>
 11. Sánchez, A., Sánchez, D. y Simón, R. Uso medicinal de las plantas por los otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México. [Internet] 2018; 14 (3) [Consultado septiembre 29 de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-152X2008000300007#:~:text=E1%20conocimiento%20de%20las%20plantas,a%20trav%C3%A9s%20de%20las%20generaciones.&text=Se%20reporta%20el%20uso%20medicinal,mal%20de%20ojo%2C%20entre%20otras.

SEGUIMIENTOS



ASOCIACIÓN DE CONDICIONES SOCIALES Y PARTOS DISTÓCICOS, UNA BATALLA DE VIDA, DANDO VIDA

ASSOCIATION OF SOCIAL CONDITIONS AND DYSTOCIA, A BATTLE OF LIFE, GIVING LIFE

Nancy Emilsen Daza¹

Resumen

La estrecha relación de los casos de morbilidad materna con el nivel socio económico, como causal inamovible con el paso del tiempo, plantea el interrogante como profesionales de la salud ¿Es necesario batallar diariamente contra la muerte, dando vida? Desde el contexto netamente educativo, y teniendo como herramienta principal la atención primaria, el más grande recurso para mitigar las cifras de morbimortalidad materna extrema, se genera la inquietud de ofrecer, de manera objetiva, clara y empática información que se omite a la gestante y sus familias, cuando encuentran reprocesos administrativos, o el diario trasegar de personal de salud, el colapso de los servicios y la falta de humanización, traducido esto en demoras. Las barreras socio culturales crean una brecha entre la asistencialidad y la comunidad, familia y gestantes que impactan de manera negativa a toda nuestra sociedad; la detección rápida y oportuna del riesgo materno permite un abordaje que mitiga las consecuencias a veces fatales, de ahí la creación de un algoritmo básico para priorizar la urgencia gineco obstétrica que permita un abordaje integral. De una educación en salud estructurada se solidifican bases para una concepción respetada, un parto eutócico y un puerperio saludable, enriquecido de compasión, empatía y receptividad del personal de salud. Se puede mitigar el riesgo obstétrico si se identifica rápida y tempranamente entonces así se actúa y se evitan complicaciones y muertes prevenibles.

Palabras clave: Parto obstétrico, morbilidad, puerperio, gestación, factores de riesgo.

Correspondencia:

Nancy Emilsen Daza
ndaza@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

¹ Enfermera; especialista en prevención de riesgos laborales y salud ocupacional, Docente, Universidad de San Gil, sede Yopal.
Email: ndaza@unisangil.edu.co

Abstract

The close relationship of the cases of maternal morbidity with the socioeconomic level, as an immovable cause over time, raises the question as health professionals, is it necessary to fight daily against death, giving life? From the purely educational context, and having as a main tool primary care, the greatest resource to mitigate the figures of extreme maternal morbidity and mortality, there is a concern to provide an objective, clear and empathetic information that is omitted to the pregnant and their families, when they find administrative reprocesses, or the daily movement of health personnel, the collapse of services and lack of humanization, this translates into delays. The social and cultural barriers create a gap between the assistance and the community, family and pregnant women that negatively impact our entire society; the rapid and timely detection of maternal risk allows an approach that mitigates the consequences sometimes fatal, hence the creation of a basic algorithm to prioritize the obstetrics and gynecology emergency that allows a comprehensive approach. From a structured health education, the foundations are solidified for a respected conception, a eutocia delivery and a healthy puerperium, enriched with compassion, empathy and receptivity from the health personnel. Obstetric risk can be mitigated if it is identified quickly and early, then this is how it acts and avoids complications and preventable deaths.

Key words: Obstetric birth, morbidity, puerperium, gestation, risk factors.

INTRODUCCIÓN

¿Parir en condiciones de pobreza se convierte en un desafío social y médico? Una de las principales preocupaciones de todas las naciones es el enfoque hacia la prevención de la morbimortalidad materna, con ellos vienen la modificación de políticas, dentro de las prioridades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, en cada contexto se evidencia que el indicador no

tiene mayor impacto y coge fuerza la teoría de la estrecha relación de los determinantes sociales, la pobreza y bajo nivel de escolaridad como fuente de embarazos de alto riesgo y nacimientos prematuros resultado de gestaciones no planeadas, o por alguna condición materna intrínseca o extrínseca resulta un parto distócico o enfermedad grave incluso la muerte perinatal. El presente abordaje realizado a una gestante añosa, con unos condicionantes sociales importantes, ligados a bajos recursos económicos, disfunción familiar y pocas herramientas individuales permite contextualizar la realidad de un departamento y de un país que necesita fuertemente mejorar la atención primaria en salud a población en edad fértil. Cumpliendo con unos criterios de selección se decide ofrecer un seguimiento estrecho, con cuidados de enfermería inmersos en un problema que requiere ser abordado de manera urgente, consciente y real con enfoque integral biopsicosocial, a fin de establecer herramientas que mejoren la calidad de vida del binomio madre e hijo resaltando las prácticas de autocuidado con base en NANDA, NIC y NOC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se delega una paciente, G3P2V2 de 40 años de edad del municipio de Yopal, con diagnóstico médico de embarazo de 39 semanas de gestación parto a término, con una complicación en el momento del parto, con desprendimiento de placenta, lo que desencadena una urgencia ginecobstétrica, hemorragia posparto -código rojo, con notables factores de riesgo de potencializar las complicaciones como el ser fumador pesado y trastorno depresivo-.

Cada día mueren unas 1.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En 2008 murieron 358.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de esas muertes se produjo en países en vías de desarrollo y la mayoría eran muertes prevenibles¹, allí empieza la asociación y, por consiguiente,

surge la oportunidad de abordar todos los aspectos biopsicosociales, biológicos y psíquicos que tiene la paciente y permite proporcionar diversos cuidados de enfermería, profundizando en conocimientos a través de las investigaciones, puesto que la paciente tiene múltiples condiciones no favorables para la salud materno fetal que incluso podrían haber sido causa de muerte materna.

Así lo demuestra el estudio cuando reza: “la hemorragia posparto (HPP) constituye el 35% del total de las muertes maternas (MM). La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP”¹.

Las principales razones que explican esta elevada incidencia son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. De acuerdo con Cowen², cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de MM.

Por ello se ha diseñado una herramienta visual que permite contextualizar la situación real de la paciente, y rápidamente actuar frente a la hemorragia obstétrica, logrando ganar tiempo y mejorar la respuesta en tan importante situación de vida y muerte (ver figura 1). El factor tiempo es fundamental, pero no se deben desligar factores demográficos y sociales que están inmersos en la salud materna y fetal, tales como residencia rural, condiciones de vivienda, acceso a los servicios de salud, tal cual como se evalúa la muerte materna en la ruta a la supervivencia.

La Resolución 3280 ofrece directriz y guía en la atención en la Ruta materno perinatal, desde la misma etapa de preconcepción, concepción, parto, posparto. Entonces, la pregunta real es, si la ruta de empleo se da de la manera adecuada, si posiblemente se logre al final de la gestación una experiencia del parto positiva. Es así como se logra el abordaje a la paciente en su etapa de posparto inmediato, que se descompensa desde su trabajo de

parto, y se generan las condiciones que permitan un amplio estudio y experiencia para quienes asumen el reto de cuidar la batalla que tienen las madres que ingresan a dar vida en el Hospital Regional de la Orinoquía.

El enfermero con enfoque integral desarrolla la capacidad de identificar, abordar, proponer e incluso evaluar las condiciones que favorecen y hacen una experiencia del parto exitoso, y en caso de parto distócico lograr identificar las fallas, para posponer nuevas gestaciones de alto riesgo.

Es importante caracterizar a la paciente objeto de seguimiento: edad 39 años, G3P2V2, soltera, reside en la zona rural, bajo nivel de escolaridad y socioeconómico, sin controles prenatales regulares, no reconoce fácilmente que necesita ayuda (lo cual retrasa más el proceso), con evidencia de cicatriz reciente en muñecas tipo *cutting*, quien ingresa al servicio de urgencias maternidad con trabajo de parto sin cambios cervicales, con monitoria fetal categoría III, y desprendimiento de placenta que requiere inmediato manejo de ataque. El cual se realiza y se obtiene feto con síndrome de dificultad respiratoria (SDR), posterior atonía uterina y hemorragia intraparto que requiere manejo para estabilizar, lo cual se logra. Y es allí donde se decide realizar el abordaje de cuidado.

Una vez establecido el objetivo para generar herramientas educativas y vivenciales para mejorar las condiciones materno neonatales con calidad de vida, expectativa, postergación de nueva gestación e inclusión a programas de planificación familiar. Se procede a firmar consentimiento, y contar, de una manera voluntaria, con la disposición de la paciente. Así se da inicio a recopilar la información demográfica, personal, biológica y social y, además, que apunta a un abordaje integral que es exclusivamente el objeto de intervención.

Según el Apgar familiar la valoración de los ítems arroja una puntuación (7/20), lo cual indica que la paciente tiene una relación disfuncional con su familia, convirtiéndose esta en un factor de alto riesgo para la salud mental de la materna y el recién nacido. Los aspectos biopsicosociales durante el

período de gestación, son considerados un factor de riesgo que desencadenan múltiples complicaciones durante el embarazo, parto y el puerperio.

Dado abordaje clínico pertinente para ella, requirió en su estancia hospitalaria:

Manejo de UGO – desprendimiento de placenta, atención del parto quirúrgico, adaptación neonatal más soporte ventilatorio a neonato, activación de código rojo, con buena respuesta a las intervenciones para mantener la línea de supervivencia que si bien es cierto repercute gran importancia el llegar tardíamente a servicio, alude barreras demográficas.

El adecuado abordaje en la fase de resucitación, permitió una exitosa supervivencia de la madre y el feto, al respecto podemos encontrar que un estudio refiere que: la resucitación es restaurar el volumen sanguíneo y mantener la perfusión de los tejidos, para ello se deben seguir los siguientes pasos:

- Volumen alto de oxígeno 8L/minuto.
- Cabeza baja, recostada de lado izquierdo si aún no hubo parto, para evitar compresión aortocava.
- Acceso venoso Branula 14 o 16, se requieren dos vías, previa toma de hemograma, coagulograma y pruebas cruzadas, fibrinógeno (Recomendación-C).
- Líquidos: cristaloides, coloides evitando dextrans para no alterar la agregación plaquetaria (no exceder 3 a 5 litros) previa transfusión sanguínea. Para iniciar la reposición

y expansión del volumen circulante se puede usar 1000-2000 ml de soluciones cristaloides (Recomendación -A), la relación es 3:1 (Recomendación -C) o coloides relación 1:1, (Evidencia-1b). La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía (Evidencia-IV), por lo que los líquidos a reponer deben estar alrededor de los 37 grados para evitar la hipotermia (Recomendación -C).

- Corregir la acidosis y la hipocalcemia.
- Evitar coagulopatía dilucional, con productos de coagulación, se acepta hemoglobina de 8 mg/d³.
- Transfusiones de paquete globular cuando se ha perdido 30 a 40% de la volemia, Hb 6, o Hb 10 con sangrado activo (Recomendación -C).
- Se recomienda transfusión de plaquetas, cuando < 75 x10³. La dosis recomendada es una unidad de plaquetas por 10 kg. de peso⁴.

RESULTADOS

Se logró recopilar la información sobre la valoración por dominios que tiene una asociación directa con todo el contexto de la situación de salud de la paciente que comprometió seriamente la vida.

En síntesis, se pueden ver en la Tabla 1 los dominios alterados y los diagnósticos de enfermería a ser abordados.

Tabla 1. Dominios alterados y los diagnósticos de enfermería abordados

Diagnóstico	Intervención aplicada	Etiqueta NOC aplicada	Estado inicial	Estado final	Eficacia lograda
Disminución del gasto cardíaco	Disminución de la hemorragia útero posparto	Severidad del <i>shock</i> hipovolémico	3/15	14/15	93%
Lactancia materna ineficaz	Asesoramiento en la lactancia	Establecimiento de la lactancia materna: madre	3/10	8/10	80%
Proceso de maternidad ineficaz		Conducta de abandono del consumo del tabaco	3/15	15/15	100%
Promedio eficacia plan de cuidados aplicado					91%

DISCUSIÓN

Es claro que las condiciones determinantes a nivel social, marcan una cadena que puede seguir repitiendo de generación en generación, o incluso en la misma mujer gestante a sabiendas que a más temprano el embarazo más probabilidad de repetir el cuadro, entonces se convierte en un desafío para los actores del sistema de salud: enfermeras, médicos, ginecólogos para abordar, de manera adecuada y oportuna, a las mujeres gestantes más si su nivel de escolaridad y contexto social delimitan esa línea delgada entre la vida y la muerte cuando de parir se trata.

Está claro que el rol del enfermero es fundamental en la atención desde el momento antes del embarazo, durante la gestación, parto y posparto. Tal cual como se evidencia en la síntesis de la tabla anterior. Cada diagnóstico fue ampliamente abordado y se da garantía con los resultados de la evidencia del estado inicial 20% vs. eficacia del plan de cuidados aplicado alcanzando un 91%.

Estos datos indican claramente que si bien existen factores intrínsecos sociales, difícilmente modificables por el personal de salud, el reto es dar una oportuna respuesta a cada caso de manera individual, con enfoque integral, dando aplicabilidad al algoritmo de reconocimiento oportuno de la UGO según EG y factores determinantes sociales que permiten modificar y mejorar la ruta hacia la supervivencia y dentro de ello proporcionar un alivio a las familias y mujeres que diariamente están en la batalla de dar vida a costa incluso de la propia. Pues la muerte materna es evitable.

Cabe resaltar que, dentro de las estrategias de cuidado de enfermería, están claramente definidas aquellas que sugieren responsabilidad materna, ya sea para postergar una nueva gestación a través del uso de métodos anticonceptivos, o las prácticas de autocuidado que van desde higiene personal, hasta promover momentos de esparcimiento y cuidado mental, así como orientaciones sobre el

cuidado, el fruto de su embarazo, para iniciar una vida saludable a través de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [internet]. Centro de prensa. Nota descriptiva N°348. [Consultado el 19 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Cowen. Resuscitation. In: A Textbook of Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Guide to Evaluation, Management and Surgical Intervention. Sapiens Publishing; 2006:170-178
3. Asturizaga, P., Toledo Jaldin, L. Hemorragia Obstétrica. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [Consultado el 2020 sep. 18]; 20 (2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Blood Transfusions in Obstetrics. Green-top Guideline 47 [Consultado el mayo de 2015] Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/blood-transfusions-obstetrics-green-top-47>

SITUACIÓN DE ENFERMERÍA A MUJER GESTANTE: “EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE LA CREACIÓN DE UNA NUEVA VIDA”

NURSING SITUATION FOR PREGNANT WOMEN: “NURSING CARE DURING THE CREATION OF A NEW LIFE”

Duvan Alexander Rodríguez Rincón¹, Duwan Alfonso Monsalve Rincón², Carolina Muñoz Ardila³, Estefanía Martínez Sánchez⁴, Heimy Sofía Vargas Díaz⁵, Ludy Natalia Pérez Lemus⁶, Karen Lizeth Gómez Castellanos⁷, Leidy Natalia Dulcey Ortega⁸, Yenny Patricia Moreno Rangel⁹

Resumen

Introducción: Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas, sin embargo, dicha atención no es ajena a un sinnúmero de barreras entre ellas estuvieron el confinamiento por Covid-19 y las inequidades del acceso a los controles prenatales por parte de las migrantes venezolanas. **Objetivo:** Efectuar un seguimiento de enfermería, que brinde apoyo durante el transcurso de su gestación a una adolescente en condición de vulnerabilidad por su condición de inmigrante, sin lazos familiares o apoyo social en el país, empleando cada uno de los pasos del proceso de enfermería y teniendo en cuenta los elementos económicos, sociales, ambientales, físicos, psicológicos y sus efectos en la salud. **Metodología:** El presente trabajo se constituye en un estudio de caso de tipo análisis de situación de enfermería, construida desde la vivencia del cuidado prenatal en una adolescente gestante venezolana en condición de vulnerabilidad, y el apoyo integral propuesto desde el proceso de cuidado de enfermería, brindado por estudiantes de V semestre de enfermería, soportado en la teoría de la adopción del rol maternal y con el uso de las nuevas tecnologías (TIC) como herramienta para la interacción y la educación en salud. **Resultado:** A través del uso de las TIC se logró una eficacia del 89% en la realización del seguimiento con ayuda de los diagnósticos de enfermería. Proceso de maternidad ineficaz, Riesgo de retraso en el desarrollo y procesos familiares disfuncionales. **Conclusión:** El uso de las nuevas tecnologías de comunicación resulta una valiosa herramienta de acercamiento a las personas objeto de cuidado, que permite superar dificultades tales como las distancias y el confinamiento por Covid-19.

Correspondencia:

Yusneydy Carolina
Muñoz Ardila, correo:
yusneydymunoz@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Estudiantes de enfermería, Fundación Universitaria de San Gil, Unisangil.

⁹ Enfermera UIS, Mg. Mujeres y salud y Mg. Salud sexual y reproductiva, asesora en proceso de cuidado de enfermería, docente cátedra Unisangil

Palabras clave: Migrante, adolescente, gestación, cuidados, riesgo, rol maternal, enfermería.

Abstract

Introduction: It has been found that when appropriate, evidence-based practices are carried out in a timely manner, antenatal care can save lives. Significantly, prenatal care also offers the opportunity to communicate with and support women, families and communities at a critical time in a woman's life and her entire family environment. Since pregnancy is a process which needs support and care; As the World Health Organization mentions, pregnancy comprises the nine months during which the fetus develops in the woman's uterus and is for most women a period of great happiness. (WHO, 2015). **Objective:** To carry out a follow-up that evidences the course of pregnancy, so that the various social, environmental, physical, psychological and vital areas are identified, implementing an assessment of each one of them in such a way that new experiences are generated for both the mother and the mother. For students in the fifth semester of nursing 2021-1. **Methodology:** It was decided to carry out the article based on the nursing follow-up in the pregnant IAVA, which was chosen by the fifth semester students of UNISANGIL nursing, because it is a woman who is in her last trimester of pregnancy and She is 14 years old, also due to her social, family and eventual gestation antecedents. Result: 89% efficacy was achieved in the follow-up. **Conclusion:** Finally, this article is focused on the follow-up, highlighting in this the course of the gestation of the Young I.A and in turn the various learning experiences, of new social, physical and psychological environments. that allowed to create new knowledge and educational contributions to our professional life, likewise it is concluded with the satisfaction of having managed to create new processes for the promotion of health in aspects such as breastfeeding, the management of the

safe environment and the postpartum period in a mother adolescent that we welcomed and to whom we offer our knowledge hoping that her life as a mother will pass in the best way.

Keywords: Migrant, adolescent, Gestation, Care, Risk, Maternal Role, Nursing

INTRODUCCIÓN

Se ha constatado que, cuando se realizan en un tiempo oportuno las prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y, asimismo, brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer y de todo su entorno familiar, debido a que el embarazo es un proceso que necesita acompañamiento y cuidados; tal como lo menciona la Organización Mundial de la Salud¹.

Sin lugar a dudas, el embarazo es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad, sin embargo, durante él, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos, sumado a esto, actualmente, debido a las migraciones en masa que se evidencian por las crisis macroeconómicas, políticas y sociales, se ha observado el aumento del flujo de mujeres gestantes recién llegadas y que no son cobijadas por la seguridad social, en una particular situación de vulnerabilidad².

Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal de enfermería con altas cualidades profesionales y personales³.

Por ello, es importante resaltar los cambios que sufre la mujer durante el embarazo, el desarrollo del bebé, el parto el proceso mediante este, las claves para una lactancia materna exitosa y todo lo que esto conlleve de manera que se puedan enfrentar las situaciones que se presenten para así tomar las decisiones más adecuadas

con base en los conocimientos obtenidos, de igual modo, se debe apropiarse y articular la maternidad con los determinantes sociales, el núcleo familiar, la educación y el ambiente que rodea las perspectivas de la gestante para así demostrar los diversos factores que influyen en el comportamiento y la asimilación que genera el acoplamiento para la etapa de la maternidad⁴.

Dentro de los entornos para el desarrollo de la gestación se identifica un importante determinante social en el que cabe resaltar la situación de muchas de las mujeres migrantes que buscan un apoyo y acceso a los conocimientos en salud y a la mejoría de las condiciones vitales sociales regulares para ellas y para sus futuros hijos colombianos es por esto que los migrantes venezolanos y colombo-venezolanos son quienes llegan a Colombia en la búsqueda de oportunidades laborales, dada la crisis socio-económica del vecino país; y, en algunos casos, buscando refugio frente a la restricción de sus derechos políticos⁵. Sin embargo, desde una perspectiva humanitaria, las razones por las cuales dejaron su país son menos importantes, tanto así que se ha buscado garantizar su integridad física, mental y la atención efectiva en salud⁶.

OBJETIVO

Efectuar un seguimiento que evidencie el cuidado recibido por parte de los estudiantes de enfermería durante el transcurso de la gestación, previo consentimiento informado, evaluando los diversos ámbitos sociales, ambientales, físicos, psicológicos y vitales, implementando una valoración de cada uno de ellos por medio de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, articulados bajo la teoría de adopción del rol maternal, de manera que se generen nuevas experiencias tanto para la madre como para los estudiantes de quinto semestre de enfermería 2021-1.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso de tipo análisis de situación de enfermería, construido desde la vivencia del cuidado prenatal en una adolescente gestante venezolana en condición de vulnerabilidad y el apoyo integral propuesto desde el proceso de cuidado de enfermería, brindado por estudiantes de V semestre de enfermería, soportado en la teoría de la adopción del rol maternal y con el uso de las nuevas tecnologías (TIC) como herramienta para interacción y la educación en salud.

El seguimiento de enfermería se realizó a la gestante I.A.V.A., la cual fue elegida por los estudiantes de quinto semestre de enfermería de Unisangil, debido a que es una mujer que se encuentra en su último trimestre de embarazo y cuenta con 14 años de edad, así mismo por sus antecedentes sociales, familiares y eventuales de su gestación. I.A.V.A es una mujer migrante venezolana con dificultades familiares, económicas, educativas, que aumentan su nivel de vulnerabilidad. A la valoración según la taxonomía NANDA⁷ se revisaron los 13 dominios, los resultados se presentan a continuación.

RESULTADO

Se logró una eficacia del 89% en la realización del seguimiento con ayuda de los diagnósticos de enfermería: Proceso de maternidad ineficaz, Riesgo de retraso en el desarrollo y Procesos familiares disfuncionales, basándose fundamentalmente en el uso de las nuevas tecnologías de comunicación lo que resultó una valiosa herramienta de acercamiento a las personas objeto de cuidado, que permite superar dificultades tales como las distancias y el confinamiento por Covid-19.

A continuación, se presenta la tabla que sintetiza el proceso realizado.

Tabla 1. Síntesis del caso

Diagnóstico	Intervención aplicada	Etiqueta NOC aplicada	Estado inicial	Estado final	Eficiencia lograda
Proceso de maternidad ineficaz	1. Asesoramiento en la lactancia. 2. Facilitar el aprendizaje. 3. Grupo de Apoyo	Conocimiento lactancia materna	5/20	12/20	91%
Disposición para mejorar el afrontamiento	1. Mejora de la autoconfianza 2. Mejorar el afrontamiento 3. Aumentar el sistema de apoyo	Salud psicosocial	6/15	13/15	88%
Procesos familiares disfuncionales	1. Manejo de la nutrición 2. Fomento del ejercicio 3. Enseñanza: individual	Conocimiento y conducta de la salud	3/15	13/15	89%
PROMEDIO Eficacia plan de cuidado aplicado: 89%					

DISCUSIÓN

El profesional de enfermería tiene un papel privilegiado de proveer cuidados en salud de forma integral, por lo tanto, debe estar preparado para afrontar los retos de la modernidad, tales como el aumento de mujeres migrantes en condición de vulnerabilidad que no tienen las posibilidades de acceder a los servicios de salud y que se encuentran en ocasiones aisladas de su núcleo familiar⁸, creando una situación bastante compleja que debe ser tomada en cuenta a la hora de diseñar un plan de cuidado, pues debe garantizar una continua interacción con la mujer durante la gestación, independientemente de las diferencias culturales o las barreras de acceso y comunicación.

Sumado a esto, la pandemia impuso un confinamiento obligatorio que demandaba búsqueda de nuevas formas de comunicación segura, que permitieran el establecimiento de canales de intercambio de ideas y que fuese accesible a la adolescente a la que se le brindó el acompañamiento, lo que en medio de la difícil situación que representó la calamidad, resultó en una herramienta valiosa que fue la base del trabajo desarrollado por los estudiantes bajo la guía de la docente.

De esta forma, teniendo en cuenta que el profesional de enfermería tiene fundamentalmente

tres focos principales de actuación: fomentar la salud, prevenir la enfermedad y aliviar el sufrimiento⁹, durante el seguimiento se priorizó la prevención de la enfermedad, pues es la estrategia más efectiva, de esta forma, el desarrollo de la situación de enfermería desarrollado, permitió evidenciar que al proporcionar cuidados de forma holística se obtienen mejores resultados, recordando que la situación socioeconómica en que se encuentren las personas va a afectar indiscutiblemente sus procesos de vida y de salud¹⁰.

Por lo tanto, le compete incluir en los cuidados elementos que mejoren, en alguna medida, la calidad de vida de la gestante, y también evidenciar, en el plan de cuidado, estrategias de aproximación a las redes sociales y grupos de apoyo que incrementen sus interacciones, pues se constituyen en pieza clave del cuidado, en relación con los vínculos sociales¹¹, además, debe brindar la información de una manera clara y oportuna, dándole las herramientas necesarias para favorecer su autocuidado, en este caso, por tratarse de una atención en medio del confinamiento, es valde la utilización de las TIC¹² para apoyar el diálogo permanente con la usuaria y permitir, de esta forma, con estas intervenciones que ella pueda favorecer el autocuidado y se dé la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

A pesar de constituir un verdadero reto cultural y tecnológico, el éxito de la ejecución del plan de cuidado se debió, en gran parte, a la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación que permitieron una interacción casi permanente con la gestante a pesar del confinamiento que impuso la pandemia Covid-19, sumado a esto, la mirada integral con que se planteó el seguimiento, permitió reconocer la necesidad de apoyo social como un determinante social de la salud y brindar abogacía para que la gestante aprendiera a navegar en el sistema de seguridad social y el fomento de la vinculación con el país de acogida, para permitirle un desarrollo de su gestación armonioso que repercuta en menos complicaciones y un mejor desempeño es su futuro rol materno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Resumen de orientación. SCLMFyC [Internet]. 2016 [Consultado el 19 de agosto de 2022];3–9. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/guias/embarazo.pdf>
2. Balaam, M.C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A.M. *et al.* A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs*. 2013 [Consultado el 19 de agosto de 2022];69(9):1919–30.
3. Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., González, M.J., Sanhueza, G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: Resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública Mex*. 2013 [Consultado el 24 de julio de 2021]; 55(6):572–9.
4. Alanazy, W., Rance, J., Brown, A. Exploring maternal and health professional beliefs about the factors that affect whether women in Saudi Arabia attend antenatal care clinic appointments. *Midwifery* [Internet]. 2019 [Consultado el 2 de julio de 2021]; 76:36–44. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.012>
5. Fernández-Niño, J.A., Rojas-Botero, M.L., Bojorquez-Chapela, I., Giraldo-Gartner, V., Aleksandra Sobczyk, R., Acosta-Reyes, J. *et al.* Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019 [Consultado el 4 de agosto de 2021];51(3):208–19.
6. Martin-de-las-Heras, S., Velasco, C., Caño, A., Luna-del-Castillo. J. de D., Khan, K.S. Poor antenatal care attendance is associated with intimate partner violence: Multivariate analysis of a pregnancy cohort. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019 [Consultado el 24 de octubre de 2021]; 237:204–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.001>
7. Pompeo, D.A., Rossi, L.A., Paiva, L. Content validation of the nursing diagnosis Risk for disturbed maternal-fetal dyad. *Rev da Esc Enferm*. 2014 [Consultado el 15 de julio de 2021]; 48(1):48–56.
8. Balaam, M.C., Haith-Cooper, M., Pařízková, A., Weckend, M.J., Fleming, V., Roosalu, T. *et al.* A concept analysis of the term migrant women in the context of pregnancy. *Int J Nurs Pract*. 2017 [Consultado el 9 de noviembre de 2021]; 23(6):1–10.
9. Villadsen, S.F., Negussie, D., GebreMariam, A., Tilahun, A., Girma, T., Friis, H. *et al.* Antenatal care strengthening for improved health behaviours in Jimma, Ethiopia, 2009–2011: An effectiveness study. *Midwifery* [Internet]. 2016 [Consultado el 24 de mayo de 2022]; 40:87–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.009>
10. Organización Mundial de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2015 [Consultado el 12 de julio de 2021]; 15. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en%5Cnhhttp://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content
11. Profamilia. Población migrante y refugiada venezolana en Colombia. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia.
12. Marcin, J.P., Shaikh, U., Steinhorn, R.H. Addressing health disparities in rural communities using telehealth. *Pediatr Res*. 2016 [Consultado el 9 de julio de 2022]; 79(1–2):169–76.

SEGUIMIENTO CLÍNICO “SEMBRANDO SONRISAS Y ESPERANZA”

CLINICAL FOLLOW UP “SOWING SMILES AND HOPE”

Julieth Fernanda Aguilar Urrutia¹, Adriana Patricia León Moreno², Karen Lizeth Gómez Castellanos³, Mayreth Alejandra Masco Rodríguez⁴, Julieth Daniela Solano Gómez⁵, Claudia Biviana Uribe Toloza⁶

Resumen

Introducción: La obesidad infantil es una afección de salud grave que afecta a niños y adolescentes. Es problemática porque el sobrepeso a menudo genera que el niño comience a padecer problemas de salud que antes se consideraban problemas de adultos, como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto. La obesidad infantil también puede generar baja autoestima y depresión, a esto se agregan patologías de base como hidrocefalia y estrabismo, de igual forma, las condiciones vitales, sociales y ambientales en las que vive y se desarrolla el menor, lo que permite considerar la importancia de conocer a fondo este caso y asociar dichos factores, planteándolos de manera organizada y creando con base en ellos una serie de actividades que establezcan un resultado y una eficacia buena, sintiendo la satisfacción de haber logrado aportar a las condiciones de la calidad de vida de este escolar. **Objetivo:** Conocer un seguimiento aplicado a las patologías y necesidades del menor J.D.D.A., implementando una valoración un cuidado y una educación focalizada en las necesidades y patologías, generado así nuevas experiencias en los procesos de aprendizaje de los estudiantes de sexto semestre de enfermería 2021-2. **Metodología:** Se realiza este artículo basado en el seguimiento de enfermería en el escolar J.D.D.A. el cual fue elegido por las estudiantes de sexto semestre de enfermería de Unisangil, bajo previa identificación diagnóstica y con la finalidad de mejorar la calidad, la condición de vida y los ambientes de desarrollo del menor. **Resultado:** Se logró una eficacia del 76,6% en la realización del seguimiento.

Palabras clave: Ambiente, sobrepeso, cuidados, calidad de vida, riesgos, enfermería, educación.

Correspondencia:

Julieth Fernanda Aguilar Urrutia
juliethaguilar@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declara

^{1,2,3,4,5} Estudiantes de enfermería, Fundación Universitaria de San Gil

⁶ Enfermera profesional, asesora en proceso de cuidado de enfermería, docente Unisangil

Abstract

Introduction: Childhood obesity is a serious health condition that affects children and adolescents. It is problematic because being overweight often causes a child to develop health problems that were previously considered adult problems, such as diabetes, high blood pressure, and high cholesterol. Childhood obesity can also generate low self-esteem and depression, to this are added basic pathologies such as hydrocephalus and strabismus in the same way the vital, social and environmental conditions in which the minor lives and develops, which allows us to know in depth this case and associate these factors, proposing them in an organized way and creating based on them a series of activities that establish a good result and effectiveness, feeling the satisfaction of having managed to provide the quality of life conditions of this schoolboy.

Objective: To know a follow-up applied to the pathologies and needs of the minor J.D.D.A., implementing an assessment of care and an education focused on the needs and pathologies, thus generating new experiences in the learning processes of students in the sixth semester of nursing 2021-2. **Methodology:** This article is made based on the nursing follow-up in the JDDA school, which was chosen by the sixth semester nursing students of UNISANGIL, under previous diagnostic identification and with the purpose of improving the quality, the living condition and the child development environments. **Result:** An efficacy of 76.6% was achieved in the follow-up.

Keywords: Environment, overweight, care, quality of life, risks, nursing, education

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es una afección de salud grave que afecta a niños y adolescentes. Es particularmente problemática porque el sobrepeso a menudo genera que el niño comience a padecer problemas de salud que antes se consideraban problemas de adultos, como la diabetes, la presión

arterial alta y el colesterol alto¹. La obesidad infantil también puede generar baja autoestima y depresión, a esto se agregan patologías de base como hidrocefalia y estrabismo, de igual forma, las condiciones vitales, sociales y ambientales en las que vive y se desarrolla el menor, lo que permite conocer a fondo este caso y asociar dichos factores, planteándolos de manera organizada y creando, con base en ellos una serie de actividades que establezcan un resultado eficaz, sintiendo la satisfacción de haber logrado aportar a las condiciones de la calidad de vida de este escolar. Todo esto con el fin de aplicar un cuidado integral con bases científicas enfocadas en la evidencia ante las necesidades personales y del entorno que puedan comprometer el desarrollo de la persona o su enfermedad, así como también promover funciones humanas y respuestas de salud-enfermedad².

En este contexto, se decide realizar un seguimiento de enfermería al escolar J.D.D.A. de 7 años edad, el cual presenta hidrocefalia acompañada por sobrepeso y estrabismo, habitante del municipio de San Gil quien reside en el sector rural en un grupo familiar conformado por su padre, madre y él. La hidrocefalia es un incremento del volumen total de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el interior de la cavidad craneal, lo que conlleva un aumento del tamaño de los espacios que lo contienen (ventrículos, espacios subaracnoideos y cisternas de la base) y correlacionar si las otras patologías presentes son causadas por la hidrocefalia.

Es así que durante el seguimiento se realizó una valoración completa al escolar J.D.D.A., enfocándose en el reconocimiento de su patología y sus necesidades, e identificando los dominios alterados según la taxonomía NANDA, al tener conocimientos diagnósticos alterados se implementó la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), en el cual fueron realizadas las actividades de acuerdo con las necesidades encontradas en el escolar, de igual manera, se valoraron y clasificaron los resultados guiados por el (NOC) observando la efectividad de los mismos³.

OBJETIVO

Describir un seguimiento aplicado a las patologías y necesidades del menor J.D.D.A., implementando una valoración un cuidado y una educación focalizada en las necesidades y patologías, generado así nuevas experiencias en los procesos de aprendizaje de los estudiantes de sexto semestre de enfermería 2021-2.

METODOLOGÍA

Se realiza este artículo basado en el seguimiento de enfermería en el escolar J.D.D.A., el cual fue elegido por las estudiantes de sexto

semestre de enfermería de Unisangil, bajo previa identificación diagnóstica y con la finalidad de mejorar la calidad, la condición de vida y los ambientes de desarrollo del menor. A la valoración, según la taxonomía NANDA, se revisaron los 13 dominios, destacando en cada uno de ellos diagnósticos alterados a los cuales se les realiza un proceso de operacionalización e intervención que, de manera positiva, nos demuestra la eficacia de lo realizado, de igual manera, se ejecutan acciones e implementan nuevos estilos de vida saludable que ofrezcan al escolar mediante estas intervenciones de cuidado una mejor calidad de vida, argumentados en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

RESULTADO

Tabla 1. Síntesis del caso

NOC	NOC I	NOC E	NOC F	Eficacia
Estado nutricional: Ingestión de nutrientes.	5/25	25/25	20/20	80%
Autocuidado: Higiene	12/20	16/20	18/20	90%
Conducta de seguridad: Ambiente seguro del hogar	5/20	18/20	12/20	60%
Eficacia total				76,6%

DISCUSIÓN

El personal de enfermería es responsable de proveer salud debido a la continua interacción con el escolar y su familia, la enfermería, como profesión, tiene tres focos principales los cuales son: fomentar la salud y prevenir la enfermedad y proporcionar cuidados a quienes necesiten e investigar para mejorar el conocimiento, brindando un cuidado de calidad y observando resultados positivos de mejoramiento al estado y las condiciones de salud, así también enfermería es una ciencia que brinda asistencia a través de la formación y el apoyo, con el fin de mejorar la calidad de vida para el paciente, es por ello que

se debe establecer un plan de cuidado al menor y bajo autorización de su cuidador, fortaleciendo un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo, ofreciendo así información de manera clara y oportuna, dándole las herramientas necesarias para favorecer su autocuidado, pues se busca, mediante las intervenciones, favorecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Finalmente, este artículo está enfocado en el planteamiento y el reconocimiento de prácticas y actitudes de vida y autocuidado, a su vez las

diversas experiencias de aprendizaje, de nuevos ambientes sociales, físicos y psicológicos que permitieron crear nuevos fundamentos y aportes educativos para nuestra vida profesional, así mismo, se concluye con la satisfacción de haber logrado crear nuevos procesos para el fomento de la salud en aspectos como el control de la enfermedad, el autocuidado, el manejo del entorno seguro y el manejo de factores de riesgo, y para el cual se brindan los conocimientos esperando que su vida transcurra de manera segura y que se mejoren las capacidades de reacción antes una crisis en la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por permitirnos culminar este seguimiento.

Agradecemos al escolar J.D.D.A. y a su familia, por permitirnos ingresar a su hogar para lograr realizar este seguimiento de mejor manera, confiando en que las intervenciones realizadas generan un impacto positivo en él.

Agradecemos de manera especial y sincera a nuestra docente asesora la enfermera Claudia Biviana Uribe por su dedicación, paciencia, orientación y apoyo, durante el transcurso y desarrollo de nuestro seguimiento clínico “Sembrando sonrisas y esperanza”, gracias a ella fue posible culminar, de la manera más satisfactoria, este seguimiento.

Agradecemos al grupo F conformado por los estudiantes de sexto semestre de enfermería de la Fundación Universitaria de San Gil, ya que sin su empeño y dedicación no hubiese sido posible la culminación del seguimiento

Agradecemos al Programa de Enfermería Unisangil por permitirnos tener esta experiencia, brindarnos espacios para desarrollar nuestras habilidades en pro de nuestra formación profesional con la aplicación del cuidado humanizado hacia la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foundation for Medical Education and Research. Obesidad infantil. MayoClinic.org. [Internet]. [Consultado el 27 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-obesity/symptoms-causes/syc-20354827>
2. American Academy of Orthopaedic Surgeons. El impacto de la obesidad infantil en la salud de los huesos, las articulaciones y los músculos. [Internet]. 2021. [Consultado el 23 de octubre de 2021] Disponible en: <https://orthoinfo.aaos.org/es/staying-healthy/el-impacto-de-la-obesidad-infantil-en-la-salud-de-los-huesos-las-articulaciones-y-los-musculos-childhood-obesity>
3. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classifications), NOC (Nursing Outcomes Classifications). Disponible de App: NandaNocNic.

REVISIONES



ABORTO, UNA ELECCIÓN O UNA OBLIGACIÓN: CAUSAS, CONSECUENCIAS Y LEYES

ABORTION, A CHOICE OR AN OBLIGATION:
CAUSES, CONSEQUENCES AND LAWS

Paula Andrea Carreño Vesga¹, Paula Valentina Medina Saavedra², Graciela Olarte Rueda³

Resumen

Objetivo: Realizar la revisión sistemática de literatura sobre factores asociados a la realización del aborto en adolescentes independientemente de la forma a la que se recurra. **Metodología:** Se realizó una búsqueda de literatura en seis bases de datos electrónicas dentro de las cuales se analizaron treinta y siete artículos, y de acuerdo a los criterios de selección se obtuvieron 25 artículos de estudio, entre ellos, 11 de la base de datos Pubmed, 4 de Scielo, 1 de Google académico, 8 de EBSCO, 1 de CUIDEN. **Resultados:** El conocimiento limitado sobre la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes fue una causa importante de la reducción del acceso a los servicios de anticoncepción y aborto seguro. El acceso reducido a los servicios de salud reproductiva para algunos resultó en métodos extremos de anticoncepción y aborto. A pesar de que todos los adolescentes tienen un acceso limitado a la información y los servicios, las niñas enfrentan más consecuencias, como ser culpadas por el embarazo o lidiar con los efectos de los abortos inseguros. **Conclusión:** Un embarazo no deseado puede asociarse a falta de información y falta de accesos a servicios de planificación familiar y; debido a esto en la mayoría de los casos, la población joven opta por abortar sin importar las posibles complicaciones que esto traiga a su vida.

Palabras clave: Aborto, adolescente, espontáneo, inducido, religión.

Correspondencia:

Paula Andrea Carreño Vesga
paulacarreno@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

^{1,2} Estudiantes de enfermería.
Fundación Universitaria de
San Gil, Unisangil.

³ Maestrante en ciencias de
la enfermería, especialista en
epidemiología. Enfermera.
Fundación Universitaria de
San Gil, Unisangil. Santander,
Colombia. Correo:
grueda@unisangil.edu.co.

Abstract:

Objective: To identify factors associated with the performance of the abortion regardless of the form to which it is resorted. **Methodology:** A literature search was carried out in six electronic databases, within which thirty-seven articles were analyzed, and according to the selection criteria, 25 study articles were obtained, including 11 from the Pubmed database, 4 from Scielo, 1 from Academic Google, 8 from EBSCO, 1 from CUIDEN. **Results:** Limited knowledge about sexual and reproductive health among adolescents was a major cause of reduced access to contraception and safe abortion services. Reduced access to reproductive health services for some resulted in extreme methods of contraception and abortion. Although all adolescents have limited access to information and services, girls face more consequences, such as being blamed for the pregnancy or dealing with the effects of unsafe abortions. **Conclusion:** An unwanted pregnancy can be associated with a lack of information and lack of access to family planning services and; Due to this, in most cases, the young population chooses to have an abortion regardless of the possible complications that this brings to their life.

Keywords: Abortion, adolescent, spontaneous, induced, religion

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de la vida para la cual muchas mujeres no se encuentran preparadas, por eso cuando una mujer se encuentra embarazada y lo descubre, empieza a experimentar una serie de emociones: alegría, sorpresa, tristeza, llanto, temor, miedo, frustración o incluso la negación. Esta respuesta será medida por diferentes factores en los que se incluyen la edad, condiciones físicas, económicas, la relación con su pareja, apoyo familiar, social e incluso en el marco de su religión¹. El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública

relevante a nivel mundial y nacional. Forma parte de determinantes vinculados a la exclusión, la vulnerabilidad y la falta de condiciones para el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales². Esta población enfrenta barreras importantes para el acceso y el uso de anticonceptivos, los cuales muchas veces se deben a su familia o al miedo de ser juzgadas; esto resulta en efectos adversos sobre la salud del embarazo y el parto temprano³; es por ello que algunas mujeres toman la decisión de interrumpir su embarazo de manera inducida y en ocasiones clandestina sin importar los múltiples riesgos a los cuales se enfrentan.

Según la Organización Mundial de la Salud⁴, el aborto es conocido como la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o antes de que el feto alcance a pesar 500 gramos y debido a esto es clasificado según la forma en que ocurra el evento; se clasifica en dos tipos: el aborto espontáneo y el aborto inducido. El aborto espontáneo es aquel evento no intencional en el que no se emplean medicamentos o intervenciones quirúrgicas, teniendo como causas posibles problemas hormonales, infecciones, agentes tóxicos o afecciones inmunológicas; mientras, por otro lado, el aborto inducido es aquel evento intencional en el cual se emplean medicamentos o ayudas quirúrgicas para deshacerse del producto de la concepción, teniendo claridad que este tipo de aborto lleva a consecuencias físicas, psíquicas o económicas⁴.

En el artículo 122 de la Ley 599 de 2000 “por medio de la cual, se expide el Código Penal”, se dice que en el sentido que la conducta de abortar allí prevista solo será punible cuando se realice después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, en todo caso, este límite temporal no será aplicable a los tres supuestos en los que la Sentencia C-355 de 2006: cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, y que el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación

artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas⁵. Desde entonces, la interrupción voluntaria del embarazo se instauró en Colombia y puede clasificarse como un fenómeno social novedoso y que continúa a pesar de los años que han pasado desde la Sentencia, como un tema polémico y sensible, que genera controversia, rechazo o aceptación.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de literatura en seis bases de datos electrónicas las cuales fueron:

Pubmed, Scielo, EBSCO, Google académico, BVS, CUIDEN. Los términos utilizados inicialmente para las búsquedas fueron AND,OR, NOT, se analizaron 37 artículos, después se hizo uso de la herramienta Excel, para sistematizar la información de acuerdo con los criterios de inclusión: autor, año de publicación (desde el 2015 al actual 2021), título, objetivo de la investigación, metodología, resultados y hallazgos; pudiendo identificar los más útiles de acuerdo con los criterios antes mencionados, así se seleccionaron 25 artículos de estudio usados posteriormente para la investigación. Como se muestra en la figura 1.

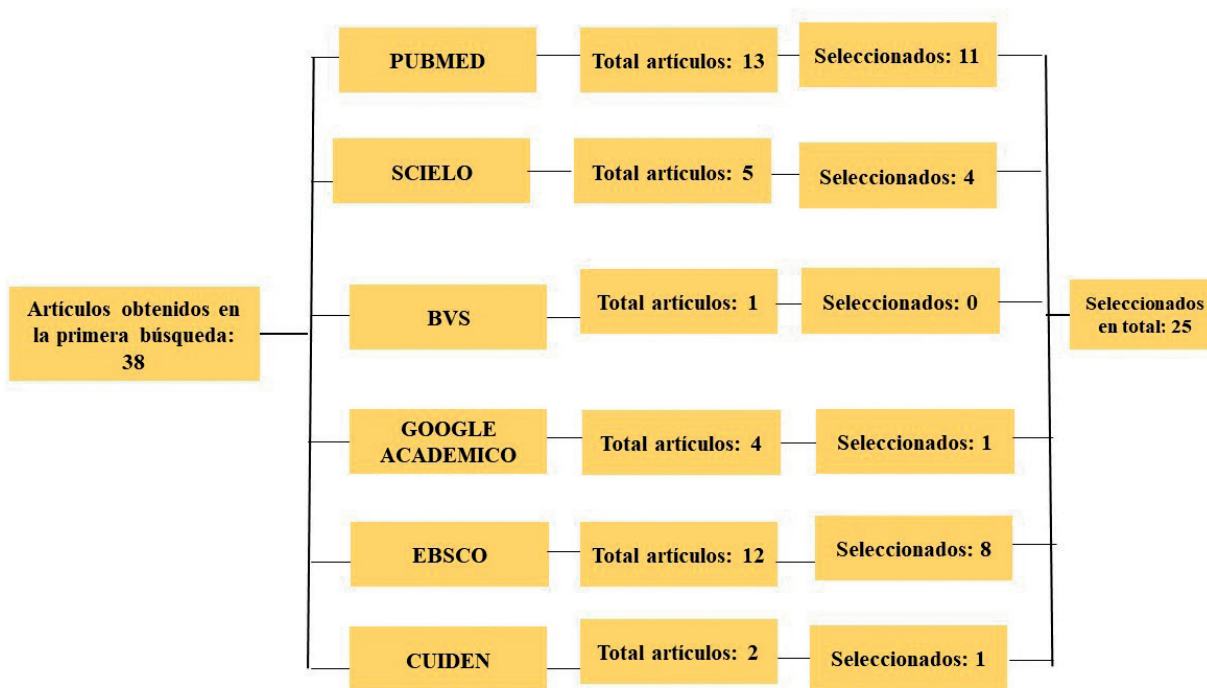


Figura 1. Flujograma de las 38 citas encontradas y los 25 estudios seleccionados. En la búsqueda, se tuvo en cuenta que fueran investigaciones originales, publicadas en revistas indexadas y que en el título, o en el resumen, se incluyera alguna de las palabras usadas en la búsqueda.

La revisión temática fue realizada en torno al aborto en adolescentes, sus tipos, consecuencias y hallazgos debido a las polémicas que enfrentan las mujeres por condiciones éticas, morales, religiosas e incluso penales. Los artículos seleccionados

presentaron información adecuada y validada sobre el aborto con el fin de obtener información pertinente y de calidad para este artículo de revisión.

RESULTADOS

En tabla 1 se recogen los resultados de los diferentes estudios utilizados. De acuerdo con la revisión sistémica de artículos la mayor parte de estos son publicados en inglés. Según Nzala⁶, el conocimiento limitado sobre la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes fue una causa importante de la reducción del acceso a los servicios de anticoncepción y aborto seguro. El acceso reducido a los servicios de salud reproductiva para algunos resultó en métodos extremos de anticoncepción y aborto. A pesar de que todos los adolescentes tienen un acceso limitado a la información y los servicios, las niñas enfrentan más consecuencias, como ser culpadas por el embarazo o lidiar con los efectos de los abortos inseguros.

Mientras que para Althsuler⁷, los servicios de aborto podrían estructurarse formalmente para incluir parejas, familiares y amigos cuando las personas embarazadas lo desearan, para mejorar sus

experiencias y dicha integración debía equilibrarse con consideraciones de privacidad, seguridad y recursos institucionales.

Por otro lado, Lamus⁸ afirma que más del 50% de las muertes maternas del mundo suceden en los países que tienen las leyes menos restrictivas. En la India, por ejemplo, existe una legislación que, desde 1972, permite el aborto en casi todos los casos, y es donde más muertes maternas ocurren, asociado sobre todo a su nivel socioeconómico.

Según Rangel⁹ el “resultar embarazada” se torna indeseable y vergonzante, toda vez que se parte del imaginario de que esta situación pudo anticiparse, dependía de la agencia, pero no se evitó, además se identificó la ausencia de empoderamiento que tienen las jóvenes sobre sus derechos humanos y sus propios cuerpos y trayectorias de vida, adicionalmente, para Malcolm¹⁰, el inicio precoz de las relaciones sexuales en los varones adolescentes, hace que exista una falsa percepción del riesgo del embarazo, parto y aborto, asumiendo que las consecuencias para el varón son mínimas.

Tabla 1. Factores asociados al aborto

Autor	Año	Muestra	Resultado
Nzala, M., Mumba, J. and Michelo, C.	2018	21 artículos que informaron sobre conocimientos	El acceso reducido a los servicios de salud reproductiva.
Bearak, J. <i>et al.</i>	2020	159 países y sus territorios, seleccionando mujeres en edad fértil de los 15 a los 49 años.	Durante el período de 30 años analizado hubo una disminución en la tasa de embarazos no deseados.
Yogi, A., Prakash, K.C. and Subas Neupane	2018	La población de estudio en este estudio son aquellos que respondieron al cuestionario NDHS de mujeres en 2011 y se limitó a aquellas mujeres que alguna vez tuvieron un embarazo interrumpido (n = 2395)	La prevalencia de cinco años del aborto fue del 21,1%.
Vongxay, V., Chaleunvong, K., Essink, D.R., Durham, J. y Sychareun, V.	2020	Adolescentes varones y mujeres dentro y fuera de la escuela (n = 800)	La mayoría de los participantes sintieron que el aborto debería ser una decisión de la mujer y que las mujeres deberían tener acceso a un aborto seguro.
Espinoza, C., Samandari, G., Andersen, K.	2020	35 artículos; cinco fueron cualitativos, uno utilizó métodos mixtos y el resto (n = 29) fueron cuantitativos.	Los resultados muestran que las niñas de 10 a 14 años se diferencian de las cohortes de mayor edad en que aceptan menos el aborto, tienen una proporción más alta.
Rangel, Y., Jiménez, V.	2021	12 participantes entre 15-19 años, cursando la experiencia del primer embarazo y con una edad gestacional igual o mayor a las 20 semanas.	El deseo del aborto emergió como una respuesta frente a un deseo de no maternar más que de no querer parir, pero también como una posibilidad de resistencia frente a los planes que otros establecen sobre sus vidas.

Autor	Año	Muestra	Resultado
Ituarte, M., López, A.	2021	14 adolescentes entre 17 y 19 años residentes en Montevideo y usuarias de servicios públicos de salud de la RAP-ASSE.	Las adolescentes contaron que el embarazo fue inesperado, se trató de un acontecimiento que irrumpió en sus vidas y les generó desconcierto y sentimientos de rechazo.
Malcolm, A.	2020	420 adolescentes varones.	El 55% de los varones ya había tenido múltiples parejas, el 76% había embarazado una o más veces, el 83% de estos embarazos terminaron en abortos, el 58% respondió correctamente sobre el concepto de aborto.
Santarelli, N.	2019	Aproximado 50 mujeres.	Los resultados se contraponen a la esencialización de sentimientos de culpa, tristeza y demás “consecuencias” negativas en la salud mental de las mujeres, asociada intrínseca y necesariamente a la práctica abortiva.
Hasselbacher, Lee A.	2018	31 participantes.	Los hospitales afiliados a una religión permitían los abortos en casos específicos, si eran aprobados a través de una consulta de ética.
Scales, B.	2018	2 participantes.	Para que los partidarios activos, como los padres, los padres de la pareja, los miembros de la familia, los amigos y los profesionales del parto, brinden apoyo a las mujeres que han sufrido muerte fetal o aborto espontáneo, deben comprender el papel vital que desempeñan en el proceso de recuperación.
Garibo, A.	2019	Sin datos.	Sin datos.
Lamus, F., Posada, N.	2018	191 mujeres.	Más del 50% de las muertes maternas del mundo suceden en los países que tienen las leyes menos restrictivas. En la India, por ejemplo, donde existe una legislación que permite el aborto en casi todos los casos desde 1972, es donde más muertes maternas ocurren.

DISCUSIÓN

Las estimaciones de embarazos no deseados y abortos documentan las tendencias en la salud y la autonomía sexual y reproductiva¹¹. Se considera que los hombres tienen conocimientos muy escasos sobre el aborto, pues la participación masculina en el ámbito de la reproducción y el aborto es un vacío en la literatura científica que debe ser confrontado¹², además, respecto a las diferentes investigaciones realizadas con el paso del tiempo, los hombres han demostrado cierta debilidad al hablar de estos temas. Por ello se sugiere la necesidad de aumentar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre el aborto seguro. Esto requiere un enfoque holístico de la educación sexual y necesita el apoyo y la participación de los propios adolescentes, así

como de los padres, miembros de la comunidad y trabajadores de la salud¹³.

Hoy el aborto, ya sea de manera legal o ilegal, es considerado un tema tabú para la sociedad, como lo es también en las comunidades palestinas, ya que rara vez este tema se discute de una manera libre y abierta. Allí la religión es la razón más común acerca de los factores que podrían influir en la opinión de una mujer sobre el aborto, siendo el tema más predominante¹⁴. Por otro lado, en Nepal la prevalencia del aborto sigue siendo alta. La educación, la religión, la edad, el conocimiento sobre el aborto legal y los lugares seguros para realizar el aborto fueron los principales factores decisivos asociados con su práctica¹⁵. En cambio, para algunas comunidades o en algunos hospitales, hay una línea clara entre la doctrina religiosa y las restricciones de práctica, mientras que en otros, hay menos claridad, lo que puede ser el resultado

de comunicaciones hospitalarias deficientes, falta de conocimiento del proveedor, variación en la aplicación en todo el sistema o una falta real de fundamento religioso¹⁶. Puesto que para la religión, aun cuando el feto venga enfermo, es más importante existir aun si se presentara algún tipo de sufrimiento¹⁷.

Ahora pues, si se compara la religión con la parte moral de la humanidad, se puede afirmar que el aborto es un tema problemático para los defensores de la vida que consideran que los embriones humanos tienen el mismo estatus moral que los seres humanos adultos desde la concepción¹⁸, esta visión implica que el aborto es uno de los problemas más importantes que enfrenta la humanidad, lo que para los autores resulta una conclusión absurda.

Derivado de este contexto, ¿es moralmente permisible que una mujer que en realidad quiere tener hijos tenga derecho a determinar el número de hijos que debería tener? ya que, si la mujer desea tener hijos, debe aceptar tener más de lo que inicialmente planeó tener¹⁹. Entendiendo esto como un argumento contradictorio, puesto que, si el aborto es moralmente permisible, parece razonable que la reducción de embarazo multi fetal, también lo sea sin alguna distinción.

Otro punto notable es la recurrencia a la idea de que la práctica del aborto en sí mismo supondría un daño para las mujeres que lo realizan, por ser considerado un acto de violencia que implicaría pérdida, muerte y un proceso de duelo²⁰. Por esto, al analizar las consecuencias tras un aborto, es evidente que el apoyo emocional y familiar es importante, ya que es ahí donde las mujeres comprenden el papel que desempeñan. Las etapas de duelo y pérdida ayudan a comprender la complejidad psicológica que enfrentan las mujeres que experimentan un aborto espontáneo²¹, de aquí, radica la importancia de apoyar el proceso de curación de las mujeres que han perdido un bebé durante el embarazo, puesto que la falta de apoyo puede tener un impacto de por vida.

De la misma manera, aunque las adolescentes tengan conocimientos generales del aborto, carecen

de conocimientos específicos sobre las fuentes de servicios y retrasan la búsqueda de atención por temor al estigma, falta de recursos y prejuicios del personal de salud²². Por ello, se considera una urgencia sanitaria el poder brindar educación a las y los adolescentes sobre ello, así mismo, reforzar el acceso a los métodos anticonceptivos, pudiendo evitar, de manera oportuna, un embarazo no deseado, un desenlace poco favorable y evitar el aumento de las complicaciones y muertes relacionadas con el aborto, pues estas son altas en los entornos donde el aborto es ilegal²², más aún cuando la religión y una visión política conservadora afectan las construcciones tradicionales de género y maternidad y, por ende, se observa una tendencia a rechazar el aborto²³, generando así un nivel de conocimiento pobre en ello y en cómo realizarlo de manera segura.

Para finalizar, la vivencia del aborto no puede ser generalizable, y para su entendimiento deben tenerse en cuenta aspectos que solo atañen a la mujer como experta en su vida y en su situación²⁴, pues el impacto tanto del aborto espontáneo como inducido para la vida social, laboral y, en especial, emocional de las mujeres, no siempre se contempla en los protocolos asistenciales y planes de cuidados del proceso enfermero²⁵.

CONCLUSIÓN

Actualmente, el temprano inicio de la vida sexual, lleva a un aumento del riesgo de presentar un embarazo no deseado, el cual puede asociarse a falta de información, falta de accesos a servicios de planificación familiar y educación sobre los mismos; debido a esto, en la mayoría de los casos, la población joven opta por abortar sin importar las posibles complicaciones que esto traiga a su vida. En el momento en que se practica un aborto, los jóvenes se encuentran inmersos en una serie de situaciones que afectan posiblemente su salud psicológica, en donde atravesarían problemas como depresión, ansiedad, duelo, entre otros, respecto a las condiciones sociales se desarrollaría

una serie de estigmas hacia la joven, a causa de factores tanto religiosos como morales, y en cuanto a las condiciones biológicas, serían riesgos acarreados para la salud de la madre al someterse a estas técnicas abortivas.

“La vivencia del aborto no puede ser generalizable, y para su entendimiento deben tenerse en cuenta aspectos que solo atañen a la mujer como experta en su vida y en su situación”²⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo, D., Duque, M., Montoya, L., Hoyos, C. Mujer de 38 años con interrupción legal y voluntaria del embarazo por riesgo para la salud mental. Un desenlace inesperado. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017 [Consultado el 27 de noviembre de 2021]; 46(2):116–20.
2. Ituarte, M.L., López-Gómez, A. Adolescents faced with the decision to terminate a pregnancy in a context of legal abortion. *Cad Saude Publica.* 2021 [Consultado el 2 de noviembre de 2021]; 37(2).
3. Agudelo, M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009 [Consultado el 7 de noviembre de 2021]; 27(2): 169–76.
4. Organización Mundial de la Salud. Aborto seguro. Man para un Aborto seguro [Internet]. 2014 [Consultado el 14 de octubre de 2021]; 4(5):72. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
5. Rocha-Acero, M., Socarrás-Ronderos, F., Rubio-León, D. Delivery practices at a health care provider in the city of Bogota. *Fac Nac Salud Pública* El Escenario para la salud pública desde la Ciencia. 2019 [Consultado el 12 de julio de 2021]; 37(1): 53–65.
6. Munakampe, M.N., Zulu, J.M., Michelo, C. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018 [Consultado el 11 de junio de 2021]; 18(1): 1–13.
7. Altshuler, A.L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P.D., Freedman, L.R. “Going through it together”: Being accompanied by loved ones during birth and abortion. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021 [Consultado el 27 de noviembre de 2021]; 284: 114234. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114234>
8. Lamus, F., Posada, N., Restrepo, M.H., Arango, P., Gamboa, G., Jacome, F.E. *et al.* Despenalizar el aborto es un desacierto. 2006 [Consultado el 2 de noviembre de 2021]; 1: 104–22.
9. Rangel-Flores, Y., Jiménez-Arroyo, V. Imaginary about abortion in a group of marginalized pregnant adolescents in Mexico. *Saude e Soc.* 2021 [Consultado el 5 de marzo de 2022]; 30(3): 1–12.
10. Malcolm Suárez, A.L. El varón adolescente ante el aborto, embarazo y el parto. *Multimed.* 2020 [Consultado el 5 de marzo de 2022]; 24(3): 515–27.
11. Yogi, A., K.C., P., Neupane, S. Prevalence and factors associated with abortion and unsafe abortion in Nepal: a nationwide cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 [Consultado el 19 de agosto de 2022]; 18(1): 1–10.
12. Brandão, E.R., Cabral, C. da S, Azize, R.L., Heilborn, M.L. Homens jovens e aborto: a perspectiva masculina face à gravidez imprevista. *Cad Saude Publica.* 2020 [Consultado el 5 de marzo de 2022]; 36Suppl 1(Suppl 1): e00187218.
13. Vongxay, V., Chaleunvong, K., Essink, D.R., Durham, J., Sychareun, V. Knowledge of and attitudes towards abortion among adolescents in Lao PDR. *Glob Health Action* [Internet]. 2020 [Consultado el 5 de marzo de 2022]; 13(sup2): 17–27. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1791413>
14. Shahawy, S., Diamond, M.B. Perspectives on induced abortion among Palestinian women: religion, culture and access in the occupied Palestinian territories. *Cult Heal Sex.* 2018 [Consultado el 21 de abril de 2022]; 20(3): 289–305.
15. Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.B., Tunçalp, Ö., Beavin, C. *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Heal.* 2020 [Consultado el 5 de noviembre de 2021]; 8(9): e1152–61.
16. Hasselbacher, L.A., Hebert, L.E., Liu, Y., Stulberg, D.B. “My Hands Are Tied”: Abortion Restrictions and Providers’ Experiences in Religious and Nonreligious Health Care Systems. *Perspect Sex Reprod Health.*

- 2020 [Consultado el 12 de septiembre de 2021]; 52(2): 107–15.
17. Garibo-Peyró, A-P. El derecho a la vida cuando esta es frágil como una exigencia de justicia: la perspectiva que ofrecen las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life* sobre las personas con discapacidad. *Pers Derecho*. 2020 [Consultado el 5 de marzo de 2022]; 81: 323–48.
 18. Blackshaw, B.P., Rodger, D. The Problem of Spontaneous Abortion: Is the Pro-Life Position Morally Monstrous? *New Bioeth*. 2019 [Consultado el 5 de febrero de 2022]; 25(2): 103–20.
 19. Dahl, S.L., Vaksdal, R.H., Barra, M., Gamlund, E., Solberg, C.T. Abortion and multifetal pregnancy reduction: An ethical comparison. *Etikk i Praksis*. 2019 [Consultado el 28 de abril de 2022]; 13(1): 89–111.
 20. Santarelli, N. Embarazo no deseado / aborto voluntario y salud mental de las mujeres: Una problematización de discursos psi patologizantes. *Revista Electrónica de Psicología Política*. 2019 [Consultado el 14 de octubre de 2021]; 43: 33–54.
 21. Scales, B. A. Tool for Family and Friends Supporting. 2018 [Consultado el 6 de octubre de 2021]; 33(3): 42–6.
 22. Espinoza, C., Samandari, G., Andersen, K. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sex Reprod Heal Matters* [Internet]. 2020 [Consultado el 10 de octubre de 2021]; 28(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1744225>
 23. Pérez, B., Sagner-Tapia, J., Elgueta, H.E. Despenalización del aborto en Chile: una aproximación mixta desde la percepción del aborto en población comunitaria. *Gac Sanit*. 2020 [Consultado el 12 de julio de 2021]; 34(5): 485–92.
 24. Cepeda Saavedra, J., Gómez, P.I., Pardo Mora, Y.Y. Experiencia vivida frente al aborto inducido en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2020 [Consultado el 10 de marzo de 2022]; 19(3): e026.
 25. Bautista Balbás, B.P., Abellán Lucas, S., Gómez-Moreno, M., Martínez Molina, A., Dema Pérez, S. Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas prof*. 2017 [Consultado el 14 de octubre de 2021]; 18(1): 18–25.

EL ACOMPAÑAMIENTO POR ENFERMERÍA A LA MUJER GESTANTE Y RECIÉN NACIDO: NARRATIVA DE ENFERMERÍA

NURSING ACCOMPANIMENT TO PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS: NURSING NARRATIVE

Daniel Nick Díaz Sánchez¹, Frandy Carolina Rodríguez Sierra², Graciela Olarte Rueda³.

Resumen

Introducción: En el proceso formativo de profesionales en enfermería se ponen en práctica los conocimientos anatómicos y fisiológicos, se promueve la humanización en la prestación de los servicios de salud, se garantiza el trato digno y respetuoso al sujeto de cuidado. **Objetivo:** Analizar los aspectos epistemológicos: patrones de conocimiento de enfermería y visiones del mundo a una narrativa al servicio ginecobstétrico. **Metodología:** Se aplicó el modelo de Jean Watson y la guía para elaboración de narrativas. **Resultados:** Se identifican los patrones de conocimiento de enfermería, mostrando predominancia del patrón empírico y estético. **Conclusión:** El papel importante que cumple la investigación y abordaje de las emociones en la inclusión del arte del cuidado, en donde la práctica diaria del profesional de enfermería en el proceso del cuidado enfermero, se producen múltiples interacciones de sentimientos y emociones, en donde es importante la existencia del autocontrol, entusiasmo, automotivación y empatía, los cuales podrían facilitar el fomento de relaciones armoniosas y potenciación del cuidado.

Palabras clave: Narrativa, enfermería, acompañamiento, cuidado, gestante y recién nacido

Correspondencia:

Graciela Olarte Rueda
grueda@unisangil.edu.co

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

^{1,2} Estudiante enfermería.
Fundación Universitaria de
San Gil, Santander, Colombia.

³ Enfermera, magíster en
ciencias de la enfermería,
especialista en epidemiología,
coordinadora de semillero.
Fundación Universitaria de
San Gil, Santander, Colombia

Abstract

Introduction: In the training process of nursing professionals, anatomical and physiological knowledge is put into practice, humanization is promoted in the provision of health services, dignified and respectful treatment of the subject of care is guaranteed.

Objective: To analyze the epistemological aspects: nursing knowledge patterns and worldviews in a narrative of a gynecobstetrics service. **Methodology:** Jean Watson's model and the guide for narrative elaboration were applied. **Results:** Patterns of nursing knowledge were identified, showing predominance of the empirical and aesthetic pattern. **Conclusion:** The important role of the research and approach to emotions in the inclusion of the art of care, where the daily practice of the nursing professional in the nursing care process, multiple interactions of feelings and emotions occur, where it is important the existence of self-control, enthusiasm, self-motivation and empathy, which could facilitate the promotion of harmonious relationships and empowerment of care.

Keywords: Narrative, nursing, accompaniment, care, pregnant woman and newborn.

INTRODUCCIÓN

Siendo cerca de las 9:00, se realizó ronda médica con acompañamiento del personal de enfermería, en donde el especialista de ginecoobstetricia, indicó iniciar infusión de oxitocina por bomba de infusión, 3 UI a 60 cc/hora; lo cual aumentó la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones y, de igual manera, el nivel de ansiedad y nerviosismo de la gestante inmigrante, situación que fue detectada por estudiantes del programa de enfermería de Unisangil de quinto nivel de aprendizaje, quienes acudieron a su llamado e implementaron intervenciones y actividades encaminadas a promover una mejor situación de confort, tranquilidad, respiración y, por ende,

alivio del dolor, ya que conocían la situación de primigestante de la mujer.

Por otra parte, a causa de la pandemia por Covid-19, se habían implementado protocolos institucionales para el ingreso y egreso de visitantes, lo cual impedía que hubiese acompañamiento permanente de un familiar de la gestante, adicionalmente el esposo no se encontraba presente en la fase latente y activa del parto. Debido a la anterior situación los estudiantes ya mencionados, promovieron la deambulación y medios no farmacológicos para el alivio del dolor, como masajes en zona lumbar, respiración de tipo abdominal por la fase del trabajo de parto en la que se encontraba, hidratación de los labios con gasa mojada con agua por restricción de vía oral, ya que su fase de dilatación a pesar de su conducción con oxitocina no avanzaba de 8 cm y la situación de discomfort de la mujer avanzaba a medida que las contracciones proseguían.

Cerca de dos horas después de la iniciación de la infusión con oxitocina, el ginecoobstetra de turno ingresó a la unidad de la gestante acompañado de la interna del servicio de maternidad, indicando a la mujer que opte la posición ginecológica para realizar un nuevo tacto vaginal y conocer la situación actual de la dilatación y descenso en el canal del feto. Después de realizar el mencionado procedimiento, indica que se encontraba en estación +1 en situación cefálica con membranas íntegras, por lo cual solicitó un amniótomo para realizar ruptura asistida de membranas, en donde se evidenció salida de escalo líquido claro de olor característico. Es por lo anterior que los estudiantes a cargo del cuidado de la gestante, le explican a esta por qué se realizó ese procedimiento y la importancia de que continúe en decúbito lateral izquierdo, lo cual le ayudaría a mejorar el dolor y mitigaría el riesgo de efecto poseiro por contracción de la aorta abdominal y posible hipoxia fetal, la gestante les indicó entender y aceptar y, de igual manera, les solicitó que por favor no la fuesen a dejar sola puesto que estaba muy temerosa de cómo terminaría su proceso de trabajo de parto.

Es así como, los estudiantes de quinto nivel a cargo del cuidado de esta mujer, identifican varios factores de riesgo que pudiesen complicar el parto en caso de que no se mitigaran; además de factores de alto riesgo obstétrico como lo eran su primigesta, el ser gestante añosa, su situación de inmigrante, su vulnerabilidad psicosocial, el temor; su IMC que indica obesidad, pocos controles prenatales y desconocimiento del conducto regular de la fase de atención que seguía; por lo cual proceden a informar la actual situación de violencia obstétrica y vulnerabilidad de la gestante con el fin de quedarse tiempo completo con la mujer hasta la atención de su parto y fase inmediata del puerperio.

Cerca de 40 minutos a una hora después de la ruptura mecánica de membranas realizada por el especialista, se procede a trasladar en silla de ruedas a la gestante junto con el acompañamiento del personal de enfermería y los estudiantes de enfermería de Unisangil de quinto nivel, para la atención expulsivo activo del trabajo de parto. Se procede a posicionar a la gestante en camilla ginecológica de sala de partos en donde previamente había sido alistado todo el instrumental de atención, para cada una de las fases del parto y adaptación neonatal. Es, entonces, cuando ingresa una auxiliar de enfermería de larga data del servicio y observa que la gestante no está realizando adecuadamente el pujo y la respiración y, sin autorización previa del profesional de enfermería jefe del servicio, empezó a realizar indiscriminadamente maniobra *kristeller*; potenciando la violencia obstétrica previamente percibida por los estudiantes, ya que esta maniobra está totalmente contraindicada para la atención en la fase expulsiva del parto debido a las múltiples complicaciones que puede generar, tanto en la madre como en el feto.

Los estudiantes informan a su docente asesora enfermera, que la gestante estaba solicitando que no le realizaran más estas maniobras porque sentía mareo y presión en el abdomen; gracias a esto, la enfermera profesional le indica a la auxiliar de enfermería que se detenga y los estudiantes proceden a realizar educación a la gestante de cómo es el correcto proceso para el pujo y la respiración. La médica hospitalaria del servicio,

quien se encontraba atendiendo el parto indica mejoría y resolución de la fase expulsiva, con la salida y restitución correcta del feto. Gracias al empoderamiento de enfermería de los estudiantes y los conocimientos previos adquiridos se les permite realizar la adaptación neonatal, profilaxis umbilical y profilaxis oftálmica, administración de vitamina K lo cual fue todo un éxito, siendo esto muy importante para las prácticas formativas de los futuros profesionales en enfermería.

Situaciones como estas permiten profundizar, narrativamente, en la atención humanizada durante todo el proceso ya que se ponen en práctica los conocimientos anatomofisiológicos, se promueve la humanización en la prestación de los servicios de salud, se garantiza el trato digno y respetuoso al sujeto de cuidado, garantizando un adecuado estado de salud materno fetal gracias a la detección de situaciones de violencia obstétrica y mitigación de las mismas que se derivan en una percepción positiva de la mujer en su proceso de parto y puerperio; además de la educación brindada para la fase inmediata del puerperio en la lactancia materna precoz y el contacto piel a piel, junto con los beneficios que estos tienen.

Eventos como los descritos, despiertan sensaciones de ira e impotencia, ya que se percibe el sufrimiento de la mujer además de lo pesado que se convierte el trabajo de parto, sin dejar atrás la percepción negativa que esta tendrá de su proceso de parto para situaciones de futuras gestaciones. Por otra parte, también se logra denotar el contexto el cual genera insatisfacción en la prestación de un servicio a un usuario, de un proceso que es totalmente fisiológico, el cual se convierte, para el prestador del servicio, en un trato patológico de lo que vendría siendo el proceso de la fase expulsiva y de alumbramiento; lo cual lleva a indicadores negativos de calidad, trato digno y humanizado.

Una vez finalizado el proceso de parto y adaptación, se procede a movilizar al binomio madre e hijo a su unidad, en la cual permanecerán las próximas horas hasta el alta hospitalaria. Es allí cuando termina el turno y se procede a realizar retroalimentación de lo acontecido con la docente

asesora, en esta se menciona la insatisfacción percibida por los estudiantes y manifestada por la madre, en donde se concluye la importancia del acompañamiento continuo de la gestante por un familiar designado por la misma, el trato cordial y respetuoso, que se verán reflejados en una atención empática y humanizada, que respete los derechos de la mujer y el neonato.

PATRONES DE CONOCIMIENTO

Los patrones de conocimiento fueron incluidos en la práctica de enfermería por ser elementos esenciales para evidenciar la comprensión de la disciplina, porque cada patrón incorpora una forma de conocimiento que se manifiesta a través de la creatividad, la expresión y pueden ser valorados en la aplicación de los cuidados de enfermería.

Desde el punto de vista empírico, para el 2010, la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, respaldó el acceso a los servicios de salud maternos como un derecho humano, a fin de asegurar que todas las mujeres, en particular las que han sido históricamente marginadas, sean beneficiadas de un acceso oportuno en la atención óptima de salud durante su embarazo, el parto y puerperio; de igual manera, para el 2011, se da formación al Consejo Global de Cuidados Maternos Respetuoso, en el 2012, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, reconoce la atención materna respetuosa como una dimensión fundamental de la calidad de los servicios, en el 2013 el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, recomienda mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento, en el 2015 se promueve la calidad en salud materna y neonatal por parte de la OMS, y fue el 2016 el año de publicación de los estándares de la OMS para mejorar la calidad de la atención en salud materno neonatal; en el 2019 se dio la publicación de las recomendaciones de la OMS

durante el parto para una experiencia positiva del mismo^{1, 2, 3, 4, 5, 6}.

Según lo antes descrito, en el contexto estético del profesional de enfermería, se promueve el trato empático y humanizado, con el fin de mitigar percepciones negativas de la prestación del servicio en cada una de las fases del parto y puerperio, lo que conlleva a una calidad en la atención y el cuidado individualizado; aceptando de esta manera que cada sujeto de cuidado merece y requiere un enfoque personal para la adquisición de un servicio, el cual garantice un óptimo cuidado de bienestar del binomio, y ponga en los más altos estándares de calidad y profesionalismo al equipo de trabajo que deberá promover una serie de intervenciones y objetivos desde el punto de vista ético de la atención brindada, sin dejar atrás el trasfondo sociopolítico que obliga al profesional de salud a capacitarse con los últimos estándares de calidad para un trato respetuoso como se menciona en cada uno de los tratados que se han venido publicando por diferentes entes que están en pro de la defensa de los derechos de la madre y el neonato.

VISIONES DEL MUNDO EN ENFERMERÍA

La situación anterior denota una visión particular-determinística o de reacción, por cuanto una perspectiva negativa de la atención en salud puede caracterizar, de manera desfavorable, a todo un gremio del cuidado, debido a la secuela física y/o psicológica generada de un evento posiblemente traumático, relacionado directamente con la inadecuada prestación de un servicio.

Por la situación planteada, Machín⁷ manifiesta que en las afirmaciones teóricas de enfermería, sujetas al modelo de Jean Watson, este examina el papel importante que cumple la investigación y abordaje de las emociones en la inclusión del arte del cuidado, en donde, en la práctica diaria del profesional de enfermería en el proceso

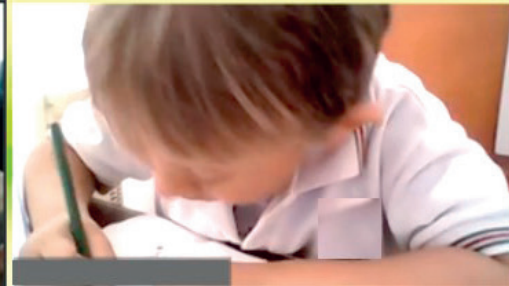
del cuidado enfermero, se producen múltiples interacciones de sentimientos y emociones, resaltando la importancia del autocontrol, entusiasmo, automotivación y empatía, los cuales podrían facilitar el fomento de relaciones armoniosas y potenciación del cuidado. Watson, resumió que el objetivo de enfermería, basado en la experiencia clínica, debe dar un sentido coherente y consistente a una ciencia humana.

Es así como Watson sustenta su trabajo en el ejercicio profesional, basado en diez factores asistenciales, en donde los tres primeros hacen referencia a una base filosófica de la asistencia relacionado con trabajo de calidad y satisfacción percibida por el sujeto de cuidado junto con la importancia de inculcar la fe y la esperanza para que el paciente adopte conductas saludables para un estado óptimo de bienestar. El cuarto factor, incentiva una relación de ayuda y confianza entre el profesional y sujeto de cuidado basado en empatía y comunicación efectiva; de igual manera, el quinto factor plantea que el profesional de enfermería debe estar preparado ante posibles sentimientos positivos y negativos relacionados con el cuidado. En el sexto factor, Watson menciona la importancia de un uso sistemático para la resolución efectiva de problemas, junto con la adecuada promoción de la enseñanza del aprendizaje. El séptimo factor indica que el personal de enfermería debe actualizar periódicamente sus conocimientos para mejorar la calidad del cuidado en la práctica profesional; de igual manera, el octavo factor del modelo de Watson indica la importancia de reconocer la relevancia de factores internos y externos en la salud y enfermedad de las personas, para tener una visión clara de lo que se debe mejorar, siendo el noveno factor la asistencia satisfactoria de las necesidades humanas y su reconocimiento biofísico, psicofísico y psicosocial. Como décimo, y último factor, Watson convoca a llevar a la práctica de cuidado otras habilidades como la iniciativa, flexibilidad, adaptabilidad, comunicación y las relaciones interpersonales para comprender los fenómenos en cuestión sujetos al cuidado⁷.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. CIDH publica informe sobre salud materna. [Internet]. 2010 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/Comunicados/Spanish/2010/74-10sp.htm>
2. White Ribbon Alliance. (2011). Carta para una Atención Materna Respetuosa, los Derechos Universales de las Mujeres y Recién Nacido-As. [Internet]. 2011 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/12/WRA_RMC_Charter_Spanish.pdf?eType=EmailBlastContent&Id=44444444-4444-4444-4444-444444444444
3. Naciones Unidas, A. G. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. [Internet]. 2012 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. [Internet]. 2013 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>
5. Todas las mujeres, todos los niños. Guía para la Adaptación e Implementación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2015 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/publication/guia-estrategia-mundial-salud-mujer-nino-l-adolescente-america-latina-caribe/>
6. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. [Internet]. 2019 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
7. Machín, E. I. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. [Internet]. 2015 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153f.pdf>

REFLEXIONES



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN ¿QUÉ ES LA BIOÉTICA?

REFLECTION ARTICLE WHAT IS BIOETHICS?

Yenny Patricia Moreno Rangel¹

Resumen

El artículo presenta una reflexión acerca del artículo denominado ¿Qué es la bioética?² Desde los postulados de Gilbert Hottois, se aborda la definición de la bioética como una nueva disciplina, los comités de ética como nuevas instituciones democráticas, la existencia de una metodología de la bioética y, sobre todo, el impacto y manejo de la tecnociencia desde el punto de vista filosófico y bioético.

Palabras claves: bioética, comité de ética, tecnociencia, salud, salud pública.

Correspondencia:

Yenny Patricia Moreno Rangel
ymoreno@unisangil.edu.c

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

¹ Enfermera UIS, Mg. Mujeres y salud y Mg. Salud sexual y reproductiva, asesora en proceso de cuidado de enfermería, docente cátedra Unisangil

Abstract

The article presents a reflection on the article called What is bioethics? From the postulates of Gilbert Hottois, the definition of bioethics is addressed as a new discipline, ethics committees as new democratic institutions, the existence of a methodology of bioethics and, above all, the impact and management of technoscience from the philosophical and bioethical point of view.

Keywords: bioethics, ethics committee, technoscience, health, public health.

Sobre el autor

Gilbert Hottois nació el 29 de marzo de 1946 en Bruselas y murió el 16 de marzo de 2019. Fue un académico belga de larga trayectoria en el campo de la filosofía, profesor durante muchos años de filosofía

“Hay que ser un héroe para enfrentarse con la moralidad de la época”.
Michel Foucault¹

contemporánea en la Universidad de Bruselas y especialista en bioética; autor de diversas obras sobre el lenguaje y la tecnociencia, entre ellas *L'inflation du langage dans la philosophie contemporaine* (1979), *Pour une métaphilosophie du langage* (1981), *Lesigne en la technique* (1984) y *Du sens commun à la société de communication* (1989). Dirigió varios volúmenes colectivos sobre la filosofía del lenguaje y la filosofía de la técnica, y escribió gran número de artículos. De sus libros más significativos, traducidos al español, se destacan: *La filosofía de las tecnociencias* (1997), *Ensayos de filosofía bioética y biopolítica* (1999) y *Qué es la bioética* (2004).³

Era un filósofo especialista de la ética y la tecnociencia. Su reflexión incluyó los problemas de la articulación simbólica y la filosofía de la civilización tecnocientífica y multicultural, fue miembro de varios comités de ética, vicepresidente de la asociación de sociedades de filosofía en lengua francesa, así como presidente y cofundador de la Sociedad de Filosofía de la Técnica de París, fue autor o coordinador de una treintena de obras de gran trascendencia.

INTRODUCCIÓN

El artículo denominado ¿Qué es la bioética? de Gilbert Hottois² inicia indicando los múltiples campos de acción de esta nueva ciencia o disciplina, aclarando que se tienen grandes dificultades en su delimitación, pero que realmente puede ser definida como "...la ciencia de la regulación de la ciencia...", lo que le permite involucrarse en múltiples aspectos vitales tales como el análisis de los progresos científicos y su acceso a la población, la necesidad de protección de los seres humanos y los animales durante la experimentación, la creciente necesidad de defender el medio ambiente amenazado por los mismos "avances del ser humano", por supuesto, la elaboración de políticas públicas en salud que sean justas e incluyentes.

LA MOTIVACIÓN DEL AUTOR

El tema de la bioética ha sido tratada por el autor desde sus estudios de doctorado en los años 70, por lo que resulta interesante constatar cómo, desde su perspectiva filosófica, hace un reconocimiento a la aparente falta inicial de la incursión de la filosofía en el desarrollo del concepto y los temas de la bioética, sin embargo, esclarece que desde la filosofía históricamente ya se habían debatido temas como la autonomía y la voluntad de las personas frente al abuso del poder, elemento fundamental en los análisis bioéticos, evidenciando que, aunque inicialmente no se generaron definiciones desde la filosofía, de alguna forma pudo haber influido la aparición de la bioética como ciencia o campo de estudio, indicando que muchos de los principios y valores de la bioética han y continúan siendo tratados desde la filosofía⁴.

Es por esto que Hottois hace una detallada recopilación de los hitos del desarrollo histórico de la bioética, que tiene como trasfondo la necesidad de superar y no repetir las atrocidades cometidas por seres humanos contra sus semejantes, tales como la experimentación nazi, que dio origen al Código Nuremberg⁵, dándole una excelente aplicación a los derechos humanos que fueron reivindicados durante la conformación de las Naciones Unidas, así como el experimento de Tuskegee que, entre otros casos, incentivó la aparición del Informe Belmont y sus principios clásicos, así como las pruebas y la experimentación con animales, por mencionar los más conocidos, que son una muestra del irrespeto de los derechos humanos y de la naturaleza en nombre de la ciencia y de los avances científicos, dentro del marco del ejercicio desconsiderado del poder⁶.

El autor identifica como, después de varios intentos colectivos y multidisciplinarios de establecer los fundamentos de la ética en relación con el cuidado de la salud y de la vida, aparece la definición de Potter de la bioética que representa la unión de dos aspectos que parecían no tener mucha

relación y, en efecto, se creían antagónicas: las ciencias y las humanidades, que según reconoce el autor constituyen la unión de dos elementos que conducirán al futuro, dando a entender que las múltiples miradas permitirían la sobrevivencia del mundo.

LOS SERES HUMANOS PELIGRO PARA SÍ MISMOS

Paradójicamente, la supervivencia de los seres humanos es puesta en entredicho por el propio accionar de ellos, con lo que se entiende por qué Potter compara los seres humanos con las células cancerígenas, que ponen en “peligro inconscientemente por la ideología moderna del progreso y del crecimiento ilimitado, un proceso irreflexivo y que no parece tolerar ninguna retroalimentación negativa que invite a frenarlo o a modularlo”⁷. Esta metáfora evidencia que la condición de seres humanos propensos a la falla se mantiene, aunque se desarrollen estudios científicos cada vez más especializados, por lo que urge incluir en la formación, desde el pregrado hasta el posdoctorado, de la ética y la bioética.

De esta manera, se resalta también el interés dado en el texto a los comités de bioética, indicando que, aunque su interés inicial era la de evaluar las prácticas de cuidado a las personas en los centros médicos, sus alcances fueron ampliándose a tal punto que no puede concebirse ningún tipo de actividad relacionada con la ciencia de la vida, que no se planteó un análisis a través de estos comités, reivindicando su importancia, dándole el estatus de institución promotora de la democracia.

Finalmente, se llegó a la conclusión de que la bioética no es ni una ciencia ni una disciplina, sino que se trata de: “un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la I&D biomédicos

y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas”⁷.

Con lo que queda claro que la bioética es una construcción pluralista, que ha evolucionado y continuará cambiando, en la medida que los avances científicos continúen generando brechas de acceso y se perpetúen las relaciones de inequidad entre seres humanos, pues se convierte en el bastión que protege al vulnerable de las amenazas del progreso desmedido de los seres humanos.

LA TECNOCIENCIA

Por otra parte, otro de los elementos que son analizados en el texto es la tecnociencia, aclarando que, aunque no es muy claro quién es el creador de la palabra tecnociencia, debido a sus múltiples interpretaciones y usos, es claro que tal como él lo explica, aunque no explicitara la palabra, muchos autores, en especial filósofos, ya hablaban del tema y lo relacionaban con la construcción de la modernidad.

De hecho, la tecnociencia ha suscitado toda clase de juicios relacionándola con el símbolo del mal absoluto, concentrando en ella todos los flagelos de la época: tecnicismo y tecnocracia, capitalismo multinacional, neoliberalismo económico, contaminación, agotamiento de los recursos naturales, injusticia mundial, desaparición de los valores humanistas, etc.³

Sin embargo, en la reflexión que Hottois propone sobre la tecnociencia, esta es definida como “ciencia en acción”, que es aquello que se hace y cómo se hace, alejándola de la construcción idealizada o demonizada de sus críticos o defensores, incluso habla de tres opciones posibles para su gestión, por un lado, permitir llevar a cabo todo lo que sea científicamente posible sin pensar en sus consecuencias, en segunda instancia se podría impedir el desarrollo desmedido restringiendo el avance descomunal de la tecnología en beneficio del ser humano y el

medio ambiente, y la tercera opción es optar por una vía intermedia en la que se intenten algunas de las posibilidades tecnocientíficas en función de criterios a determinar².

Concluyendo que el avance científico no puede ser estancado y lo que se necesita es acompañar de análisis bioéticos todos estos progresos para que puedan cumplir con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas. Otro de los aspectos llamativos del texto de Hottois es el concepto de transhumanismo, que se entiende como la posibilidad cada vez más viable de “rediseñar la condición humana, incluyendo parámetros tales como lo inevitable del envejecimiento, las limitaciones de los intelectos humanos y artificiales, la psicología indeseable, el sufrimiento y nuestro confinamiento al planeta Tierra”⁸, elemento sobre el cual Hottosi se muestra a favor indicando “un apoyo a la investigación sobre la superación tecnológica de lo humano” (p. 25). Puesto que “El aumento del conocimiento y el poder tecnocientífico es emancipador y, por lo tanto, positivo” (p.196).

Sin embargo, hay que reconocer el trasfondo sociocultural de la tecnología, que no siempre tiene un objetivo noble en la búsqueda de bienestar, sino que debido a los poderosos que manejan, de forma casi exclusiva, algunas de estas tecnociencias, se tiende a buscar dividendos financieros por encima de cualquier implicación moral o de bioética que, por supuesto, no estará al alcance de todos aumentando la brecha de desigualdad. Sin embargo, no es solo el interés mercantil que subyace en los desarrollos tecnológicos y científicos, sino en la capacidad que encarnan dichos desarrollos de amenazar la existencia misma⁹.

LA NECESIDAD DE LA BIOÉTICA EN LA SALUD PÚBLICA

Es comprensible la intención del autor al querer superar los límites que una definición puede dar a una ciencia como la bioética, pues

al encasillarla puede prestarse a una muy corta comprensión de su utilidad y sus alcances, en especial cuando se trata de una disciplina que “... surge de entrada inter –o multi– disciplinaria, y en un sentido particularmente amplio...”, pues lo importante es reconocer la importancia de la aplicación de sus contenidos y metodologías en el desarrollo del cuidado de la salud y la vida de las personas.

De hecho, aunque inicialmente la bioética surgió como una forma de regular los abusos de la investigación y la experimentación con sujetos humanos y por la protección de las personas vulnerables durante la atención clínica y de salud, actualmente se debe reconocer la necesidad de la aplicación de la bioética en la salud pública, en especial frente a las profundas inequidades sociales y económicas, que constituyen elementos fundamentales en el fomento del bienestar colectivo.

Sobre todo, cuando es claro que la salud de las poblaciones está tan fuertemente mediada más por las políticas públicas y las condiciones socioeconómicas que por los avances tecnológicos y biomédicos, que obviamente tienen potencialmente un impacto en la calidad de vida y de la atención de la ciudadanía, pero que debido al trasfondo de lucro que tiene la mayoría de ellos, los hace inaccesible a las grandes mayorías.

Por lo tanto, es de reconocer que hoy más que nunca se necesita de “...ciencias (en plural) y científicos sin orejeras para escucharse unos a otros por fuera de las fronteras estrictas de su propia especialidad, científicos capaces de ver el objeto de su estudio en toda la complejidad de las relaciones e interacciones que ligan el objeto a su contexto inmediato y a los contextos más vastos en los que se inserta”⁴.

Un ejemplo sencillo de entender es el funcionamiento congruente de estas tecnologías en el estudio de la sexualidad, donde elementos estructurales sociales y culturales, intervienen en el control de la vida, donde la norma aparece como ese hilo conductor, como el elemento que atraviesa

y enlaza al individuo-cuerpo y a la población-especie, la correa de conducción y el escenario de confluencia de lo disciplinar y la regulación, creándose la sociedad de normalización.

Finalmente, los postulados del autor son muy pragmáticos, dejando entre ver que resultan inútiles y desgastantes los esfuerzos por querer detener el avance científico, que lo que se debe hacer es soportar estos adelantos con buenas bases bioéticas para garantizar su correcto ejercicio y procurar la universalización en pro del beneficio de las mayorías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault, M. Vigilar y castigar, [Internet]. 1975 [Citado 12 de marzo de 2022] 148, 148–162. Disponible en <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&sr-id=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmFyaW9zfGd4OjI5ODZiZjVhZjFhMjdmN2U>
2. Hottois, G. Definir la bioética: retorno a los orígenes. *Revista Colombiana de Bioética*, [Internet]. 2011 [Citado 22 de octubre de 2021]; 6(2), 62-85. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189222558005.pdf>
3. Vargas-Machado, C.A. *Revista Colombiana de Bioética* Tendencias y principios en las corrientes bioéticas, [Internet]. 2021 [Citado 22 de octubre de 2021];16(2):1–22. Disponible en <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3077>
4. Ortúzar, M.G. de, Dra. Bioética, definiciones de salud y criterios de responsabilidad: Tensiones entre lo individual y lo colectivo. Fac. Humanidades y Ciencias la Educ. - UNLP [Internet]. 2017 [Citado 17 de agosto de 2021];0–16. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/113431/Bioética_definiciones_de_salud_y_criterios_de_responsabilidad.13740.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. OMS. Código de Núremberg. 1947 [Citado 9 de octubre de 2021]; 3–4.
6. González, E.C. Por una historia de la bioética. 2016 [Citado 12 de marzo de 2022]; 1171–9.
7. Molina Ramírez, N. La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Rev Colomb Bioética*. 2013 [Citado 7 de abril de 2022]; 8(2): 52–5.
8. Piedra Alegría, J. Transhumanismo: Un debate filosófico. *Rev Prax*. 2017 [Citado 22 de octubre de 2021]; (75): 1.
9. M., J.B. Bioética para enfermería: aspectos teóricos y prácticos.

EL COVID-19 DESDE LA ÓPTICA DE UNA INSTITUCIÓN DE PREESCOLAR

COVID-19 FROM THE PERSPECTIVE OF A PRESCHOOL INSTITUTION

Anderson Lozano Muñoz¹

EL INICIO

En los noticieros se empezó a escuchar sobre la Covid-19 en China y como, poco a poco se iba extendiendo alrededor del mundo este nuevo virus, en un principio no se le dio tanta importancia ya que no se pensó que llegaría al territorio colombiano, por eso las alarmas no se habían encendido; por tanto así inicia el nuevo año escolar 2020, un año en el que, para una institución educativa de preescolar del municipio de El Socorro, Santander, todos los procesos académicos se iban dando de acuerdo con lo establecido; sin embargo, el virus al otro lado del mundo se seguía extendiendo tan rápido, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de ese mismo año, declara una nueva pandemia mundial¹.

En Colombia la alerta se prendió el 6 de marzo cuando se informa al público el primer caso de Covid-19 en el país². En ese momento las instituciones educativas inician el ejercicio de entrenar a los niños sobre los cuidados que se debían tener ante este nuevo evento, un reto mayor para la institución que ofrece el servicio a niños entre los 3 y los 6 años cursando los primeros grados formarles de prejardín, jardín y transición (educación preescolar).

Los padres de familia enviaban comunicados a la institución preocupados por tanta información que recibían de los medios de comunicación sobre el fácil contagio del virus, la institución siguió los parámetros que poco a poco el gobierno informaba. Luego, mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud y de la Protección Social³ declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus Covid-19 y días después la ministra de educación mediante la Circular N° 19 del 14 de marzo de 2020⁴ informa sobre las orientaciones

Correspondencia:

Anderson Lozano Muñoz
AndrosLozano@gmail.com

Conflicto de intereses:

Ninguno a declarar

¹ Contador público, licenciado en lengua castellana y comunicación, magíster en educación con énfasis en gestión educativa. Coordinador académico Gimnasio Pedagógico Comfenalco

por causa del virus: uso del tapabocas, el lavado de manos y el distanciamiento, solo con estas tres directrices el ejercicio en las aulas de clase con niños de preescolar se vio alterado, se tomaban tiempos de las clases para iniciar la sensibilización en los niños de estas nuevas rutinas, en este ejercicio la lúdica siempre estuvo presente, el diálogo casa/colegio fue de vital importancia, posterior a ello el Ministerio de Educación emitió la Circular N° 20 del 16 de marzo de 2020⁵, en ella ya se informaba del confinamiento para los niños, el receso de las clases y cómo las instituciones educativas debían prepararse para iniciar el ejercicio de clases remotas con el fin de mantener procesos educativos desde casa, se modificó el calendario académico trayendo como consecuencias los cambios educativo y emocionales en la comunidad educativa.

En este nuevo inicio, la rectoría de la institución emite una circular a los padres de familia donde se les informa el comienzo del período vacacional para los estudiantes, mientras tanto los docentes y el cuerpo directivo tenía reuniones constantes, ahora mediadas por las TIC, para organizar los procesos académicos desde un entorno remoto y así brindar bienestar a las familias de la institución educativa. Durante este período vacacional se organizaron grupos por Whatsapp con el fin de mantener la comunicación con las familias, en ellos se les enviaban videos desde el área de bienestar con el fin de dejarles palabras de aliento y de cómo llevar la convivencia desde el confinamiento. El 13 de abril de 2020 la rectoría emitió una circular informando el retorno a las clases mediadas por plataformas con horarios específicos y el uso de guías integradoras para el trabajo en casa, además de ello, el organizar un espacio en casa solo para el estudiante donde tuviera la comodidad para recibir sus nuevas clases.

Para dar inicio al proceso se hace reunión de padres de familia con los diferentes grados que la institución ofrece, el enfoque de las reuniones era enseñar a los padres de familia o cuidadores la nueva metodología de trabajo, pues ellos se van a convertir en los nuevos maestros desde casa; después de estas reuniones reinician las actividades académicas, con un enfoque de bienestar para

poder explicarle a los niños, de la forma más didáctica, el porqué es necesario quedarse en casa, por qué mantener un adecuado lavado de manos y por qué evitar el contacto estrecho con las personas, desde lo creativo, enseñarles un nuevo saludo que no implique contacto físico, y poco a poco en el ejercicio de las clases virtuales llevarlos al entrenamiento del uso del tapabocas, la finalidad fue llevarlos a tomar conciencia de lo importante que es el autocuidado.

No fue fácil avanzar con la programación de las temáticas, aunque se había flexibilizado el currículo, los padres no estaban preparados para este ejercicio, los docentes aunque manejaban muy bien las plataformas antes de la pandemia no estaban preparados para ser maestros virtuales, las planeaciones eran ensayo, error, corrección, adaptación; se destinaban días para el trabajo emocional en los niños y, en otros días, se realizaban actividades de integración familiar para dar una mejor dinámica desde el confinamiento.

Poco a poco el estar encerrados, el temor a salir, el aumento de los contagios y los diarios decesos de personas hacían que todos se fueran acostumbrando a esa nueva normalidad y así se pasó casi un año académico encerrados donde las izadas de bandera, los días de la madre, del padre, de la familia, actividades de cocineritos, se hacían desde casa y en familia, lo positivo de la situación es que los padres podían ver crecer a sus hijos y ser partícipes de estos procesos; los proyectos de educación sexual y cuidado del cuerpo se seguían trabajando desde casa, la huerta escolar se denominó huertas caseras, donde siempre se rescataban aspectos positivos de la educación desde casa mediada por las tecnologías.

CULMINA UN AÑO E INICIA OTRO

Finaliza el año escolar 2020 y una nueva incertidumbre crece en los padres de familia, profesores y en la planta directiva ¿Hasta cuándo vamos a estar encerrados?, ¿Continuará la

educación virtual? ¿Habría alternancia?, es así como algunos padres prefieren dejar a sus hijos sin estudio, ya que la población que atiende la institución son niños entre los 3 y los 5 años. Si bien desde junio se hablaba de alternancia, mediante la directiva N° 13 que expidió el Ministerio de Educación Nacional el 3 de junio de 2020⁶ se dieron a conocer los “lineamientos para la prestación del servicio educativo en casa y en presencialidad bajo el esquema de alternancia y la implementación de prácticas en la comunidad educativa”, esta hacía énfasis en los procesos educativos que necesitaban presencialidad como los laboratorios, lo cual no aplicaba para que el preescolar abordara un retorno, si bien existía una gran posibilidad a un retorno gradual, aún no era seguro que los niños regresaran; el entrenamiento que se dio durante el año era necesario mantenerlo y esperar que otras instituciones regresaran bajo un nuevo esquema, era necesario para aprender de ellas y tener certeza de un retorno a los ambientes de aprendizaje; el 24 de septiembre, según Resolución 1721 del Ministerio de Salud y la Protección Social⁷ se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus en las instituciones educativas, luego, el 9 de octubre, según la Directiva Ministerial N° 19⁸, se asume un posible retorno a las instituciones mediante una modalidad llamada alternancia, esta nueva directriz viene acompañada de la estructuración de las instituciones según los parámetros establecidos por la Resolución 1721⁹, la institución realiza sus proyecciones inicia un ejercicio de adecuación, pero no se da una apertura gradual, además según las estadísticas a corte del 25 de noviembre las cifras no eran alentadoras 1.270.991 casos positivos para Covid-19, solo 8.497 casos en esas últimas 24 horas y 35.860 decesos según reporte de la Organización Panamericana de la Salud, OPS¹⁰. Con tanta incertidumbre se termina un año escolar, los grados de los niños de transición, se organizaron desde la virtualidad, en una pantalla sin el contacto con las personas y sus compañeros de clase, se realizan los protocolos respectivos de asepsia para enviar las togas y diplomas a cada una de las casas, de igual forma para devolverlas,

el temor se mantenía y debíamos cuidarnos; un año atípico culmina el 2020 y se inicia la programación para el 2021.

El 2021 llega con gran temor, la pandemia continua, el plan académico se proyecta con el fin de seguir con los encuentros virtuales, las guías integradoras, el envío de videos explicativos para padres sobre la orientación de tareas, acompañado de videos desde el área de bienestar con talleres de aliento, positividad, manejo de las emociones para padres e hijos, y comunicación asertiva. Se mantuvo la planta docente, no se cumplió la meta de ingreso de estudiantes, pues aparte del temor del contagio de la Covid-19 inicia un nuevo temor en los padres y es el de orientar tareas y hacer seguimiento en los niños ya que la gran mayoría estaba con trabajo en casa y si ayudaban a sus hijos descuidaban el trabajo.

De iniciar con 108 estudiantes en el 2020 a iniciar con 75 estudiantes en el año 2021 ya hay una diferencia y se evidencia el temor e incertidumbre de los padres a continuar con el ejercicio virtual, se mantienen las clases virtuales, las vivencias del año anterior permitieron mejorar los procesos de los encuentros con niños, se bajó la intensidad en los encuentros, se realizaban pausas activas en cada momento de las clases y desde un principio se inicia el entrenamiento para un posible retorno a las aulas de clase, este entrenamiento consistía en enseñar desde la distancia a los niños: el lavado de manos constante mediante actividades y canciones que los llevaban a hacer conciencia de su importancia, de la duración y de la forma correcta de hacerlo, esto se daba mediante las sesiones virtuales, las docentes hacían pausas en las actividades académicas y les pedían a los niños que se dirigieran al lavamanos y realizaran el ejercicio de lavado de manos.

Luego se retomaba el ejercicio de clases, el uso del tapabocas, para ello se le pedía a los padres de familia que una vez se conectaran los niños a los encuentros sincrónicos ellos debían tener el tapabocas puesto, al igual la docente y así mantener el entrenamiento, se hacían actividades donde se abordaba la importancia de su uso, se

enseñaba cómo se quitaba, dónde lo debíamos poner y cómo se lo debían colocar, el tiempo del uso poco a poco se fue aumentando hasta que los niños lo mantenían durante toda la sesión de clase, en el trabajo sobre el distanciamiento, se realizaron actividades lúdicas, las docentes elaboraban obras de teatro virtuales donde se llevaba a que el niño entendiera la importancia de este distanciamiento, todos los días, al iniciar la sesión virtual, se practicaba un saludo donde no existía el contacto físico, el cruzar los brazos en forma de abrazo y hacer la mímica de lanzar besos con las manos era el nuevo saludo cordial y amigable, de esta manera se evitaba el contacto físico como parte de ese entrenamiento.

Compartir alimentos fue otro ejercicio que se trabajó, pues los niños son dados a brindar a sus compañeros lo que llevan en sus loncheras, este aspecto tan importante se tenía que evitar, por ello dentro del ejercicio de los encuentros virtuales había espacios dirigidos para la toma de la lonchera y allí las docentes, con diferentes estrategias, llevaban a los niños a comprender que ya no podían compartir sus alimentos con ningún compañero, ya que esto prevenía el contagio del virus; estos aspectos era a los que se les daba más importancia en este entrenamiento para un posible retorno, las profesionales de apoyo de la institución tenían intervenciones con los niños para hablar sobre las emociones, abordaban temáticas sobre pérdidas, a muchas familias se les hacía acompañamiento vía telefónica y mediante video llamadas para acompañarlas en el dolor de una pérdida y seguimiento emocional ante contagios en la familia.

Finalmente, el día llegó, todo el entrenamiento era hora de ponerlo en práctica, a las instituciones educativas el Comité de Alternancia Municipal debía hacer la visita para verificar los cumplimientos de los protocolos y ajustes en cada espacio para recibir de forma biosegura a los estudiantes para la alternancia educativa, después ellos emitían un comunicado municipal donde se anunciaba que la institución podía funcionar.

PRIMER MOMENTO DEL RETORNO

Para poder iniciar el retorno gradual, bajo el modelo de alternancia, las docentes debían estar vacunadas al menos con la primera dosis, aun con esto el temor de volver a tener niños en el aula para ellas era latente, no solo para ellas, un 50% de los padres aceptaron retornar a sus hijos bajo esta modalidad, pero ¿cómo se iba a manejar la alternancia? De acuerdo con los establecido en los protocolos y en el modelo de alternancia, que fueron socializados con los padres de familia, cada grupo se iba a dividir en dos subgrupos y se realizaría un horario rotatorio para asistencia a clase, mientras un subgrupo se encontraba en el colegio el otro subgrupo, que estaba desde casa, recibía las clases mediante un encuentro sincrónico, en las instalaciones del colegio pasaba igual, la toma de la lonchera debía hacerse en los salones, los lugares comunes como la ludoteca, el mini apartamento, los patios de juegos debían ser usados en diferentes horarios y el material lúdico como fichas de armar y elementos difíciles de descontaminar se guardaron para evitar contaminación, de igual forma, el ingreso a las instalaciones de la institución cambió, antes los padres ingresaban hasta cada salón de clases y ahí dejaban a sus hijos, ahora se tenían dos horarios de ingreso con tal de evitar aglomeraciones en la entrada y salida, los padres llegaban hasta la entrada donde al niño se le aplicaba alcohol en las manos, zapatos, loncheras y bolsos para poder ingresar, una vez dentro de la institución los niños debían pasar directo al lavamanos para realizar el ejercicio de lavado y así ingresar al salón, en el salón sacaban sus útiles y se les aplicaba gel antibacterial para iniciar el ejercicio. Cabe resaltar que se mantenía el uso constante del tapabocas.

Así empezó todo, se evidenció la eficiencia en el entrenamiento que se había realizado desde el año anterior y lo transcurrido de este año 2021, cada hora se enviaban a los niños al baño para realizar lavado de manos, los niños demostraron que sí es posible ser disciplinados al mantener estas nuevas

reglas de convivencia, siempre estaban atentos en el distanciamiento y recordaban a los demás, que no podían compartir lápices, colores, ni comida, los abrazos no eran físicos, había señas que se hacían para demostrar el cariño que las profesoras tenían hacia los niños y que estos aún se sintieran queridos por su maestra sin tener ese contacto que tanto anhelaban. Dentro del ejercicio académico se empezaron a ver falencias en el desarrollo de algunas competencias, que poco a poco se fueron subsanando, se seguían trabajando temáticas desde lo emocional como la resiliencia, las emociones, el regreso al colegio sin retorno al pasado, y con los padres se trabajaban temáticas que abordaban el aceptar las dificultades de los hijos, el desarrollo de la autonomía y la disciplina positiva.

UN NUEVO COMIENZO

El año 2022 es el año del nuevo comienzo, la pandemia sigue, pero hay más control de ella, los años anteriores nos enseñaron a manejar cada situación en nuestros niños, los protocolos en la institución continúan con el mismo rigor pues estamos salvaguardando la integridad de nuestros estudiantes y nuestros docentes, además la Directiva N° 8 del 29 de diciembre de 2021 emitida por el Ministerio de Educación Nacional permitió la presencialidad del 100%¹¹ sin restricción en el aforo en las instituciones educativas, es así como los padres de familia menos temerosos matriculan a los niños en la institución y los estudiantes antiguos que no lograron el proceso de alternancia vuelven con alegría al colegio, el ejercicio académico poco a poco se da en la normalidad, se elimina el distanciamiento social, a lo que de nuevo hay que socializar con los niños, pues debemos reaprender en la convivencia diaria, es agradable ver en el rostro de un niño y de su profesora cuando es posible el contacto físico y se pueden dar abrazos, era lo que más les hacía falta a estos dos actores, resalta la importancia de compartir con los semejantes, de disfrutar cada momento, la importancia de la salud mental en los niños, en los docentes, en los padres de familia,

a valorar cada minuto, cada segundo, a entender más a los infantes, que la educación siempre debe estar en constante transformación, se reafirma el modelo pedagógico donde el estudiante es el centro de acción.

Aún se mantiene el lavado de manos constante, la desinfección de los materiales lúdicos, el no ingreso de los padres de familia a la entrada y salida ya que la institución es una burbuja biosegura, aún se usa el tapabocas, y se hace seguimiento de los cambios en el estado de salud de los niños, continúa la capacitación de los padres de familia desde el ejercicio emocional, se aprende cada día de las grandes enseñanzas que dejan los niños y se espera el día que ya no se deba hablar de la Covid-19 como algo presente si no como una experiencia del pasado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maguiña Vargas, C., Gastelo Acosta, R. & Tequen Bernilla, A. El nuevo coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana* [Internet] 2020 [Consultado 3 marzo 2022]; 31(2), 125-131. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
2. Ministerio de Salud y la Protección Social. (06/03/2020). Boletín de Prensa No. 050 de 2020. (M. d. social, Productor) Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%206%20de%20marzo%20de,una%20paciente%20de%2019%20a%C3%B1os>.
3. Resolución 385/2020, del 12 de marzo, por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus Covid-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. (Ministerio de Salud y la Protección Social, número 385, del 12 de marzo de 2020).
4. Circular N° 19/2020, del 14 de marzo, orientaciones con ocasión de la declaratoria de emergencia sanitaria provocada por el coronavirus Covid-19 (Ministerio de Educación Nacional, número 19, del 14 de marzo de 2020).

5. Circular N° 20/2020, del 16 de marzo, medidas adicionales y complementarias para el manejo, control y prevención del coronavirus Covid-19 (Ministerio de Educación Nacional, número 20, del 16 de marzo de 2020).
6. Directiva N° 13/2020, del 3 de junio, recomendaciones para desarrollo de actividades académicas en laboratorios prácticos y de investigación en instituciones de educación (Ministerio de Educación Nacional, número 13, del 3 de junio de 2020)
7. Resolución 1721/2020, del 24 de septiembre, por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus Covid-19 en instituciones educativas, instituciones de educación superior y las instituciones de educación para el trabajo y desarrollo humano (Ministerio de Educación Nacional, número 1721, del 24 de septiembre de 2020)
8. Directiva N° 19/2020, del 9 de octubre, orientaciones para la implementación del plan de alternancia educativa que contemple la implementación del protocolo adoptado en la Resolución 1721 del 24 de septiembre de 2020 (Ministerio de Educación Nacional, número 19, del 9 de octubre de 2020).
9. Resolución 1721/2020, del 24 de septiembre, por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus Covid-19 en instituciones educativas, instituciones de educación superior y las instituciones de educación para el trabajo y desarrollo humano (Ministerio de Educación Nacional, número 1721, del 24 de septiembre de 2020).
10. Organización Panamericana de Salud. Reporte situación Covid-19 Colombia. [Internet] 25 de noviembre de 2020 [Consultado 23 febrero 2022]. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-covid-19-colombia-no-184-25-noviembre-2020>
11. Directiva N° 8/2021, 29 de diciembre, orientaciones para la prestación del servicio de manera presencial y sin restricciones de aforo en la totalidad de establecimientos educativos oficiales y no oficiales del país, desde educación inicial hasta educación media (Ministerio de Educación Nacional, número 8, 29 de diciembre de 2021).