

ISSN 2463-1124



Revista CUIDAR



Invita:
Programa de Enfermería
Informes: PBX: (6) 7451544



Filial de:



Diego Fernando Jaramillo López

Rector
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Adriana Gutiérrez Salazar

Vicerrectora Académica
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Luz Lahiri Cortes Gálvez.

Decana Programa de Enfermería
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Paola Orozco Santos.

Coordinadora de Investigación
Programa de Enfermería.

Edición

Diana Marcela Rengifo Arias.

Corrección de estilo

Aura María Barahona Luna

Diseño

Juan Pablo Ortiz Caicedo

Los textos publicados en esta revista pueden
ser reproducibles citando la fuente.

Estado legal: ISSN 2463-1124
Septima edición.
Publicación de circulación semestral
Armenia, Colombia
Noviembre, 2018.

Los artículos que aparecen en esta revista fueron elaborados por estudiantes del Programa de Enfermería, con el apoyo y acompañamiento de las docentes encargada de los Seminarios de investigación.



CONTENIDO

Editorial	9
Artículo de Investigación	
Conocimiento de la lactancia materna en un grupo de mujeres lactantes mayores de 14 años del departamento del Quindío. <i>(Avendaño Benavides, Vélez Guerra, Vélez Zapata, Montilla Muñoz)</i>	14
Relación entre Alimentación, patrones de crecimiento estrato socioeconómico, en un grupo de niños de la ciudad de Armenia – Quindío. <i>(Barrientos, Castillo, Domínguez, Mejía, Solano)</i>	24
Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la Depresión. <i>(Anturi, Giraldo, Jiménez)</i>	35
Situación de enfermería	
Diabetes mellitus tipo 2: una Experiencia desde el Modelo del Sistema conductual. <i>(Barrientos, Guarín, Mejía, Solano)</i>	46
Artículos de Revisión	
Transición de las Personas que conviven con VIH/Sida desde la Teoría de las transiciones de Afaf Ibrhaim Meleis. <i>(Aldana, Barragán, Hurtado, Valderrama)</i>	60
Síndrome de Burnout y el personal del Área de la Salud de acuerdo con la Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy. <i>(Amelines Rojas, Londoño Londoño, García Vargas.)</i>	75
Desarrollo de los Cuidados Paliativos por Enfermería según la Teoría del cuidado. <i>(Aranda Guatame, Giraldo Ocampo, Mompotes Meneses, Ruiz Tello)</i>	92

Memorias XI Encuentro de investigación en enfermería: Experiencias de investigación formativa para un cuidado con calidad y construcción del cuidado de enfermería.

Diseño de Instrumento de Valoración de Agencia de Autocuidado con Enfoque en Sexualidad. <i>(Triana Ocampo, Carvajal Ramírez)</i>	111
Un Modelo de Atención para el Sufrimiento psíquico: más allá de la Mente. <i>(Gallego Erazo, Hurtado Gómez, López Gil, Peñalosa Beltrán).</i>	112
Concepto de cuidado en el postconflicto con base al conocimiento y experiencia de enfermeras y expertos. <i>(Chilito Sánchez, Jiménez Jaramillo, Marín Díaz, Zamorano Salgado)</i>	113
Estandarización del Cuidado en Pacientes con Hemodiálisis. Revisión sistemática. <i>(Burbano Garcia, Miguez Restrepo, Ospina Acevedo)</i>	114
Bioseguridad del Paciente desde un Contexto de Políticas Públicas. <i>(Ospina Buitrago, Nieto Solano, Zapata Restrepo, Mora Espinoza)</i>	115
Obesidad, Enfermedad del Siglo XXI en el marco de las Políticas Públicas. <i>(Peláez Tamayo, López Acosta, Vásquez Álzate, Mora Espinoza)</i>	116
Modelo de Cuidado de Enfermería para las Personas no Oyentes. <i>(Franco Gallego, Toro Rubiano)</i>	117
El diario vivir después de un Accidente Cerebrovascular, una mirada desde la Teoría Bioética Sinfonológica. <i>(Tapias T, Núñez A, Correa D, Muñoz D, Hurtado L, Castaño M.)</i>	118
Enfermedad Renal Crónica vista desde la Teoría de la Incertidumbre propuesta por Merle H. Mishel. <i>(Ibarra, Londoño, Quintero, Villegas)</i>	119
Modelo de cuidado de Enfermería en un marco de reconocimiento de la diversidad de género: “un paradigma sin hegemonía de género. <i>(Álzate Betancourt, Loaiza Tabares, Marín Oviedo, Tique Poloche.)</i>	120

Experiencias de la investigación formativa

La formación de los futuros profesionales de enfermería en Colombia, requiere del desarrollo de múltiples conocimientos, habilidades y actitudes que beneficien una atención integral de salud otorgada a los individuos y comunidades; para lo cual se cuenta con una sólida formación científica y técnica en el campo correspondiente de las ciencias de la salud, en nuestro caso la ciencia del cuidado enfermero sustentada en el conocimiento y comprensión de las ciencias básicas, sociales, humanística, ética y deontológica, desde la cual puedan obrar con responsabilidad y justicia social para en lo posible, potencializar la experiencia de vida individual y grupal de los seres humanos.

El desarrollo de estas competencias suponen grandes y responsables esfuerzos de cada una de las comunidades académicas y profesionales para planear, orientar, ejecutar y evaluar las acciones educativas tendientes a formar profesionales idóneos y de calidad, que puedan impactar realmente en la sociedad, no solo desde el trabajo disciplinar sino desde perspectivas inter y transdisciplinarias, donde la investigación juega un papel fundamental para la flexión y el mejoramiento continuo de las prácticas profesionales, que son reconocidas por el Ministerio de Salud puesto que permiten retroalimentar los resultados en aspectos curriculares, reconocer e integrar el conocimiento de las comunidades sobre salud y sus propias intervenciones, incorporándolas para la transformación de sus realidades e incidir en las políticas públicas, sociales, de salud y del medio ambiente en pro del beneficio de todos.

Desde esta realidad, la investigación se comprende como una herramienta de gran utilidad para la toma de decisiones efectivas, sin embargo en ciencias de la salud, la mayor parte de la investigación se realiza en entornos académicos, por lo cual resulta urgente comprender la necesidad de ser competentes para al menos reconocer los aportes de la investigación en salud y para utilizar y aplicar apropiadamente sus resultados, desde lo cual los profesionales del área podrían reconocer sus propias limitaciones y la necesidad de actualización

permanente en las competencias inherentes a la práctica y desempeño profesional respectivos, mejorando los estándares de calidad y promoviendo practicas humanizadas.

Particularmente la ciencia de enfermería, ha reconocido el impacto de la investigación desde su práctica cotidiana y ha desarrollado el Proceso de Atención de Enfermería como el método empírico para la comprensión de las experiencias en salud y los fenómenos de cuidado que deben atender durante su práctica profesional. Por esta razón, nunca nos cansaremos de afirmar que enfermería debe desarrollar este proceso en cualquier contexto de la atención en salud donde se encuentre un enfermero; el poder garantizar las condiciones propicias para que dicho proceso se desarrolle de forma adecuada es el reto que debemos asumir la generación presente de Profesionales de enfermería, no solo porque negar la existencia y utilidad del mismo, es perpetuar las inequidades en salud existentes en el mundo, sino porque seríamos la generación que condeno a la enfermería a ser vista como una labor técnica (cuestión que ha tomado fuerza en diferentes lugares del mudo y actualmente tiene a nuestros colegas argentinos en las calles pidiendo ser reconocidos como profesionales del sector salud), retrocediendo más de un siglo en la historia profesional de la enfermería.

Siendo conscientes de estos riesgos, los actuales formadores de la generación de relevo en enfermería pretendemos mantener la llama del conocimiento disciplinar encendida, por lo cual cuestionamos constantemente aquellas mentes que decidieron emprender el camino del cuidado profesional, confiando en que la inquietud que caracteriza a las nuevas generaciones contribuirá de forma significativa al cumplimiento de nuestro deber moral y al posicionamiento de la enfermería como una profesión trasformadora; en respuesta a esta confianza el día de hoy podemos desarrollar el XI Encuentro de investigación en enfermería CUE AvH, que actualmente convoca a los mejores trabajos desarrollados en el marco de la investigación formativa dentro de los diferentes Seminarios de Investigación propuestos en la malla curricular y a experiencias formativas similares desarrolladas por nuestros programas hermanos.

Además, tenemos el privilegio de compartir la octava edición de la Revista CUIDAR, la cual es un proyecto en crecimiento y con un increíble potencial de mejora, al cual los invitamos a vincularse de forma activa, puesto que somos conscientes de que los grandes resultados requieren de grandes sincronías.

De antemano agradecemos a todos por acudir a nuestro llamado y esperamos recuerden siempre que la Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt está dispuesta a contribuir en el desarrollo del conocimiento de enfermería, pero más importante aún, en el crecimiento de las personas, familias y comunidades de nuestra sociedad; por último, queremos enviar un afectuoso saludo a nuestros colegas argentinos y nuestros mejores deseos para que se reivindiquen sus derechos profesionales y se legitime por parte del Estado Argentino el impacto que tiene la Profesión de enfermería en el cuidado de la salud y en el desarrollo social, porque como lo expresa la compañía Johnson & Johnson “las enfermeras cambian vidas y eso lo cambia todo”

Luz Lahiri Cortes Galvez.

Decana del Programa de Enfermería

Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt.



XI ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CUE AVH

EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA UN CUIDADO CON CALIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Artículos de Investigación



Filial de:



CONOCE MÁS EN:

cue.edu.co

MÁS INFORMACIÓN

Programa de Enfermería

Sede Alcázar / Cl. 4N #13-05

PBX:(6) 7451544 / info@cue.edu.co

Conocimiento de la lactancia materna en un grupo de mujeres lactantes mayores de 14 años del departamento del Quindío.

Avendaño Benavides LA¹, Vélez Guerra DL², Vélez Zapata SD³, Montilla Muñoz JM⁴

Resumen

La lactancia materna (LM) es la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre; se recomienda esta práctica de forma exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido, siendo la forma ideal de aportar los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable. Las ventajas de la LM impactan principalmente al bebé, la madre, la familia y el país; y según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el riesgo de morir de niños menores de un año de edad alimentados artificialmente es de tres a cinco veces mayor que para los alimentados del seno materno; Sin embargo en Colombia esta práctica continúa en descenso, razón por la cual se pretende conocer ¿Cuál es el nivel de

conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de un grupo de madres en el departamento del Quindío? Estudio cuantitativo, de alcance descriptivo y corte transversal; muestra teórica desde elementos del Teorema del límite central; población conformada por mujeres lactantes asistentes a un programa gubernamental. Se encontró que el 30 % de las mujeres tenían edades entre los 23 a 26 años, 46,6% viven en unión libre y el 66,6% trabajan como empleadas; 50% tenían un nivel medio de conocimientos sobre LM y reconocían su importancia, un 36,6% no conoce el tiempo exacto que se recomienda para LM exclusiva. El grupo de madres requieren fortalecer información, por parte de un profesional de salud, y/o personal certificado, sobre los conocimientos, beneficios y prácticas de la lactancia materna exclusiva.

Palabras Claves: lactancia materna, conocimiento, importancia, beneficio y técnica.

Abstract

Breastfeeding is the natural action of feeding the baby food produced by the mother; this practice is recommended exclusively for the first six months of the newborn, being the ideal way of providing the nutrients they need

1. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: lavendano73218@cue.edu.co

2. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: dvelez732818@cue.edu.co

3. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: svelez732918@cue.edu.co

4. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: imontilla733418@cue.edu.co

for healthy development and growth. The advantages of the Breastfeeding impact mainly to baby, mother, family, and country; and according to the Pan American Health Organization (PAHO) the risk of death of children under a year of age fed artificially it is three to five times greater than for the fed in the womb; However in Colombia this practice continues to decline, reason why is to know what is the level of knowledge about the exclusive breastfeeding of a group of mothers in the Department of Quindío? Quantitative study of descriptive scope and cross-cutting; shows theoretical from elements of the central limit theorem; population by lactating women attending a government program. We found that 30% of the women were aged between 23 and 26 years, 46.6% live in common-law union and 66.6% work as employees; 50% had higher average knowledge about LM and recognized its importance, 36.6% do not know the exact time that is recommended for exclusive Breastfeeding. The Group of mothers required to strengthen information, by a professional health, or personal certificate, knowledge, benefits and exclusive breastfeeding practices.

Key Words: Breastfeeding, knowledge, importance, benefit and technique.

Introducción:

Según el Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020; la lactancia materna (LM) es la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una

madre sustituta que asuma ese papel ¹ además, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) se recomienda como imprescindible esta práctica de forma exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido ².

La LM es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida ³.

Las ventajas de la LM se pueden clasificar principalmente entre las ventajas para el bebé, las ventajas para la madre, las ventajas para la familia y las ventajas para el país ¹, las cuales se muestran en el Cuadro 1.

La OPS señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año de edad alimentados artificialmente, es de tres a cinco veces mayor que para los alimentados del seno materno. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiesta por enfermedades diarreicas. Solo en Latinoamérica hay de 500 mil muertes anualmente en menores de cinco años, resultantes de infecciones intestinales. El riesgo de morir asociado con la alimentación artificial es de 14 veces mayor ⁴.

En Bolivia se estudió un total de 40 madres que asistieron a un Centro de Salud. Quienes en un 45 % manifestaron no conocer el tiempo exclusivo de LM, el 40 % dieron LM

Cuadro 1. Ventajas de la LM

Para quién	Ventajas
Niños y niñas menores de dos años	<p>Favorece el crecimiento y desarrollo físico e intelectual de los niños.</p> <p>Satisface su sed y sus necesidades alimentarias.</p> <p>El calostro regula la digestión del bebé, además de contener defensas para protegerlo de enfermedades e infecciones.</p> <p>Previene y combate diarreas, problemas respiratorios, problemas digestivos, diabetes, alergias, desnutrición y deshidratación.</p> <p>Beneficia el vínculo afectivo y emocional del bebé con su madre.</p>
Las madres	<p>Se reduce la mortalidad y las hemorragias posparto, y eso disminuye el riesgo de anemia.</p> <p>Disminuyen el riesgo de contraer cáncer de seno o cáncer de ovarios.</p> <p>La leche se produce más rápido y en mayores cantidades si se amamanta con frecuencia y desde las primeras horas del nacimiento del bebé.</p> <p>La LM ayuda a que el útero vuelva pronto a su tamaño ideal y colabora a la pérdida de sobrepeso al utilizar más calorías de lo normal.</p> <p>Disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento.</p> <p>Disponibilidad inmediata para satisfacer el hambre o sed de su bebé.</p> <p>Beneficia el vínculo de amor con su bebé al sentir confianza y afecto por su hijo.</p>
La familia	<p>Aminora las posibilidades de contagio de enfermedades a los niños.</p> <p>Mejora la situación económica familiar al no tener que gastar dinero en leches de fórmula, biberones, entre otros.</p> <p>Mejora los vínculos afectivos entre los pertenecientes a la familia.</p>
La sociedad	<p>Se reducen en general los gastos en salud para el país.</p> <p>Se disminuye la morbimortalidad infantil.</p> <p>Mejorará la productividad nacional e internacional.</p> <p>Se favorece al medio ambiente, al reducirse los desperdicios de alimentos sucedáneos de la leche materna.</p> <p>Se crea conciencia nacional sobre la importancia de mantener y suministrar un recurso fundamental para el desarrollo de la sociedad.</p>

Fuente: Ministerio de la Protección Social

junto con leche de vaca y/o leche artificial durante el tiempo exclusivo de lactancia, el 57,5 % consumen bebidas alcohólicas durante el período de lactancia y el 30 % sufren de complicaciones clínicas en la glándula mamaria durante el período de lactancia ⁵, datos que permiten evidenciar que el conocimiento sobre LM que tienen las madres es insuficiente e inadecuado lo cual genera un abandono de la lactancia, observándose que los niños atendidos en el sector privado, en promedio reciben pecho por 1,5 meses más que los del público. Al explorar los motivos de abandono de LM, se observó que el principal motivo de abandono en las madres de niños atendidos en el sector privado fue "me quedé sin leche", mientras que en el público los motivos son más variados ⁶. Además, en las prácticas relacionadas con la alimentación complementaria, se observó que la introducción inoportuna de alimentos es una práctica que afecta a cerca de la mitad de los niños, indistintamente del centro asistencial y de la recepción de información sobre la forma adecuada de introducir los alimentos [43,9 % (IC95 % 36,9 - 51,1 %) en las madres que recibieron información y 52,6 % (IC95 % 31,0 - 73,3 %) en las que no recibieron] ⁶.

En Colombia de acuerdo a la situación nutricional mostrada por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS, de Profamilia del 2010, la LME (lactancia materna exclusiva) en menores de seis meses fue 42.8 %; en el área urbana 43.7 % y en el área rural el 40.5 %, mostrando disminución en las cifras con respecto a la ENDS 2005 ⁷.

A pesar de que se ha mostrado la importancia de los programas de protección y promoción de la LM, esta práctica continúa en descenso. Los programas están orientados a satisfacer las necesidades de los lactantes, sin reconocer a la mujer en su individualidad frente a la decisión de lactar y como un sujeto que construye sus conocimientos, significados y valores alrededor de la lactancia desde su lugar social, como un asunto propio que se da en un espacio privado.

Probablemente esta orientación ha contribuido a que las madres conozcan los beneficios de la leche materna para los niños pero no las ventajas para ellas mismas. En este sentido es necesario entender la lactancia como una práctica con fuertes elementos de orden cultural y afectivo, que deben asumirse más allá del punto de vista biológico. Esta práctica requiere ser incorporada y aprehendida por la mujer en el contexto de su propia historia de crianza y de sus funciones sociales, entre ellas el rol de la maternidad, entendido este como un fenómeno inscrito en el campo social, cultural y afectivo ⁷.

En la búsqueda bibliográfica no se encontraron datos sobre los conocimientos de LME en las madres lactantes del departamento del Quindío, por lo que es importante investigar ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la LME de las madres que asisten al programa FAMI en el departamento del Quindío?

Metodología:

Se realizó un estudio de investigación cuantitativa de alcance descriptivo, con una muestra teórica desde elementos

desarrollados en el Teorema del límite central, donde $n=30$, la población de estudio estuvo conformada por mujeres lactantes mayores de 14 años que asisten al programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI) en el departamento del Quindío, cuyos hijos tenían edades comprendidas entre los cero y seis meses de edad.

Se aplicó a las madres, el cuestionario Nivel de Conocimiento sobre LME, con previo consentimiento informado, con el fin de conocer el nivel de conocimiento sobre LME de las madres que asisten al programa, este instrumento cuenta con tres dimensiones las cuales son: importancia de la LME, donde se evalúa las características en relación a cuándo se debe iniciar la LM, hasta qué edad, la razón principal que en conjunto van a medir el nivel de conocimiento de las madres lactantes; los beneficios de la LME evalúa la vinculación afectiva tanto para la madre lactante y el niño; y por último las técnicas de la LME evalúa las características de succión efectiva amamantamiento correcto, postura correcta, agarre correcto, posición correcta de la madre lactante; de una serie de opciones presentadas a las madre en las cuales solo puntúan las respuestas correctas, este puntaje se totaliza inicialmente para cada una de las dimensiones y al final para obtener el puntaje total del nivel de conocimiento de las madres, estos datos se tabularon mediante el programa Excel 2013, empleando estadística descriptiva.

Resultados

Se puede apreciar sobre las madres que asisten al programa FAMI de cero a siempre), presento una edad de 27.7 años con una desviación estándar (D.E) de ± 7.00 años con un mínimo de 19 años y un máximo de 43 años. Agrupándose de forma prevalente en edades entre los 23 a 26 años con un 30%, seguido por un 26.6% que agrupa a las madres entre las edades de 19 - 22 años y con menor impacto el 10 % de aquellas que tienen más de 39 años.

Grafica 1. Distribución de frecuencia según las edades de las madres



Fuente: autor

Se evidencio en la relación de las características sociodemográficas, que el mayor porcentaje de las mujeres lactantes como situación civil unión libre puesto que el 46,67 % conviven con su pareja sin formalismos sociales, el 33,33 % se encuentran solteras o sin vinculo marital y en menor porcentaje 20,00 % se encuentran casadas por la iglesia o matrimonio . En cuanto a la procedencia, la mayoría de madres

lactantes de la ciudad de Armenia con un 86,67%, con respecto a la ocupación de las madres lactantes el 66.67 % se dedicaban a alguna actividad donde son reconocidas como empeladas y dirigidas por un jefe.

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas

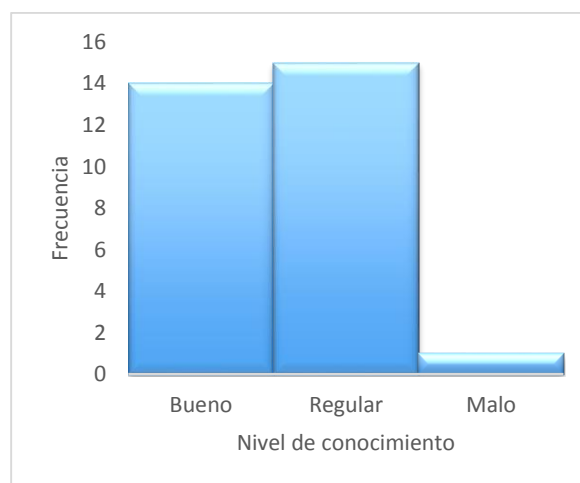
Características sociodemográficas	fi	%
Estado civil		
Solteras	10	33,33
Conviviente	14	46,67
Casada	6	20,00
Procedencia		
Armenia	26	86,67
Calarcá	1	3,33
Montenegro	2	6,67
Apia	1	3,33
Ocupación		
En casa	8	26,67
Empleada	20	66,67
Estudiante	2	6,67

Fuente: autor

En cuanto al nivel de conocimiento sobre LME de las madres se puede observar que el 46,67 % tenían un nivel de conocimiento alto, el 50 % tenían un nivel de conocimiento medio, y el 3,33 % tenían un nivel de

conocimiento bajo. Con estos hallazgos positivos se debe a los programas impulsados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), mediante el programa FAMI, donde se les da a las madres componentes educativos, de salud y nutrición (como la LME para los bebes menores de seis meses), con el fin de fortalecer los vínculos afectivos y así conocer el desarrollo evolutivo de los niños.

Grafica 2. Distribución de frecuencia según el nivel de conocimiento sobre LME.

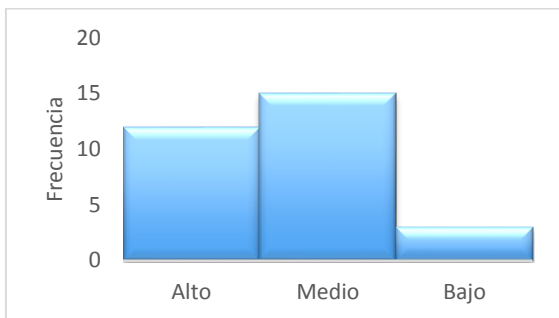


Fuente: autor

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la importancia de la LME de las madres, mostraron que un 50 % tienen un conocimiento medio, mientras que el 40 % presentan un nivel alto y el 10 % restante bajo. Esto indica que si bien hay un gran porcentaje el 90 % de madres que conocen que la mejor opción es dar LM a sus hijos, y el 83,3 % respondieron que la razón principal por la que les dan leche materna es porque le da nutrientes necesarios además de

prevenir enfermedades respiratoria y diarreicas.

Grafica 3. Distribución de frecuencia según el nivel de conocimiento sobre la importancia de la LME



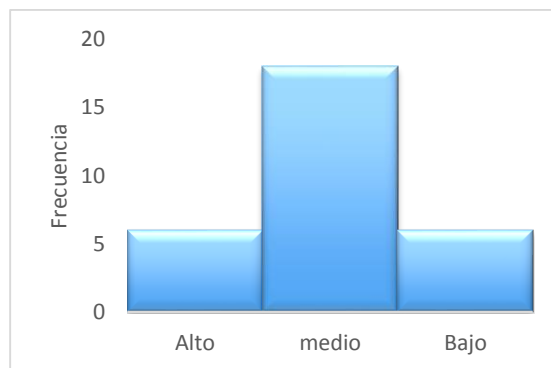
Fuente: autor

Así mismos, consideran que es la alimentación ideal para el bebé por lo que les aporta los nutrientes y factores protectores para crecer sano. También existe un gran porcentaje el 36,66 %, que respondieron equivocadamente que la LME se da hasta los 12 meses y un 6,66 % que respondieron desconocer hasta que edad debe brindarse la LME, por lo que se puede hacer mención que durante los controles prenatales y del crecimiento y desarrollo, es de suma importancia que el enfermero debe de educar a las madres sobre la importancia de la LM, y sobre todo en el tiempo de la LME.

En la gráfica 4 el 60 % de las madres lactantes encuestadas, presentan un nivel de conocimiento reconocido como medio, esto se explica porque la madre no comprende los beneficios a nivel inmunológico que esta práctica le brinda a su bebe en los primeros meses de vida, tales como protegerlo de infecciones respiratorias y digestivas (ej.

Resfriados y diarreas); desconocen también que poner al niño al pecho tiene como beneficio la acción de estimular la mama para que produzca más leche. Y ligado a esta acción de lactar, la madre va a tener como beneficio después del parto una mejor involución uterina y un vínculo más estrecho entre ambos ya que la LME es dar el mejor alimento con amor y calor de madre; por su parte el 20 % de las encuestadas presentan conocimientos que podrían considerarse como altos y bajos, sobre los beneficios de la LME respectivamente, lo cual, se presenta como un factor de riesgo alto al no tener presente los beneficios antes mencionados como: protección para él bebe a nivel inmunitario, beneficio para la madre después del parto favoreciendo el abandono temprano de esta práctica.

Gráfica 4. Distribución de frecuencia según el nivel de conocimiento sobre los beneficios de la LME

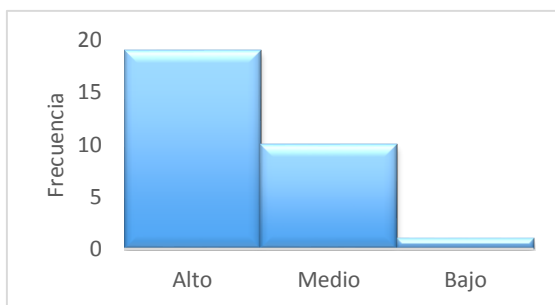


Fuente: autor

En grafica 5 se logra evidenciar que la mayor parte de las madres encuestadas, tienen un nivel de conocimiento alto sobre las técnicas de LME respondiendo de manera acertada sobre el tiempo adecuado al alternar la

lactancia entre ambas mamas (cada dos horas) en un 73 %, en cuanto a la forma adecuada de tomar el seno (colocando la mano en forma de c) un 83 % reconoce esta técnica de sujeción; por su parte reconocen que la manera correcta de interrumpir la succión es introduciendo el dedo en la boca del bebe para que este suelte el pezón en el 90 % de los casos, además el 90 % de ellas reconocen en la imagen, la postura correcta al momento de lactar e identifica los signos que muestran cuando el niño no está satisfecho con la LME porque llora constantemente, tiene menos energía, está más flojo. Cabe aclarar que un 33.3 % de estas madres obtuvieron un nivel de conocimiento medio al identificar erróneamente la gráfica donde se muestra el agarre y manifiestan lactar a su bebe cada vez que el niño llora; el 3.33 % restante presentan un nivel bajo de conocimientos sobre la técnica de LM.

Grafica 5. Distribución de frecuencia según el nivel de conocimiento sobre las técnicas de la LME.



Fuente: autor

Discusión

De los resultados de este estudio se puede observar que el nivel de conocimiento sobre

lactancia materna exclusiva de las madres es satisfactorio, puesto que cerca del 97 % tienen un conocimiento medio-alto, estos resultados son similares a nivel nacional e internacional, donde Borre, *et al*⁸ reporta que un 85,6 % de las encuestadas manifestó conocer sobre lactancia materna exclusiva, sus beneficios, ventajas, desventajas, consecuencias y técnicas adecuadas de amamantamiento; por su parte Labarere *et al*⁹ encontraron que aquellas madres lactantes que asistieron a una visita de rutina, preventiva y ambulatoria en el consultorio de un médico de atención primaria tuvieron aumento significativo en la tasa de lactancia materna exclusiva y a la vez mayor duración de la lactancia materna, lo cual podría explicarse por una mejor comprensión de los beneficios para la salud infantil, asociados a la lactancia materna exclusiva.

A su vez, sobre el nivel de conocimiento sobre la importancia de la LME de las madres, los resultados son similares a los reportado por Cohen M *et al*¹⁰, donde los conceptos de lactancia materna son importantes para su adecuada práctica, las gestoras educativas reportan un conocimiento adecuado en lactancia materna exclusiva (79 %), además la totalidad de la población comprenden las ventajas que tiene el calostro y cerca del 87 % conocen los meses que se debe de dar LME, información que concuerda con lo reportado por Mbada, *et al*¹¹ quienes estiman que en Nigeria un 88 % de madres que refieren haber escuchado sobre LME y el tiempo de duración de la misma, de allí que el 86.9% procuran su práctica hasta los 6 meses.

Para la población de un grupo de mujeres vinculadas al programa FAMI de la ciudad de Armenia se estableció que el 60 %, presentan un nivel medio de conocimiento en cuanto a los beneficios asociados a la LM; resultados similares a los encontrados en Cali ¹² donde se reporta la identificación de algunos beneficios en el 47 % de las encuestadas, situación que se repite en Perú con un 68 % de madres primíparas ¹³.

Los resultados del presente estudio guardan relación con estudios similares realizados a nivel nacional, uno de ellos es ejecutado en Santa Marta respecto al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre lactancia materna exclusiva y las técnicas de amamantamiento, donde la mayor parte de las encuestadas (56.7 %) utilizan una técnica adecuada, el 48.9 % tiene una adecuada postura al momento de lactar, mientras que el 43.3% restante utiliza ciertos principios pero la técnica en general no es la correcta. Su similitud se debe a que el mayor porcentaje de las encuestadas en el estudio actual son las que obtuvieron un nivel alto de conocimientos sobre las técnicas (63.3 %) ⁸.

Conclusiones:

Los resultados de estudio evidencian que las madres del grupo FAMI requieren fortalecer la información por parte de un profesional de salud, y/o personal certificado para dar orientación sobre los conocimientos, beneficios y prácticas de la LME.

En relación al conocimiento de la importancia y beneficio de la LME las madres alcanzaron

un nivel medio, esto se debe a que no conoce tiempo de lactancia, beneficio inmunológico, recuperación de la madre después del parto, ni el beneficio psicológico que tiene la práctica de la LM en la relación afectiva. A su vez, las madres tienen una buena técnica en cuanto a las prácticas del amamantamiento.

Es importante que durante el desarrollo de actividades de enfermería, como controles prenatales, controles de crecimiento y desarrollo, el profesional de enfermería desarrolle estrategias educativas que permitan fomentar y ampliar información relacionada con el tiempo de la LM, la importancia de esta práctica, los beneficios para el binomio madre e hijo y las técnicas a desarrollar, con el fin de mejorar el conocimiento de las madres lactantes.

Referencias bibliográficas:

1. Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. [Internet]. [Consultado 2018 Julio 30]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud - UNICEF. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS, UNICEF; 2010.
3. Organización Mundial de la Salud - UNICEF. Semana Mundial de la Lactancia Materna - Declaración de Innocenti. Ginebra: OMS, UNICEF; 2011.
4. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Agencia Española de Cooperación Internacional; 2010.

5. Ulunque-Unzueta A, Una-Guisbert E, Vairo-Gamarra J, Vargas-Almendras A, Santander-López A. Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009. *Revista Científica Ciencias Médicas* [Internet]. 2010 Dic [Consultado 2018 Julio 30]; 13(2): 73-76. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000200005&lng=es.
6. Zapata M, Fortino J, Palmucci C, Padrós S, Palanca E, Vanesia A et al. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. *Diaeta* [Internet]. 2015 Mar [Consultado 2018 Julio 30]; 33(150): 12-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372015000100002&lng=es.
7. Trujillo J, Peñaranda Correa F, Otálvaro Orrego J, Bastidas Acevedo M, Torres Ospina J. La lactancia materna como un fenómeno singular y Sociocultural surcado por diferencias y tensiones. *Arch Venez Puer Ped* [Internet]. 2015 Jun [Consultado 2018 Julio 30]; 78(2): 45-51. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492015000200002&lng=es
8. Borre Ortiz Y, Cortina Navarro C, González Ruíz G. Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente?. *Rev Cuid* [Internet]. Julio de 2014 [Consultado 2018 octubre 23]; 5 (2): 723-730. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.84>
9. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrál AS, Duc C, Berchotteau M, et al. Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. *Rev. Pediatrics*. 2005 Feb; 115 (2); 139-146. [Consultado 2018 23 octubre]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/e139>
10. Cohen M, García M, Palencia D. Conocimiento sobre lactancia materna en gestoras educativas madres FAMI de una fundación en Cartagena [internet]. [Consultado 2018 23 octubre]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3761/1/Informe%20final.pdf>
11. Mbada C, Olowookere A, Faronbi J, Oyinlol F, Faremi F, Ogundele A, et al. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community [Internet]. 2013; 6: 1-8 [Consultado 2018 23 octubre]. Disponible en: <https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-6-552>
12. León Alanya L. Conocimiento de madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva – Centro de Salud Villa San Luis. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: escuela de enfermería de padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2012. [Consultado 2018 23 octubre]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/363/1/Le%C3%B3n_lp.pdf
13. Jiménez M. Rodolfo, Aranda E, Aliaga P, Alípaiz A, López N, Rocha S, et al. Beneficios nutricionales de la lactancia materna en menores de 6 meses. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2011 [Consultado 2018 23 octubre]; 17(2): 5-12. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200002&lng=es.

Artículo

Relación entre Alimentación, patrones de crecimiento estrato socioeconómico, en un grupo de niños de la ciudad de Armenia – Quindío.

Barrientos L¹, Castillo D², Domínguez D³, Mejía I⁴, Solano E⁵.

Resumen

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición, se asocia al crecimiento por medio de una dieta suficiente, equilibrada y combinada con el ejercicio físico regular, es un elemento fundamental para mantener un crecimiento adecuado, a través de este proceso, se incorporan al organismo los nutrientes destinados al mantenimiento, crecimiento y correcto desarrollo. Estudio no experimental, de tipo cuantitativo y alcance correlacional, con corte transversal; la muestra no representativa (n=30), con muestreo por conveniencia conformada por niños entre 3 y 5 años, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos fueron:

recordatorio de 24 horas, rejilla de valoración nutricional, ficha de datos y el extracto socioeconómicos; como resultado se observa el 93,33% tiene talla adecuada, el 73,33% tienen un peso adecuado, sin embargo el porcentaje restante equivalente a 6,67%, tienen un riesgo de talla baja, y un 26,67% tienen un riesgo de sobrepeso, según la alimentación diaria se evidenció que el 36,67 % no presenta una alimentación balanceada, 30 % solo tiene una de las comidas balanceadas, el 20 % tiene dos de las comidas balanceadas y el 13,33% tienen una ingesta balanceada durante el día, la investigación permite concluir, la alimentación va ligada al estrato socioeconómico de una persona, debido a que a menor estrato socioeconómico menos accesibilidad a una alimentación saludable causado por el desempleo en el territorio departamental, el cual afecta directamente la alimentación de los niños comprometiendo de forma importante su crecimiento.

Palabras Claves:

Nutrición, crecimiento, alimentación, niño.

1. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: lbarrientos73318@cue.edu.co
2. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: dcastillo73518@cue.edu.co
3. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: ddominguez631314@cue.edu.co
4. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: imejia732018@cue.edu.co
5. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: esolano732618@cue.edu.co

Abstract

Nutrition is the intake of food in relation to the dietary needs of the body. A good nutrition, is associated with growth through a sufficient diet, balanced and combined with regular physical exercise, is a fundamental element to maintain adequate growth, through this process, nutrients are incorporated into the body for maintenance, growth and proper development. Non-experimental study, of quantitative type and correlational scope, with transversal cut; the non-representative sample (n=30), with sampling for convenience conformed by children between 3 and 5 years old, the instruments that were used for the data collection were: - A study of a quantitative type and correlational scope, with transversal cut; the non-representative sample (n=30), with sampling for convenience conformed by children between 3 and 5 years old, the instruments that were used for the data collection were: - A study of a quantitative type and correlational scope, with transversal cut; the non-representative sample (n=30), with sampling for convenience conformed by children between 3 and 5 years old, the instruments that were used for the data collection were: - A study of a non-representative type (n=30), with sampling for convenience conformed by children between 3 and 5 years old, the instruments that were used for the data collection: 24-hour reminder, nutritional assessment grid, data sheet and socioeconomic extract; as a result 93. 33% have adequate height, 73. 33% have an adequate weight, however the remaining percentage equivalent to 6.

67%, have a low height irrigation, and 26. 67% have a risk of overweight, according to daily food is evident that 36. 67% does not have a balanced diet, 30% only has one of the balanced meals, 20% has two of the balanced meals and 13, 33% have a balanced intake during the day, the research allows to conclude, the food is linked to the socioeconomic stratum of a person because the lower socioeconomic stratum less accessibility to a healthy diet caused by unemployment in the departmental territory, which directly affects the feeding of children significantly compromising their growth.

Key Words:

Nutrition, growth, Feeding, Child

Introducción:

La nutrición y el crecimiento infantil son conceptos que se encuentran ligados, no solo por la importancia que cada uno posee en su función, sino porque es uno de los aspectos que más se ven afectados en los niños y niñas de cero a cinco años a nivel mundial, nacional y departamental ¹.

A pesar de existir estrategias instauradas en Colombia para la prevención y manejo de las consecuencias que producen los problemas nutricionales y la forma como repercuten en el crecimiento de los niños, las cifras afirman que la problemática continúa siendo amplia y de interés social², es importante mencionar que valorar en su totalidad el crecimiento y todos los aspectos que este conlleva sería una tarea ardua, ya que es un proceso de constante cambio, esta afirmación es respaldada por la Dr. Karina Machado quien define el

crecimiento como:

El incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. El individuo, a medida que crece, se desarrolla, cambia su forma y su composición corporal.¹

Sin embargo, a pesar de su complejidad en la actualidad todos estos cambios son medidos por parámetros ya establecidos denominados indicadores de crecimiento los cuales permiten estimar si el patrón de crecimiento a evaluar se encuentra en condiciones normales o está presentando alteraciones importantes que deben analizarse y tratarse, ya que si no hay una adecuada alimentación, las curvas de crecimiento van a indicar una desviación estándar generando una alerta en el proceso de desarrollo actual del niño; actualmente los indicadores más utilizados desde el punto de vista clínico son las medidas antropométricas, las cuales evalúan la relación, peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad y el índice de masa corporal según la edad, sin embargo esta valoración no termina allí, puesto que debe evaluarse el estado nutricional, debido a que este representa la situación de balance entre lo que se come y lo que se necesita para cubrir los requerimientos del organismo^{1,2}.

La nutrición debe ser adecuada tanto en calidad, como en cantidad, ya que los alimentos que consumimos determinan el adecuado funcionamiento del organismo y contribuyen al mantenimiento y la formación de tejidos, además de brindar

energía necesaria para cumplir las funciones vitales que preservan la vida, por ello es correcto afirmar que :

El crecimiento del niño está influenciado directamente por la nutrición y su valoración constituye un indicador del estado nutricional¹.

Lo anterior permite comparar y analizar datos estadísticos a nivel mundial, nacional y local, que amplían de manera general las condiciones de crecimiento y nutrición de los niños y las barreras que se interponen para el acceso alimentario y como interfieren estas con su proceso de crecimiento, según la OMS (Organización Mundial de la Salud):

La cifra estimada de muertes de niños debido a la desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general².

Comparando estas cifras con la situación a nivel nacional, se encuentra que:

En Colombia disminuyó el porcentaje de Menores de 5 años con desnutrición global, crónica y aguda en formas severa o moderada, la línea de

base en 1990 fue de 37 muertes por cada mil nacidos vivos, en 2000 estuvo en 20.41 y en 2009 se redujo a 13.69 muertes por cada mil nacidos vivos³.

A pesar de esta reducción no se puede olvidar que los niños que actualmente se encuentran afectados por los procesos de alimentación inadecuada pertenecen a familias desplazadas, víctimas del conflicto armado o a la población pobre del país en donde las madres se encuentran en condición de desnutrición y la pobreza es el principal obstáculo para garantizar cuidado higiénico de los bebés y la capacidad de brindarles la atención general requerida, incluyendo la adecuada preparación de alimentos; sin embargo esta problemática se agrava cuando no solo se presentan problemas nutricionales por déficit sino también por exceso, así lo mencionan el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF):

Colombia, como otros países de la región, presenta la doble carga de la malnutrición, expresada en la presencia simultánea de prevalencias importantes de desnutrición y obesidad⁴.

Entonces se puede afirmar que, la población colombiana o se encuentra afectada nutricionalmente por la falta de ingresos y la pobreza o por los patrones alimentarios propios de cada cultura, debido a que su alimentación está fuertemente asociada al consumo en exceso de harinas (arroz, plátano, yuca, papa, etc.), y a un menor consumo de

frutas y verduras, practicas fuertemente ligadas a sus antepasados lo que permite determinar que no solo las dificultades en el acceso a los alimentos dependen de los ingresos socio-económicos que obtienen las personas, sino también de las costumbres alimentarias que se adquieren en una población⁴⁻⁵.

A si mismo se puede evidenciar a nivel departamental, que el Quindío tiene una tasa de mortalidad infantil del 12.33 % por cada 1.000 nacidos vivos y en cuanto a la mortalidad perinatal se reporta un 16.09 % por cada 1.000 nacidos vivos⁴; como refiere el Plan Departamental de Soberanía, Seguridad Alimentaria y Nutricional PDSSAN del Quindío, los problemas a nivel alimentario en el departamento se encuentran relacionados con las dificultades de generación de empleo como consecuencia del terremoto de 1999, debido a que el nivel de desempleo es de 13,7 % lo que equivale a 74.464 personas que no cuentan con un ingreso seguro⁴, estos factores conllevan a que los niños y niñas del departamento se vean afectados en su crecimiento normal, por la imposibilidad de sus familias a suplir las necesidades alimenticias⁵.

Por consiguiente, el factor pobreza debe ser intervenido, con el fin de aumentar el acceso de los niños y niñas a una nutrición adecuada que les permita un crecimiento y desarrollo correcto; puesto que existe abundante evidencia científica sobre la relación directa entre desnutrición y pobreza, y esta asociación termina dando como resultados efectos irreparables en la salud y el crecimiento y desarrollo de los niños, sin mencionar el desarrollo de

diversas infecciones agudas y enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida como diabetes, hipertensión, obesidad, colesterol elevado, que conllevan a un riesgo no solo de muerte si no de disminución de las capacidades cognitivas, por esta razón se podría afirmar que es una vulneración directa a sus derechos, lo que resulta socialmente inaceptable.

Es por eso que esta situación actual lleva a preguntar: ¿cuál es la relación entre la alimentación, patrones de crecimiento y estrato socioeconómico, en una población de 30 niños en la ciudad de Armenia-Quindío?

Metodología:

Investigación no experimental, de tipo cuantitativo y alcance correlacional, de corte transversal; que tiene el objetivo de determinar la relación existente entre el estrato socioeconómico, los patrones de crecimiento y la alimentación de una población de niños entre tres y cinco años de edad, que viven en el municipio de Armenia. La muestra será no representativa, desde los elementos del Teorema del límite central donde $n=30$; teniendo como criterios de inclusión que el cuidador a cargo del menor firme el consentimiento informado y le permita participar en la investigación, por otro lado, como criterios de exclusión la presencia de alteraciones congénitas diagnosticada; el muestreo se realizó por conveniencia. La información se recolectó por medio de tres instrumentos:

1. Recordatorio de 24 horas, que consistió

en definir y cuantificar todos los alimentos y bebidas ingeridas durante un periodo de tiempo anterior a la entrevista (24 horas procedentes o el día anterior de la entrevista); que fue diligenciado por el cuidador principal del menor, quien reportó cada comida (desayuno, almuerzo, cena), tipo de preparación y medida casera; con el fin de identificar el patrón alimentario del menor.

2. Rejilla de valoración nutricional: del Ministerio de Salud y la Protección Social, en donde se plasmaron los datos recolectados de las medidas antropométricas (peso, talla) realizando mediciones de las dimensiones y características físicas del cuerpo humano; estos datos se recolectaron por medio de la utilización de equipos de medición (una pesa personal y un tallímetro).

3. Ficha de datos socioeconómicos.

Al obtener estos datos, la información fue analizada a través del paquete estadístico SPSS versión 23, realizando análisis estadísticos descriptivos e inferenciales no paramétricos.

Durante el proceso de investigación se tuvo en cuenta los principios bioéticos; respetando la autonomía, al hacer entrega del consentimiento informado en donde el cuidador principal dio la autorización para la participación del niño en el estudio; la beneficencia, corresponde a la información brindada a la familia acerca de los resultados encontrados y, sí se identificó algún tipo de alteración relacionado con su proceso normal de crecimiento, se hizo activación de la ruta en salud pertinente, remitiendo el caso a

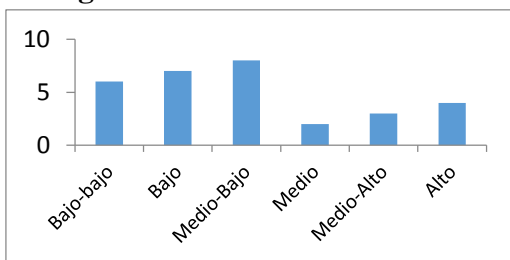
las (IPS); la no maleficencia se garantizó al no realizar ninguna acción que pueda afectar la integridad del niño y su familia, en los casos en donde los padres desearan retirarse de la investigación o los niños no permitieran la realización del procedimiento, se aceptaron que no participará y se reemplazó por otro menor, , no se realizó divulgación ni se utilizó los datos del niño para otros fines que no sean propios a esta investigación, manteniendo así la confidencialidad.

En cuanto a la Justicia, se garantizó la no alteración ni manipulación de los datos obtenidos, no se discriminó a ningún niño.

Resultados:

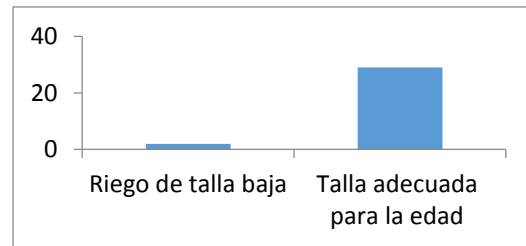
En la población estudiada el 56,67 % pertenecen al género masculino y el 43,33 % al género femenino; teniendo en cuenta los criterios de inclusión las edades de los niños corresponden el 30 % de la población a 3 años, el 46,67 % a 4 años y 23,33 % a 5 años de edad. Con relación a su estrato socio-económico el 20 % pertenece al bajo-bajo, el 23,33 % son bajo, el 26,67 % son medio-bajo, el 6,67 % se vinculan al medio, el 10 % son medio-alto y el 13,33 % se vinculan al alto, como se identifica en la gráfica 1:

Gráfica 1. Distribución de frecuencias según Estrato Socioeconómico.



Con base al diagnóstico de talla para la edad, la mayoría se encuentra en talla adecuada (93,33 %) y el 6,67 % restante corresponde a riesgo de talla baja, como se observa en la gráfica 2:

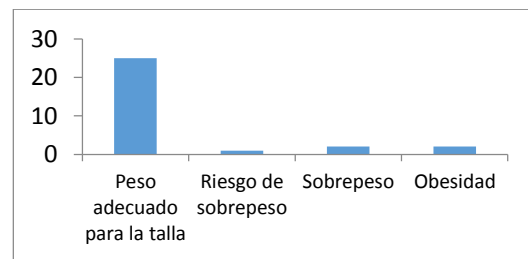
Gráfica 2. Distribución de frecuencia según el diagnóstico de talla para la edad.



Fuente: datos del autor.

En la variable de diagnóstico de peso para la talla, se obtuvo un 83,33 % de peso adecuado para la talla, el 3,33 % pertenece a riesgo de sobrepeso, el 6,67 % a sobrepeso y el 6,67 % restante se vinculan con obesidad, como se visualiza en la gráfica 3

Gráfica 3. Distribución de frecuencia según el diagnóstico de peso para la talla

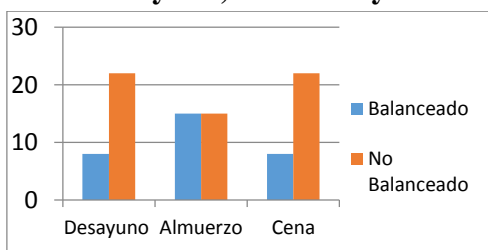


Fuente: datos del autor.

Teniendo en cuenta los alimentos consumidos por los niños durante un día, se puede afirmar que el 73,33 % tiene un desayuno desequilibrado y el 26,67 % restante reporta una ingesta equilibrada; en

relación al almuerzo el 50 % de los menores desarrollan un ingesta equilibrada, mientras que el 50 % restante manifiesta consumir alimentos que en combinación se clasifica como una ingesta no equilibrada. En cuanto a la cena el 26,67 % tiene una ingesta equilibrada y el 73,33 % una ingesta desequilibrada, tal como se representa en la gráfica 4:

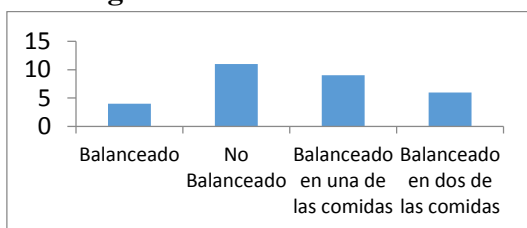
Gráfica 4. Distribución de frecuencia según ingesta balanceada de alimentos en desayuno, almuerzo y comida.



Fuente: datos del autor.

Por lo cual, al valorar la alimentación desarrollada por los niños durante un día completo, se puede afirmar que el 36,67 % no presenta una alimentación balanceada, el 30 % solo tiene una de las comidas balanceadas, el 20 % tiene dos de las comidas balanceadas, por último, se evidencia que la menor cantidad de la población (13,33 %) tiene una ingesta balanceada durante el día, como se muestra en la gráfica 5:

Gráfica 5. Distribución de frecuencia según la Alimentación al día.



En cuanto a la relación estadística entre las variables de estudio, se puede afirmar que no hay relación significativa ($p=0,343$) entre el tipo de alimentación y el diagnóstico de Talla/edad; situación que se repite entre las variables de alimentación y el diagnóstico de Peso/talla ($p=0,890$), sin embargo, se encontró que existe, para la población de estudio, relación estadística entre el estrato socioeconómico y el tipo de alimentación ($p=0,001$): esto dado que el 16,67 % de las personas que tiene una dieta no balanceada se encuentran en el estrato socioeconómico bajo-bajo y el 13,33 % se encuentran en el estrato bajo siendo estos los dos niveles que más agrupan a los menores que desarrollan este tipo de dieta, por otra parte en cuanto a la dieta balanceada en una sola comida el estrato bajo agrupa el 3,3 % el bajo- bajo al 10 % y el medio- bajo al 16,67 %.

Discusión

Es de vital importancia que se garanticen los nutrientes necesarios en las comidas diarias, lo que favorecería en los menores, una buena funcionalidad del organismo, repercutiendo en el crecimiento y disminuyendo las probabilidades de problemas de salud, puesto que la ingesta de los nutrientes necesarios, que satisfacen la buena alimentación del niño, garantiza un crecimiento y desarrollo adecuados, que previenen enfermedades nutricionales a corto y largo plazo⁶.

La primera ingesta del día tendría que tener un aporte nutricional adecuado para un niño, en donde se le garantice una combinación que reúna algunos nutrientes esenciales para el menor conteniendo

hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales; los resultados del presente estudio permiten establecer que, para el caso no es prioridad agregar frutas en el desayuno, lo cual compromete el aporte de vitaminas y minerales necesarios para el óptimo funcionamiento, desarrollo y crecimiento del menor;

Más aun cuando los nutrientes que aporta el desayuno son justamente los que el cuerpo necesita después de haber descansado ocho horas aproximadamente. Además, son de vital importancia para lograr obtener las energías necesarias para la jornada y para acelerar el ritmo del metabolismo de los niños. Es importante saber que, si el desayuno no contiene frutas, debe de agregar un mayor número de hidratos de carbono, proteínas y lácteos ⁷.

A la hora del almuerzo se pudo evidenciar en las gráficas anteriormente mencionadas que, el 50% de la población no presenta un almuerzo equilibrado, cuestión que puede relacionarse con desconocimiento de los cuidadores, como lo afirma Polanco Allué, quien observó que algunas madres no conocen cuáles son los nutrientes, que favorecen la buena alimentación del niño, y que le ayuda a su buen desarrollo y crecimiento, teniendo en cuenta que algunos alimentos no aportan los nutrientes necesarios, lo cual se relaciona con que las mujeres se aferran a las comidas tradicionales ⁸.

Los niños acaban rendidos después de un agotador día de estudios y juegos. Por tanto, una cena ligera y nutritiva puede ayudarles a reponer fuerzas y a descansar

mejor por la noche, algunos de ellos, no les provee los suficientes nutrientes adecuados, ya que la mayoría no ingieren proteínas, frutas y verduras al desconocer la importancia de suministrar una alimentación balanceada en todas y cada una de las ingestas, otro factor asociado es que las familias no presentan disponibilidad suficiente y estable de alimentos, o no tienen el acceso, el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de los niños; para el caso la ciudad de Armenia tiene una población de 3,1 millones de personas, de las cuales el **34% vive por debajo del umbral de pobreza**. El país sufre una escasez de recursos, generando más desempleo, desnutrición, mala alimentación, y pocos recursos para que los ciudadanos no presenten las oportunidades necesarias para tener una buena estabilidad alimentaria ⁹.

Conclusiones:

La alimentación va fuertemente ligada al estrato socioeconómico de una persona, debido a que a menor estrato socioeconómico menos accesibilidad a una alimentación saludable, y en un departamento como el Quindío, donde abunda el desempleo se ve afectada directamente la alimentación de los niños comprometiendo de forma importante su crecimiento y desarrollo, situación que se agrava al reconocer un patrón cultural que incide de forma directa sobre los alimentos que consume la población quindiana.

Como profesionales de Enfermería, se debe intervenir a esta población de niños, por medio de estrategias educativas, entre ellas, informar a los padres sobre la adecuada alimentación que debe presentar el menor, para su nutrición balanceada, favoreciendo sus patrones de crecimiento, teniendo en cuenta el estrato socioeconómico en el que se encuentran, para indicar a que alimentos pueden recurrir. Además, se instruye a los padres sobre la adecuada manipulación de los alimentos, cocción y preparación.

Bibliografía:

1. Comité Técnico Comisión Intersectorial de Primera Infancia Estrategia Nacional de Cero a Siempre. Líneamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia [Internet]. [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia.pdf>
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación. Nutrición y Salud [Internet]. [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/013/am283s/am283s05.pdf>
3. Machado K., Montano A., Armúa M. Valoración del Crecimiento y el Estado Nutricional en el Niño [Internet]. [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes41/art_06.pdf
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estratificación Socioeconómica- Preguntas Frecuentes

[internet]. [Consultado 2018 Agos 27]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf

5. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Factores sociales y culturales en la nutrición [Internet]. [Consultado 2018 Agos 27]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s08.htm>

6. Asociación Española de pediatría [Internet]. [Consultado 2018 oct 2018]. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-pdf-13081721>

7. Asociación Española de pediatría [Internet]. [Consultado 2018 oct 29]. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-pdf-13081721>

8. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria [internet]. [Consultado 2018 oct 29]. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/ALIMENTACION-NUTRICION.pdf>

9. Oxfam International [internet]. [Consultado 2018 oct 29]. Disponible en: [internet]. [Consultado 2018 oct 29]. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/ALIMENTACION-NUTRICION.pdf>

Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la Depresión Posparto

Anturi A¹, Giraldo P², Jiménez D³.

Resumen

La depresión posparto es un trastorno del ánimo que puede afectar a las mujeres púérperas, en el que se experimentan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad, cansancio que les dificulta realizar actividades diarias. Este trastorno es prevalente en el departamento del Quindío con un 22,1 %, en comparación con demás departamentos, lo cual le atribuye el primer puesto para este tipo de trastornos. El desarrollo de este cuadro, se asocia a la exposición de diversos factores de riesgo entre los cuales se encuentra antecedentes personales de depresión y acontecimientos estresantes durante el embarazo. Razón por la cual se plantea como objetivo determinar el riesgo de desarrollar

depresión posparto en un grupo de mujeres púérperas, del departamento del Quindío, en sus primeros seis meses y evaluar los factores asociados. Investigación no experimental de tipo cuantitativa, con alcance correlacional, muestra no representativa (n=30) y muestreo intencional. Dentro de los resultados obtenidos se pudo observar que las mujeres que tienen alto riesgo tienen mayor probabilidad de desencadenar dicho trastorno con un 42,86 %; por lo tanto, se concluye que los factores de riesgo que más prevalecieron influyen de manera significativa en la probabilidad de desarrollar depresión posparto, en comparación con las que se encuentran en ausencia de riesgo tienen una posibilidad menor.

Palabras claves: Depresión posparto, factores de riesgo, relación, prevalencia.

1. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt.

Armenia, Quindío, Colombia.

2. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt.

Armenia, Quindío, Colombia.

3. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von

Abstrac

The postpartum depression is a disorder of the estate of mind that affects puerperal women, in which sentiments of deep

sadness, anxiety, and fatigue inhibits women to perform daily activities. This disorder is prevalent in the department/state of Quindío, with a 22,1%, compared with other departments/states; which places it in the first place in regards of these types of disorders. The development of this clinical presentation, is associated to several risks factors, including previous history of depression and stress events during the pregnancy. Reason for which the objective is to establish and determine a group of puerperal women from the department/state of Quindío; in their first six months and evaluate the associated risks factors. A non-experimental investigation of quantitative type, with a correctional scope, non-representative sample (n=30) and an intentional sampling. Within the obtained results the observation made that women with a high risks have the probability to develop this disorder with a 42,86%; thus, it is concluded that the risks factors that prevailed influence in a significant manner in the probability to develop postpartum depression, in comparison with those encountered in absence of risks have a less chance of acquiring this disorder.

Key Words: postpartum depression, risks factors, relation, prevalence.

Introducción:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la depresión como:

Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa, falla de autoestima, trastornos de sueño o de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración ¹.

Según National Institute of Mental Health (NIMH), la depresión posparto es un

Trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas ².

Según datos suministrados por Constanza Mendoza B y Sandra Saldivia ³, la prevalencia a nivel mundial de depresión posparto fluctúa entre 10 y 20 %, observándose mayores valores en madres adolescentes con un 26 % y en los niveles socioeconómicos más bajos con un 38,2 %.

Respecto a nivel nacional, el análisis que planteó David Rincón Pabón y Robinson Ramírez Vélez ⁴, la prevalencia de depresión posparto fue de 12,9%, siendo mayor en zonas urbanas 15,1 % que en zonas rurales 6,8 %. Y a nivel departamental la prevalencia de depresión posparto fue de 22,1 % ⁴.

La depresión posparto es multicausal, en la cual intervienen factores tanto físicos como emocionales. Durante el puerperio,

los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen de manera drástica. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, el cansancio o falta de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto ².

Según lo planteado anteriormente la depresión posparto puede llegar a generar consecuencias como: estrés, disfunción en actividades diarias y emocionales provocando dificultades en la atención, memoria, cambios alimenticios y en el peor de los casos llevar hasta el suicidio. Como consecuente de un impacto negativo a su entorno social ⁵.

Como se mencionó anteriormente la NIMH, define la depresión posparto como un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el puerperio; en el cual se pueden llegar a experimentar sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades cotidianas que incluyen el cuidado de sí mismas y de otras personas o incluso el de su bebé ².

El posparto fisiológicamente, hace alusión al periodo comprendido entre el final del alumbramiento, hasta la total recuperación del organismo femenino en el cual se da paso a transformaciones progresivas tanto anatómicas como funcionales, con el fin, de retornar los cambios al estado pre gravídico. Desde lo psicológico, es la etapa de bienestar y salud emocional que

la madre puede llegar a experimentar, en la medida en que se siente bien consigo misma durante el tiempo de cambio y transición ⁶.

Comprendiendo además que este se puede semejar al puerperio, puesto que transcurre en el mismo periodo planteado anteriormente. El puerperio se puede dividir en: puerperio inmediato, que está dado en las primeras 24 horas, puerperio mediato, que transcurre desde 1 hasta los 10 días y puerperio tardío, desde el onceno hasta los 42 días posteriores al parto ⁷.

Las mujeres púerperas son aquellas que se encuentran en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis meses, posterior al evento obstétrico ⁷.

Durante este periodo ocurren cambios hormonales como es la disminución de los estrógenos y la progesterona; generando una normalización, permitiéndole al organismo retornar a un estado no gestante. Y es allí donde radica la diferencia de las mujeres púerperas durante los primeros 6 meses en comparación a las demás mujeres ⁶.

Las hormonas como los estrógenos y progesterona desempeñan actividades de vital importancia durante el embarazo. El estrógeno es la hormona encargada de regular la progesterona, facilita el crecimiento y desarrollo de la placenta, contribuye a la maduración de los órganos y el desarrollo de las características

sexuales del bebé. Ambas hormonas son las encargadas de generar las molestias características de la gestación como el dolor en los senos, cefaleas, náuseas y vómitos, igualmente brinda un estado de plenitud emocional a la embarazada ⁸.

La progesterona interviene en el desarrollo del endometrio, funciones de la placenta y refuerza el tapón mucoso. Por otro lado, tiene la característica de aumentar la libido permitiendo mejorar la lubricación e intensidad de los orgasmos. Al final del embarazo esta sensación como también las molestias anteriormente descritas, con la caída de esta hormona estos también van disminuyendo ⁸.

Como se expresó anteriormente después del parto los niveles de estas hormonas disminuyen provocando así la reducción en su estado de plenitud en el embarazo, además de ello ocasiona una sensación de atrofia genital y sudoración, lo que genera en la madre un estado de inconformidad; como consecuente una disminución de los niveles de prostaglandinas causando de esta forma una función de inhibición sobre la producción de alfa-lactoalbúmina, que es una precursora de la serotonina, el cual con esta acción generan una disminución en sus niveles y está relacionada con la depresión, llevando a un descontrol en la regulación hormonal ⁸.

Existen algunos factores asociados, que permiten desarrollar con mayor facilidad la depresión post parto como son:

Síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior,

antecedentes personales y familiares de depresión o alteraciones mentales, una situación estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz, como la muerte de un ser querido, violencia doméstica o enfermedad, complicaciones médicas durante el parto, sentimientos encontrados sobre el embarazo, así haya sido planificado o no, falta de apoyo emocional de su pareja y/o familia, problemas de abuso de alcohol o drogas ².

La tristeza posparto (o “baby blues”) es un término que se utiliza para describir los sentimientos de preocupación, tristeza y fatiga que muchas mujeres experimentan después del parto. Los bebés requieren mucho cuidado, de modo que es normal que las madres se preocupen o se sientan cansadas de proporcionar ese cuidado. La tristeza posparto, que afecta hasta a un 80% de las madres, incluye sentimientos leves que duran una o dos semanas y desaparecen por sí solos ².

En el caso de la depresión posparto, los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos e incluso pueden afectar la capacidad de una mujer de cuidarse a sí misma o a su familia. La depresión posparto, que ocurre en casi el 15% de los partos, comienza generalmente entre una semana y un mes después del parto ².

Por consiguiente, se planteó la siguiente pregunta:

¿Qué riesgo tiene de desarrollar depresión posparto un grupo de mujeres puérperas, del departamento del Quindío, en sus primeros seis meses y qué factores se asocian?

Metodología:

Se realizó una investigación no experimental de tipo cuantitativa, con alcance correlacional y corte transversal; el objetivo es determinar el riesgo de desarrollar depresión posparto de un grupo de mujeres puérperas, del departamento del Quindío, en sus primeros seis meses y evaluar los factores asociados.

Para ello, la población de estudio estuvo conformada por mujeres puérperas mayores de 18 años, mediante una muestra no representativa a partir de lo estipulado en el Teorema de límites central en donde $n=30$, con muestreo intencional; los criterios de inclusión están descritos por: tener un puerperio máximo de seis meses y residir en el departamento del Quindío, por su parte los criterios de exclusión: tener diagnóstico clínico de depresión y/o tener alteraciones mentales diagnosticadas.

Los instrumentos de valoración empleados son:

1. La pauta de exploración de los factores de riesgo episodio depresivo en el posparto, que contiene nueve preguntas con respuestas nominales (dicotómicas) que

valoran la presencia o ausencia de los factores de riesgo.

2. La Escala de Depresión Edimburgo para embarazo y pos-parto, es un instrumento de diez preguntas que se contestan en escala Likert dependiendo de qué tan identificada se sienta la mujer con cada situación propuesta.

Estos instrumentos cuentan con un coeficiente de Cronbach de 0.78, lo cual garantiza la validez para estudiar el fenómeno en mención. El análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS versión 23, por medio de estadística descriptiva y estadística inferencial no paramétrica.

En respuesta a las consideraciones bioéticas se respetará la autonomía, firmando un consentimiento informado, mediante el cual la mujer puérpera manifiesta avalar la participación en el estudio; en cuanto a la beneficencia las mujeres que sean identificadas en riesgo serán asesoradas para la consulta en el servicio de salud que le corresponde, no se hará maleficencia, ya que la encuesta será suspendida en el momento en que la participante lo desee y la justicia se garantiza por la participación de las mujeres que cumplan con los criterios anteriormente estipulados.

Resultados:

La correlación calculada para las variables de riesgo que influyen en el desarrollo de la depresión posparto y la probabilidad de desarrollar depresión, se estiman en un P valor de 0.001.

La Tabla 1, presenta los datos cruzados, que permiten observar la población encuestada en el departamento del Quindío, según el riesgo de mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto frente a la clasificación de factores de riesgo; observándose que aquellas mujeres que tienen alto riesgo presentan una mayor probabilidad de desencadenar dicho trastorno con un 42,86 % en comparación con las que se encuentran en ausencia de riesgo tienen una posibilidad menor.

Tabla 1. Datos cruzados entre la probabilidad de depresión posparto y los factores asociados

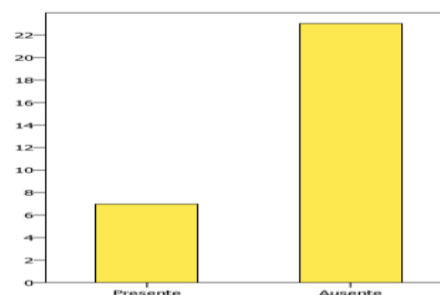
Clasificación de Banderas	Probabilidad de Depresión Posparto		Total
	NO	SI	
Ausencia de riesgo	10.00	.00	10.00
	100.00%	.00%	100.00%
	43.48%	.00%	33.33%
Bajo Riesgo	12.00	2.00	14.00
	85.71%	14.29%	100.00%
	52.17%	28.57%	46.67%
Riesgo Medio	1.00	2.00	3.00
	33.33%	66.67%	100.00%
	4.35%	28.57%	10.00%
Alto Riesgo	3.33%	6.67%	10.00%
	.00	3.00	3.00
	.00%	100.00%	100.00%
Total	.00%	42.86%	10.00%
	.00%	10.00%	10.00%
	23.00	7.00	30.00
	76.67%	23.33%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	76.67%	23.33%	100.00%

Fuente: datos del autor.

En cuanto a los factores de riesgo representativos en la población de mujeres púérperas, se puede afirmar que el 30 % de

las participantes presentan como antecedente el haber sufrido de depresión en cualquier periodo de la vida, y el 70 % restante manifiesta este factor de riesgo como ausente, tal como lo muestra la Gráfica 1.

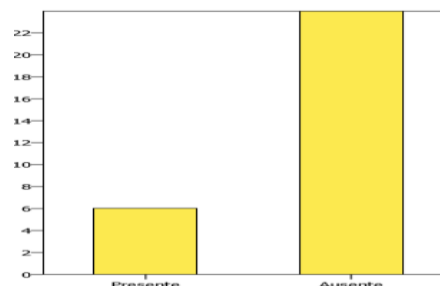
Gráfica 1. Distribuciones de frecuencia según Antecedentes Personales De depresión en cualquier período de la vida



Fuente: datos del autor.

Los datos obtenidos permitieron identificar, que el 20 % de las mujeres encuestadas presentan antecedentes personales de depresión durante el embarazo y el 80 % de restante de las participantes, manifiestan este factor de riesgo como ausente, tal como se muestra en la Gráfica 2.

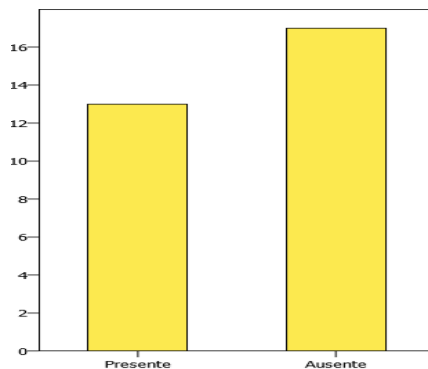
Gráfica 2. Distribuciones de frecuencia según Antecedentes Personales De depresión durante el Embarazo



Fuente: datos del autor.

Con un porcentaje del 45 %, siendo el más predominante; las participantes manifiestan el haber experimentado acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo y el 55% restante refieren este factor como ausente, como se muestra en la Gráfica 3.

Gráfica 2. Distribuciones de frecuencia según Antecedentes Personales de Acontecimientos Vitales Estresantes Durante el Embarazo



Fuente: datos del autor.

Los otros antecedentes presentan proporciones inferiores como son: los antecedentes familiares de depresión con un 20 %, bajo nivel de escolaridad con un 20 %, antecedentes familiares de trastornos mentales con un 15 %, antecedentes familiares de suicidio con un 12,5 %, bajos niveles de apoyo social con un 12,5 %, violencia domestica 5 %.

Discusión:

La prevalencia de depresión postparto encontrada en esta investigación arrojó que las mujeres que tienen un alto riesgo

tienen mayor probabilidad de desarrollar dicho trastorno con un 42,86 % y aquellas con bajo riesgo la probabilidad es mínima. Por otro lado, puede apreciarse que los datos obtenidos en las encuestas realizadas identificaron que los factores de riesgo de mayor prevalencia son los antecedentes personales de depresión durante el embarazo con un 20 %, y con un 35 % antecedentes de depresión en cualquier periodo de la vida y siendo el factor de riesgo con más incidencia el haber experimentado acontecimientos estresantes durante el embarazo con un porcentaje del 45 %.

En comparación con la literatura revisada en el artículo “Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010” se han encontrado desacuerdos en cuanto a la edad como factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno. Se ha destacado que las adolescentes presentan mayor depresión que las mujeres mayores, debido a ciertos factores desconcertantes en el entorno social y familiar, los acontecimientos estresantes por los cuales deben de pasar durante el proceso de adaptación a este nuevo ciclo, afectan de manera negativa el estado emocional de la mujer, lo que predisponen a las adolescentes a un estado de vulnerabilidad a los hechos por los que atravesaran ante dicha situación; reportándose tasas de prevalencias dentro de este grupo entre el 14 y 48 %. Así mismo, se demostró que la relación con los determinantes sociales etnia, estatus

socioeconómico, nivel educativo y consumo de sustancias psicoactivas presentaron una relación débil. Entre ellos, tendrían especial importancia la ocurrencia de acontecimientos vitales, la edad y los problemas propios del posparto, como las dificultades con la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresión. De igual modo, comparando ambas investigaciones se pudo esclarecer que los acontecimientos vitales estresantes y los antecedentes de depresión, son factores que se relacionan con la probabilidad de desarrollar depresión posparto evidenciando una mayor prevalencia de dicho trastorno, en mujeres que presentan los factores anteriormente descritos.

Conclusiones:

- De acuerdo con los análisis obtenidos, se puede demostrar la relación que existe entre los factores de riesgo y las probabilidades de desarrollar depresión posparto, encontrándose un porcentaje más alto de relación en aquellas mujeres que presentaban un riesgo alto con una mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto en los primeros seis meses, observándose igualmente una probabilidad casi nula en mujeres con un riesgo bajo.

- Partiendo de lo observado en los resultados de los instrumentos de valoración se pudo comprobar que factores de riesgo como antecedentes de depresión y acontecimientos estresantes

durante el embarazo, intervienen de manera significativa en las probabilidades de desarrollar depresión posparto.

- En el transcurso de la investigación se pudo evidenciar que el departamento del Quindío, es el departamento con mayor prevalencia de depresión posparto, lo cual se puede relacionar con la poca información que es prestada por parte de los diferentes entes de salud ante los trastornos mentales o del ánimo que se pueden llegar a presentar en el puerperio.

- Es de suma importancia implementar en los diferentes servicios de salud la educación sobre diversos trastornos mentales y del ánimo que pueden afectar a la mujer en el puerperio.

- Durante el desarrollo de la investigación se pudo comprobar que no solo a nivel del departamento del Quindío influyen factores de riesgo como acontecimientos estresantes y antecedentes de depresión para el desarrollo de la depresión posparto, sino que también a nivel nacional influye de manera significativa estos factores aumentando la probabilidad de desarrollar dicho trastorno.

- Es necesario durante las valoraciones o controles realizados en los centros de salud aplicar encuestas que ayuden al personal de la salud identificar los posibles factores de riesgo que incidan en el desarrollo de estos trastornos e instaurar así de manera apropiada la conducta a seguir.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. [consultado 2018 Agosto 04]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
2. National Institute of Mental Health. Información sobre la Depresión Posparto [internet]. [Consultado 2018 Agosto 04]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf
3. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Scielo Med Chile. 2015 Abril; 143: 887 – 894.
4. Rincón-Pabón David, Ramírez-Vélez Robinson. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Rev. salud pública [Internet]. 2014 Jul [citado 2018 Ago 06]; 16(4): 534-546. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>.
5. De León López de Velásquez AR. Consecuencias de la Depresión Posparto en Pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años. [Tesis de Grado Licenciatura en Psicología]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades; 2014.
6. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina D, Cano Quintero ÁP, Cárdenas Pinzón DL. LA MUJER EN POSPARTO: UN FENÓMENO DE INTERÉS E INTERVENCIÓN PARA LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA. Revista CUIDARTE [Internet]. 2014;5(2):739-747. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181005>
7. Torres Gonzales A. Seguimiento domiciliario a la madre y el recién nacido durante el puerperio. [Trabajo de grado en enfermería]. Bogotá: Universidad de Colombia. Facultad de Enfermería; 2010.
8. Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. Enfermería Materno – Infantil. Sexta edición. Barcelona: Harcourt/OCEANO; 2002.



XI ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CUE AVH

EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA UN CUIDADO CON CALIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Situación de Enfermería



Filial de:



CONOCE MÁS EN:

cue.edu.co

MÁS INFORMACIÓN

Programa de Enfermería

Sede Alcázar / Cll. 4N #13-05

PBX:(6) 7451544 / info@cue.edu.co

Diabetes mellitus tipo 2: una Experiencia desde el Modelo del Sistema conductual.

Barrientos L¹, Guarín A², Mejía F³, Solano E⁴.

Resumen

Evidenciar la experiencia de un paciente con diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2 es esencial para entender las necesidades que los profesionales de la salud deben abarcar, encontrando elementos externos en el entorno e internos como la parte psicosocial y biológico; por esta razón se aplicó el modelo del sistema conductual, con el objetivo de componer una serie de subsistemas interdependientes e integrados a la persona, tratando de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue.

En el caso de la paciente, su proceso de cambio se completa, por lo cual se implementa el Plan de Atención de Enfermería (PAE) con el siguiente diagnóstico: Perfusión tisular periférica ineficaz R/C diabetes mellitus E/P dolor en las extremidades, Distancias totales más cortas en la prueba de caminar con el objetivo estado circulatorio, las intervenciones que se realizan se enfocan en cuidados circulatorios: insuficiencia venosa, control de la diabetes, manejo del dolor, permitiendo un equilibrio metabólico, manteniendo el peso adecuado, para mejorar la salud. En conclusión, la interacción con la paciente por medio del PAE, no solo es de gran beneficio para el sujeto de cuidado, sino para el profesional que lo realiza, puesto que permite dar un tratamiento integral y la adquisición de habilidades por parte de la paciente para desarrollar con comodidad y satisfacción, además, por parte de la enfermera para acompañar los procesos conductuales.

1. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: lbarrientos73318@cue.edu.co
2. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: imejia732018@cue.edu.co
3. Estudiante de enfermería. Cuarto Semestre. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: esolano732618@cue.edu.co

Palabras Claves:

Diabetes, conducta, prevalencia, glucosa.

Abstract

Evidencing the experience of a patient with type 2 Diabetes Mellitus diagnosis is essential to understanding the needs of health professionals should encompass, finding internal and external such as environment elements such as psychosocial and biological; for this reason, applied the model of system behavior, in order to compose a series of interdependent and integrated subsystems to the person, trying to strike a balance through adjustments and adaptations that get.

In the case of the patient, your change process is completed, so it implements the Nursing Care Plan (NCP) with the following diagnostic: Peripheral tissue perfusion ineffective R/W diabetes mellitus E/B pain in the extremities, total shorter distances in the race walk with the circulatory State objective, the interventions that were made you focus on care circulatory: venous insufficiency, diabetes, pain management control, allowing a balance of metabolic, maintaining a healthy weight for the improvement of health. In conclusion, the interaction with the patient through the NCP is not only of great benefit to the subject of care, but for the professional who performs it, since it allows to give an integral and with this treatment for the acquisition of skills by the patient to develop a comfort and healthy satisfaction, moreover, by the nurse to accompany the behavioural processes.

Key Words: Diabetes, conduct, prevalence, glucose.

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹ dentro de las patologías crónicas más prevalentes se encuentra la diabetes; una enfermedad que afecta el sistema endocrino del cuerpo humano, generando una acumulación de glucosa en el torrente sanguíneo. Dentro de las diabetes encontramos la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Diabetes Mellitus Tipo Uno (DM1) y Tipo Dos (DM2); siendo esta la más prevalente en el mundo, de etiología múltiple caracterizada por hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. A nivel mundial 422.000.000 de adultos fueron Diagnosticados con diabetes en el año 2014, pasando de 4,7% en 1980 al 8,5% en este año. El aumento de las personas afectadas nos hace suponer que hay incremento de factores de riesgos como la obesidad, encontrando más predominio en países de ingresos medianos y bajos que en los de ingresos altos.

Según la Federación Internacional de Diabetes:

A nivel continental en el año 2015 encuentra a Norte América y el Caribe una prevalencia de 12,9% de la población afectada, en segundo puesto está Oriente Medio y Norte de África con prevalencia de 9,1%, y en tercer lugar se encuentra en el Sur y Centro América una prevalencia de 9,4% de la población enferma por diabetes ².

Según la tabla 1, se evidencia que Colombia ocupa el cuarto lugar con una superioridad de 9,6% superior a la de Centro y Sur América, siendo similar la

prevalencia entre hombres y mujeres un 8,5%.

Tabla1 Los países con más prevalencia de Sur América

Países	Prevalencia entre 20 y 79 años (%)	Mujeres %	Hombres %
Venezuela	11,1 (9,1-13,5)	8,4	9,7
Chile	11,0 (9,3-13,6)	9,5	10,6
Brasil	10,2 (9,3-11,3)	7,2	8,7
Colombia	9,6 (8,6-10,7)	8,5	8,5
Ecuador	8,5 (6,6-11,7)	8,5	7,9

Fuente: Federación Internacional Diabetes, 2015

Datos del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo³ los departamentos con más prevalencia son Valle del Cauca y Risaralda 2,5%, Bogotá D.C y Quindío 2,4% y en último lugar Vaupés 0,1%.

Un estudio realizado por la Secretaria de Salud Departamental del Quindío⁴ (Tabla 2) estableció el predominio de diabetes en pacientes no insulino dependientes con 73% (4.879 casos). Más de la mitad de población en el Quindío proceden de Armenia con un total de 3.923 casos (58%). La prevalencia por sexo reveló que son más las mujeres con un 65% (4.379 casos), mientras que en hombres se reportaron 2.344 correspondiente al 35% de la población estudiada. En el área de procedencia más altas con 94% (6.312 casos) es a nivel rural. En su mayoría las atenciones realizadas por diabetes se efectuaron por consultas con 6.360 casos equivalente al 97%. El 50% de la población enferma con diabetes pertenecen al régimen subsidiado.

Tabla 2 prevalencia de diabetes en el Quindío

Variable	CATEGORIA	CASOS	%
Grupo ECNT	No insulino dependientes	4879	73%
	Insulino dependientes	1196	18%
	Diabetes no especificada	8563	8%
	Otras diabetes total	83	1%
Municipios	Armenia	3923	58%
	Calarcá	648	10%
	Quimbaya	546	8%
	Montenegro	435	6%
	Circasia	319	5%
	La Tebaida	248	4%
	Filandia	202	3%
	Córdoba	106	2%
	Genova	105	2%
	Pijao	88	1%
	Salento	71	1%
Buenavista	30	0%	
Sexo	Femenino	4379	65%
	Masculino	2344	35%
Area de Procedencia	Rural	6312	94%
	Urbano	411	6%
Atenciones	Consulta	6360	95%
	Urgencias	269	4%
	Hospitalización	94	1%
Tipo de Afiliación	Subsidiado	3346	50%
	Contributivo	3102	46%
	Particular	96	1%
	Vinculado	75	1%
	Otro	69	1%
	Desplazado subsidiado	14	0%
Desplazado contributivo	5	0%	

Fuente: Rips del Departamento del Quindío 2016

La fisiopatología de la DM2 “se caracteriza por una menor secreción de insulina, resistencia a dicha hormona, producción excesiva de glucosa por el hígado y metabolismo anormal de grasa⁵.”

En las etapas iniciales, la tolerancia a la glucosa sigue siendo casi normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta del páncreas logran la compensación a incrementar la producción de la hormona. Al evolucionar la resistencia a la insulina y surgir hiperinsulinemia compensatoria, los islotes pancreáticos en algunas personas no pueden ya conservar el estado

hiperinsulinémico, en ese momento surge un trastorno de la tolerancia a la glucosa, caracterizada por incrementos en el nivel de glucemia postprandial. La disminución ulterior en la secreción de la insulina e incremento de la producción de glucosa por el hígado culminan en la diabetes con hiperglucemia en el ayuno. Posteriormente surge insuficiencia de las células beta ⁵.

Un signo notable de la DM2 es la resistencia a la insulina, que es la menor capacidad de la hormona para actuar eficazmente en los tejidos destinatarios (músculo, hígado, grasa) y es consecuencia de una combinación de susceptibilidad genética y obesidad. La resistencia es relativa, porque los niveles Supranormales de insulina circulante normalizarán la glucemia plasmática. La resistencia a la acción de la insulina altera la utilización de glucosa por tejidos sensibles a insulina, aumentando la producción hepática de glucosa; ambos efectos contribuyen a la hiperglucemia de la diabetes. El aumento de la producción hepática de glucosa es causado predominantemente por los elevados niveles de FPG, mientras que el decremento de la utilización periférica de glucosa produce hiperglucemia posprandial. En el músculo esquelético existe un trastorno mayor del uso no oxidativo de la glucosa (formación de glucógeno) que del metabolismo oxidativo de la glucosa por la Glucólisis. La utilización de la glucosa por los tejidos independientes de la insulina no está alterada en la DM2 ⁵.

Los niveles de receptor de la insulina y de actividad de cinasa de tirosina están

disminuidos, pero lo más probable es que estas alteraciones sean secundarias a la hiperinsulinemia y no un defecto primario. Por lo tanto, se cree que la resistencia a la insulina el factor predominante son los defectos posteriores al receptor por ejemplo el defecto en las señales de cinasa de PI-3 puede disminuir la translocación de GLUT4 a la membrana plasmática. Otras anormalidades comprenden la acumulación de líquido entre los miocitos de fibra estriada que pueda disminuir la fosforilación oxidativa mitocondrial y aminorar la producción de ATP mitocondrial estimulada por insulina. La menor oxidación de ácidos grasos y acumulación de lípidos dentro de los miocitos de la fibra estriada puede generar especies de oxígeno reactivas como a los peróxidos de lípidos. No todas las vías de transducción de las señales de la insulina son resistentes a los efectos de esta hormona. Como consecuencia, la hiperinsulinemia puede incrementar la acción de la insulina a través de estas vías, lo que aceleraría en potencia los trastornos relacionados con la diabetes como la aterosclerosis ⁵.

La obesidad que acompaña la DM2 particularmente la obesidad central y visceral oficial se piensa que es parte del proceso patógeno. La mayor masa de adipocitos hace que aumente los niveles de ácidos grasos libres circulantes y de otros productos de los adipocitos. Dichas células secretan diversos productos biológicos (ácidos grasos libres no esterificados, proteínas ⁴ que se liga a retinol; lectina, TNF- α , resistina, y adiponectina). Las adipocinas, además de regular el peso

corporal, el apetito y el gasto de energía también modulan la sensibilidad de la insulina. La mayor producción de ácidos grasos libres y de algunos adipocitos puede causar resistencia a la insulina en músculos de fibra estriada y el hígado, por ejemplo los ácidos grasos mencionados disminuyen la utilización de glucosa por el hígado y aminora la función de las células Beta. A diferencia de ello, la obesidad disminuye la producción de adiponectina por parte de los adipocitos, es un péptido insilunosensibilizante, y ello podrá contribuir la resistencia a la insulina por parte del hígado. Los productos de los adipocitos y adipocinas también generan un estado inflamatorio y ello explica por qué aumentan los niveles de marcadores de inflamación como IL-6 y la proteína Creactiva en la DM2 junto la inhibición de las vías de señales inflamatorias como el factor nuclear kB, al parecer mejoran la sensibilidad a la insulina e hiperglucemia⁵.

Según González M, Lopera W, Arango A⁶. Las Biguamidas aumentan la actividad de AMP Kinasa (AMPK) que puede ser por un efecto agonista directo sobre la AMPK o por supresión de la oxidación mitocondrial hepática, resultando en una más alta relación AMP/ATP y así una activación secundaria de AMPK. La Metformina tiene un aparente efecto de sensibilización de la insulina sobre la captación de glucosa en el músculo. Entre sus efectos adversos se encuentra diarrea, náuseas, sabor metálico y anorexia. Con el uso crónico hay una disminución en la absorción de vitamina B12 y folatos. Puede inducir acidosis láctica,

inmediatamente se debe suspender el medicamento, igualmente en caso de ayuno prolongado. Con la presentación de dosis de liberación prolongada los efectos adversos se disminuyen; además está contraindicada para insuficiencia renal, hepática, circulatoria, cardiaca, EPOC, hipersensibilidad, desnutrición severa, edad avanzada, deshidratación aguda, embarazo y lactancia

Metodología:

Para el desarrollo del artículo se procede a analizar el siguiente caso de enfermería, mediante el cual se entrevista una mujer quien convive con DM2, con previo consentimiento informado, a quien se le realiza PAE, aplicando múltiples herramientas de diagnóstico que son útiles desde el Modelo del Sistema Conductual⁷, propuesto por la Profesional de Enfermería y Magíster en Salud Pública Dorothy Johnson, con la cual se plantea un Diagnóstico de Enfermería con sus correspondientes objetivos e intervenciones, tomando como referencia herramientas taxonómicas: North American Nursing Diagnosis Station (NANDA)⁸, Nursing outcomes Classification (NOC), Nursing Intervention Classification (NIC)⁹. A continuación, se procede con la información.

Mujer de 57 años de edad, residente del Municipio de Calarcá Quindío, quien se dedica a las labores domésticas, refiere “cuando me diagnosticaron la diabetes he cambiado cosas en mi vida, como la dieta”.

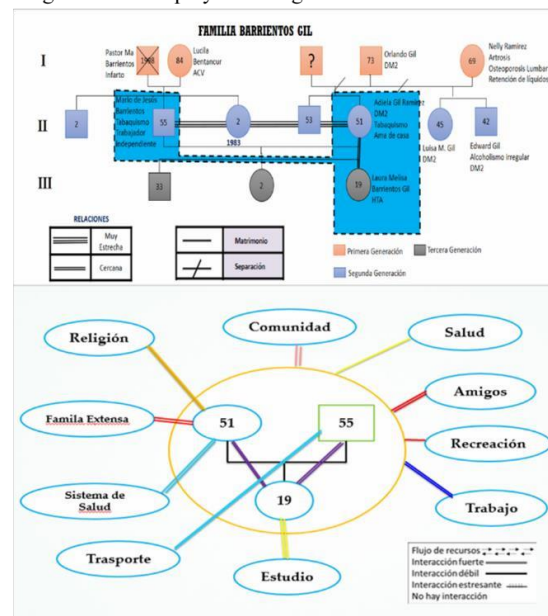
Hace dos años fue diagnosticada con DM2, por medio de exámenes rutinarios se observó alteraciones en los niveles de glucosa, realizándole el respectivo seguimiento; cuenta con antecedentes quirúrgicos a nivel estético, lipectomía y mamoplastia, hace 17 años, al año se la retira; a nivel funcional, colecistectomía y ligadura tubárica hace 19 años, operación del túnel carpiano hace ocho años. Siguiendo los subsistemas planteados en el modelo se valoran los aspectos necesarios, narrados a continuación:

El análisis de los subsistemas externos e internos se realiza para evaluar y evidenciar subsistemas nucleares alterados a causa de eventos inoportunos de gran influencia dentro de los mismos⁷.

Los estímulos externos son factores estresantes que ocasionan afección en el individuo, obrando alteraciones en los subsistemas relacionados al estímulo⁷. Se evidencian alteraciones de carácter económico dentro del subsistema dependencia, puesto que en la valoración la paciente se encuentra sujeta de diferentes aspectos como el ámbito laboral al cual no tiene acceso por decisión de su familia, quienes optaron por su manutención, debido al estado de salud, sin tener en cuenta la opinión de la paciente. Entre los estímulos internos se consideran la experiencia, la maduración, los aprendizajes, la dimensión biológica, psicológica y la sociológica. Se evidencia que la paciente presenta psicológicamente como resultado 27 puntos, según la escala Rosenberg¹⁰, presentando un nivel de autoestima medio, que conviene mejorarlo; también, se resalta alteración de

carácter sociológico, donde refiere que quisiera tener trabajo e ingresos, pero su familia decide por ella, limitándola a hacerlo. Durante la valoración del subsistema realización, se establece que la paciente tiene una fuerte conexión con la religión, haciendo su vida más armoniosa con su núcleo familiar y amigos, puesto que es otro de los motivos de su felicidad como se puede evidenciar en la figura 1, de igual forma, sobre agresividad se evidencia que la paciente tiene relaciones fuertes con su entorno, concluyendo que es una persona pacífica y sociable

Figura 1: Ecomapa y Familiograma



Fuente: datos del autor.

En la valoración del subsistema dependencia, la paciente presenta gran dependencia al Sistema de Salud, ya que depende del medicamento y asistencia a controles médicos, de modo que se evidencia alterado en el control metabólico y examen de la Hemoglobina Glicosilada 6,5%, dando a entender que hay poca

adherencia al tratamiento. Dentro de otros paraclínicos se obtiene: Glicemia 121,50mg/dl, Colesterol total 215,30mg/dl, Colesterol HDL 30,90mg/dl, Triglicéridos 257,20mg/dl, Creatinina en suero 0,48mg/dl. También se encuentra el subsistema afiliación, donde se evidencia por medio de los factores de riesgo presentados en el ambiente familiar, desencadenando el hábito de fumar, generando más complicaciones a la paciente. Por otra parte, en el subsistema ingestión, evaluado por medio de la anamnesis realizada a la paciente, estableciendo que presenta un alto consumo de alimentos a lo que debería ingerir por su enfermedad según la pirámide alimenticia de la diabetes, debido a que consume cinco porciones diarias de lácteos, y lo recomendado para adultos es de dos a tres porciones diarias, en cuanto a porciones de vegetales lo recomendado es de tres a cinco porciones diarias, pero la paciente ingiere de una a dos porciones al día; el consumo de carne está dentro de los parámetros establecidos, ya que consume una porción de carne, su consumo de azúcar es excesivo para su condición patológica, donde ella refiere consumir cinco cucharaditas en total de azúcar en el café del desayuno y cena. Paciente quien presenta un peso de 73Kg, altura de 1,62m y un Índice de Masa Corporal de 27,82 (sobrepeso), siendo el IMC de 18,50-24,99. Se evalúa el subsistema eliminación, utilizando el Cuestionario Internacional de Actividad Física ¹¹, el cual mide las conductas relacionadas con la actividad física, dando como resultado un nivel bajo. Micciona entre seis y siete veces al día, orina incolora, sin olor;

defeca de una a dos veces al día, sus heces son color marrón y textura normal. Paciente quien secreta sudor al realizar labores domésticas, ejecutándolas de una a dos veces al día. Por último, se encuentra el subsistema sexual, el cual se analiza mediante “La Escala de Kinsey” ¹² que valora preferencias sexuales relacionadas a la orientación, en donde se obtuvo como resultado 0, significando que la paciente tiene tendencias exclusivamente heterosexuales, previamente se le realiza una serie de preguntas con el fin de abarcar los aspectos sexuales, su vida sexual tuvo inicio a los 18 años desde entonces ha mantenido relaciones con el mismo hombre, quien es su pareja desde hace 34 años; no utiliza métodos anticonceptivos debido a que le realizaron intervención quirúrgica de ligadura tubárica. La paciente refiere estar totalmente satisfecha sexualmente y manifiesta que no presenta ninguna dificultad o molestia en el momento de tener relaciones sexuales, no se le valora los genitales, ya que la paciente no lo permite. La citología se la practica cada año, siendo la última en noviembre del año 2017.

Posteriormente, se elabora examen físico complementando los parámetros que no están contenidos en los subsistemas planteados en el Modelo del Sistema Conductual. En la anamnesis paciente refiere: “uso gafas para leer”, “tengo cataratas en el ojo izquierdo”, “sufro de túnel carpiano en ambos brazos”, “me duelen mucho las piernas, hace siete años me operaron de las venas varices, pero no tuve el resultado que esperaba, pues me duele mucho... en escala del dolor 7/10”.

Mediante la “Cartilla de Jeager” se observa alterado el II par craneal, presentando dificultad para leer a corta distancia, III par craneal se ve alterado en el nervio oculomotor, debido a la operación del ojo izquierdo, a la exploración de la cavidad oral se evidencia dentadura con caries y coloración amarillenta, por consumo de tabaco y café, el par craneal XI espinal, expresa dolor en cervical, escala del dolor 5/10, en abdomen presenta estrías y cicatriz en el hipocondrio derecho por apendicetomía, se detecta protuberancia en el mesogastrio, por hernia umbilical. En la extremidad superior izquierda se observa cicatriz de 0,5 cm en zona radial anterior, se realiza una prueba en la que sube las escaleras de la casa, evidenciando dificultad para ésta y expresando dolor, también hace un recorrido en un tiempo de 20 minutos en 110 pasos por minuto y al estar de pie durante 20 minutos o más, expresa mucho dolor durante el periodo de tiempo y presenta inflamación en miembros inferiores.

Diagnóstico:

Diagnóstico1.

Actividad/reposo

Dominio9:

Clase2:

cardiovasculares/pulmonares

Respuestas

Perfusión tisular periférica ineficaz R/C diabetes mellitus. Evidenciado por dolor en las extremidades, distancias totales más cortas en la prueba de caminar.

NOC: Estado circulatorio

NIC:

- Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa: para beneficio de los vasos periféricos se busca reabastecer el flujo rico en oxígeno dentro del fenómeno presión-flujo, influido por los efectos de la gravedad sobre la presión venosa con su componente la presión hidrostática, favoreciendo el movimiento y la irrigación sanguínea hacia estos capilares ¹³.
- Control de la Diabetes: se centra en el equilibrio de tres factores: los medicamentos que la persona toma, la comida que consume y la cantidad de ejercicio que hace. La combinación de estos en forma sincronizada ayuda a las personas mantener la glucosa en niveles adecuados ¹⁴.
- Manejo del Dolor: disponer del conocimiento necesario que le permita administrar el tratamiento de forma eficaz. Se puede poner una bolsa con hielo envuelta en la toalla por unos 15 minutos en el lugar del dolor, hacerlo varias veces al día. Además, puede ser de bastante ayuda poner a descansar las piernas en un lugar alto, que queden en una posición más alta que la del corazón. Es recomendable hidratación y estiramiento para los calambres. Enseñar a la paciente sobre la vestimenta y zapatos que debe de usar para caminar ¹⁵.

Diagnóstico2. Dominio9: Nutrición

Clase2: Ingestión

Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades R/C aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas evidenciado por estilo de vida sedentario.

NOC: Conducta de Pérdida de Peso

NIC

- Asesoramiento nutricional: una dieta balanceada debe estar comprendida por la ingestión de frutas y vegetales frescos, cantidades adecuadas de cereales integrales, verduras, frutas, semillas y frutos secos, pues contienen, en su mayoría fitonutrientes y otras sustancias como antioxidantes, neutralizan los radicales libres y protegen a la célula del daño radical. Por estas razones las dietas con abundantes verduras, frutas y cereales no procesados y bajos niveles de grasa saturada y proteína de origen animal, se asocian a la disminución de riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales¹⁶.
- Modificación de la conducta: mediante terapia de tipo cognitivo-conductual, por lo tanto, tiene como fin modificar los pensamientos, sentimientos, actitudes, emociones y comportamientos negativos. Es utilizada para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida ¹⁶.

Diagnóstico 3. Dominio 11: Promoción de la Salud

Clase2: Toma de conciencia de la salud. Estilo de vida sedentario R/C falta de interés. E/P demuestra falta de condición física.

NOC: Motivación.

NIC:

- Fomento del ejercicio: instruir al paciente acerca del ejercicio adecuado para su nivel de salud, sobre la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios programados, debemos ayudar al paciente a preparar y registrar los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicio. Informar a la paciente, facilitarle el plan de actividades físicas, cognitivas sociales y espirituales específicos para aumentar el margen de frecuencia, duración de la actividad individual o grupal que es de suma importancia para reforzar la realización de sus metas ¹⁷.
- Terapia de Actividad: es parte importante de un estilo de vida saludable para las personas con diabetes, además, de otros beneficios, seguir un plan de alimentación saludable y mantenerse físicamente activo puede ayudarle a mantener su nivel de glucosa en la sangre dentro de los límites deseados. Una sesión debería constar de 15 minutos de estiramiento y fuerza muscular, 5 minutos de calentamiento aeróbico y 5 minutos de ejercicio de baja intensidad al finalizar, además se le recomienda caminar ¹⁷.

Evaluación:

Tras la aplicación de las intervenciones anteriormente propuestas durante un periodo de cuatro meses se logra evidenciar la adquisición de estilos de vida saludables como el ejercicio y una alimentación equilibrada por parte de la

paciente, para contribuir con su estabilidad corporal y psicológica, logrando cumplir de manera efectiva el objetivo propuesto.

Conclusiones:

Para concluir, se resalta la importancia de la enfermería y su plan de atención, implementando acciones encaminadas a una estabilidad del ser humano en su salud y en sus cuatro esferas (biológica, psicológica, social y psicosocial), generando estrategias e implementando herramientas para el óptimo desarrollo del individuo con su patología.

La implementación del PAE brinda cuidados desde la profesión de enfermería con modelos y teorías buscando el cuidado integral del ser humano y la ejecución de esta ayuda a los profesionales de la salud a enfrentar los problemas del individuo.

Según la problemática expuesta, se generan unos objetivos e intervenciones con el fin de mejorar las falencias por las que está pasando el individuo.

La DM2 es una patología que presenta gran prevalencia en la actualidad, debido a factores como la obesidad y el sedentarismo. Por ello, es indispensable la intervención del profesional de enfermería para generar cuidados íntegros y holísticos, permitiendo así el uso de estrategias para prevenir dichas enfermedades, dar educación, brindar atención oportuna para evitar complicaciones, con el fin de disminuir la prevalencia, logrando un tratamiento y la detección eficaz, para emprender estas

actividades es primordial generar confianza y un adecuado trato entre enfermero y paciente.

Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. [consultado 2018 Mayo13]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=2626AF34BF368CB2CAC23643DDFC497F?sequence=1
2. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes. Séptima Edición [internet]. [consultado 2018 Mayo13].
3. Fondo Colombiano Enfermedades de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Colombia. [internet].
4. Colombia. Cuenta de alto costo [consultado 018 Mayo 13]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situación_de_la_Enfermedad_Renal_Crónica_en_Colombia_2015.pdf
5. Secretaría de Salud Departamental del Quindío. Informe Anual Sistema de Vigilancia en Salud Pública Departamento Quindío [Internet]. [Consultado 2018Mayo15]. Disponible en: http://www.quindio.gov.co/home/1INFORME_2016_VSP_FINAL.compressed.pdf
6. Fauci A, Kasper D, Longo D, Loscalzo J, Braunwald E, Hauser S,

- Jameson L. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2009.
7. González M, Lopera W, Arango A. Fundamentos de Medicina-Manual Terapéutica. 17ª ed. Medellín: CIB Fondo Editorial; 2016.
 8. Holaday B. Modelo del Sistema Conductual. En: Martha Raile Alliegood. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. España: Elsevier España, S.L. 2015. 366- 390.
 9. Herdman T. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Barcelona Elsevier; 2012-2014.
 10. Junta Andalucía Consejería de Salud. Cuestionario Internacional de Actividad Física [Internet]. [Consultado 2018 Mayo 01]. Disponible en : http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs/ salud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/promocion_salud_lugar_trabajo/cuestionario_actividad_fisica_ipaq.pdf
 11. Morales D. Escala Kinsey [internet]. [Consultado 2018 Abril 26]. Disponible en: <https://culturacolectiva.com/adulto/la-escala-de-kinsey-y-que-tan-bisexual-eres-en-13-preguntas/>
 12. Gonzalo M. Plan de cuidados individual: revascularización arterial periférica. RE. [internet] 2013: 175- 221. [consultado 2018 mayo 28]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1582/1604>
 13. Jiménez A, Aguilar C, Rojas R, Hernández M. Diabetes mellitus tipo2 y frecuencia acciones para su prevención y control. Salud pública México [revista en la Internet]. 2013; 55:137-143 [citado 2018 Mayo 28]
 14. Bravo A. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. [internet]. [consultado 2018 Mayo 28]. Disponible en: https://es.slideshare.net/maur_jmp/cuidados-de-enfermeriaenelpacientecondolor
 15. González R, Cardentey J, Casanova M. Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo2. AMC [Internet]. 2015. [citado 2018 Mayo 25]; 262-270. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000300008&lng=es.
 16. González M, Duarte G. Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de caso. [Internet]. 2014 [citado 2018 Junio 24]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100010&lng=es.
 17. Márquez J, Ramón G, Márquez J. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo2. RAEM [internet]. 2012; 2 (49); 203-212 [consultado 2018 mayo 25]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v49n4/v49n4a06.pdf>



XI ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CUE AVH

EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA UN CUIDADO CON CALIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Artículo de Revisión



Filial de:



CONOCE MÁS EN:

cue.edu.co

MÁS INFORMACIÓN

Programa de Enfermería

Sede Alcázar / Cl. 4N #13-05

PBX:(6) 7451544 / info@cue.edu.co

Revisión

Transición de las Personas que conviven con VIH/Sida desde la Teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis

Aldana MJ¹, Barragán YL², Hurtado EM³, Valderrama Y⁴.

Resumen

El VIH es uno de los mayores problemas para la salud a nivel mundial, ha cobrado más de 35 millones de vidas. A nivel nacional la cifra va en aumento, convirtiéndose en un problema de salud pública. El presente estudio pretende analizar la transición que experimentan las personas diagnosticadas con el VIH/Sida basada en la teoría de enfermería de las Transiciones de Afaf Ibrahim Meléis, aplicando una metodología de investigación mixta concurrente de tipo documental;

los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva, empleando la herramienta Microsoft Excel, mientras que para la información cualitativa se extrajo desde artículos científicos y estudios de caso a través de la herramienta Atlas Ti versión 7.

Como resultado se encontró, que la mayoría de los textos analizados (97%) respondieron a dos o más categorías: patrón y condiciones de la transición; terapéutica de enfermería, además un 93% de los documentos se enmarcaron en la visión Interactiva- integrativa, al reconocer un ser multidimensional. Desde lo cual se pudo determinar que la transición que experimentan estas personas en su mayoría se asocian a percepciones negativas sobre la enfermedad; ya que influye fuertemente el estigma, el aislamiento social y creencias de cada persona, generando que el tipo de transiciones sea múltiple por contener transiciones de desarrollo, situacionales y de salud enfermedad; en cuanto la terapéutica de enfermería los registros son limitados, razón por la cual es difícil identificar el rol del profesional como facilitador de la transición ya sea de manera preventiva o terapéutica.

1. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: maldana63319@cue.edu.co
2. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: ybarragan63619@cue.edu.co
3. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: ehurtado631519@cue.edu.co
4. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: yvalderrama63341@cue.edu.co

Palabras claves: VIH/ SIDA, Afrontamiento, Transición, Adaptación.

Abstract

VIH is one of the biggest health problems worldwide, it has claimed more than 35 million lives. At a national level, the number is increasing, becoming a public health problem. The present study aims to analyze the transition experienced by people diagnosed with VIH based on the theory of nursing of the Transitions of Afaf Ibrahim Meléis, applying a concurrent mixed research methodology of documentary type; the quantitative data were analyzed by means of descriptive statistics, using the Microsoft Excel tool, while for the qualitative information it was extracted from scientific articles and case studies through the Atlas Ti version 7 tool. As a result, it was found that most of the texts analyzed (97%) responded to two or more categories: pattern and conditions of the transition; Nursing therapeutics, in addition, 93% of the documents were framed in the Interactive-integrative vision, as a multidimensional being recovers. From which it was determined that the transition experienced by these people is mostly associated with negative perceptions of the disease; since it strongly influences the stigma, social isolation and beliefs of each person, generating that the type of transitions be multiple because they contain developmental, situational and health-disease transitions; as soon as the nursing therapeutics the records are limited, which is why it is difficult to identify the role of the professional as a

facilitator of the transition, either in a preventive or therapeutic way.

Keywords: VIH / AIDS, Coping, Transition, Adaptation.

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario,

"inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH ¹.

El Virus de la inmunodeficiencia humana es uno de los mayores problemas para la salud a nivel mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas ². En 2016, se estima que aproximadamente un millón de

personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus con una incidencia de aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. A nivel nacional según el Ministerio de Salud ³ en el año 2015, se notificaron 11.414 casos, correspondientes a (75,9%) casos de VIH, (16,9%) de sida y (7,2%) muertes por sida. De los 11.414, 76,8% fueron hombres y 23,2 % mujeres. Del total de estos casos, 99,3% (11.335) corresponden a infectados por vía de transmisión sexual, 0,43% a transmisión materno infantil y 0,23% a personas que se inyectan drogas; Según la secretaria de Salud de la gobernación del Quindío³ se reportaron para el año 2016 443 casos, de los cuales 248 corresponden a VIH, 128 casos a estadio SIDA y 67 casos ³.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, parto y lactancia ¹.

El VIH / SIDA es considerado como una enfermedad devastadora que afecta a todas las personas, sin importar la edad su religión u estrato social, según la

organización Mundial de la Salud ¹, razón por la que cada individuo desarrolla diferentes formas de afrontamiento siendo dependiente, en la mayoría de los casos, del conocimiento adquirido durante su vida, facilitando el desarrollo de una transición sana o no de la enfermedad.

Esta investigación tiene como objetivo identificar los tipos de transición que genera el paciente que convive con VIH desde la teoría de las transiciones Afaf Ibrahim Meléis.

Metodología

El trabajo que se plantea desarrolla una investigación mixta concurrente de tipo documental, orientada por descriptores relacionados con el afrontamiento de personas que conviven con el VIH/SIDA, los cuales fueron analizados desde la Teoría de enfermería de las Transiciones de Afaf Ibrahim Meléis categorías como: tipo de transiciones, patrones de transiciones, propiedades de la experiencia transición, condiciones de las transiciones, patrones de respuesta y terapéutica de enfermería.

Las publicaciones fueron tomadas de internet en el idioma español e inglés entre el año 2013 al 2018, a través de bases de referencia como ProQuest, Scielo, Dialnet y otros publicados en países como

Colombia, Brasil ,Chile y México; utilizando palabras claves como : Afrontamiento ,VIH / SIDA ,adaptación y adaptación psicológica. Los documentos recolectados fueron ingresados a una ficha de selección, ficha resumen que estaba estructurada con: número de ficha, nombre de autores, título del documento, nombre de la revista año de publicación, objetivo, visión de enfermería, datos que fueron determinados como variables y resumen que contuvo la unidad hermenéutica obtenida de los datos abstraídos de los documentos analizados.

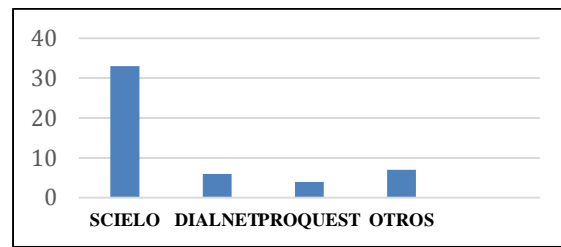
El análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva por medio de distribución de frecuencias, empleando la herramienta Microsoft Excel, mientras que la información cualitativa fue analizada por medio de Atlas Ti versión 7.

Por último, durante la realización de esta investigación se respetaron los derechos de autor.

Resultados

En esta investigación se observa el resultado de los análisis de documentos escritos sobre el VIH/SIDA; con un total de 69 artículos los cuales se incluyeron en fichas de selección con criterios de inclusión como fecha del artículo, título, categorías ya mencionadas de la teoría de enfermería, se obtuvo un total de 50 artículos que cumplen con dichos criterios para la realización de su análisis, como se muestra a continuación las gráficas por distribución de frecuencias:

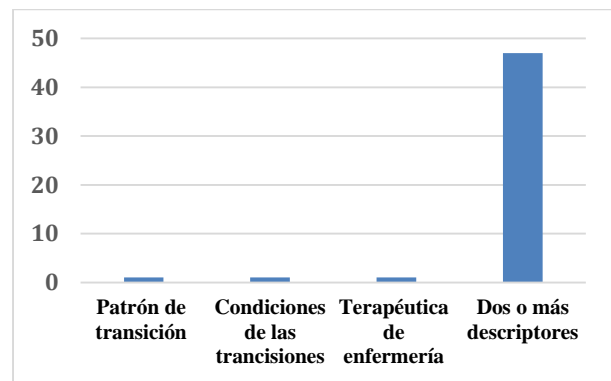
Gráfica 1 Distribución de frecuencias según categoría buscador.



Fuente: datos del autor

Como se puede observar en la gráfica 1 la mayoría de la información fue encontrada en el buscador Scielo con un porcentaje de 43 %, seguido de otros documentos científicos con un 17 % Dial net con un 16 % y por último Proquest con un 14 %.

Gráfica 2. Distribución de frecuencias según categoría de análisis.

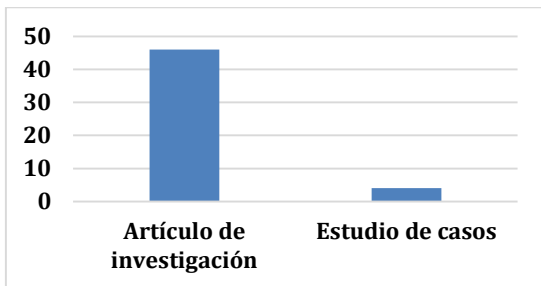


Fuente: datos del autor

Dentro de la gráfica 2 se puede observar que los documentos revisados aportaban elementos importantes y significativos para dos o más descriptores con el 97 %, seguido por las categorías de patrón de transición, condiciones de la transición y terapéutica de enfermería que agruparon el 3 % de los textos restantes; es importante mencionar que no se obtuvo información

que se pudiera relacionar con las categorías de tipos de transiciones, propiedades de la experiencia de la transición y patrones de respuesta.

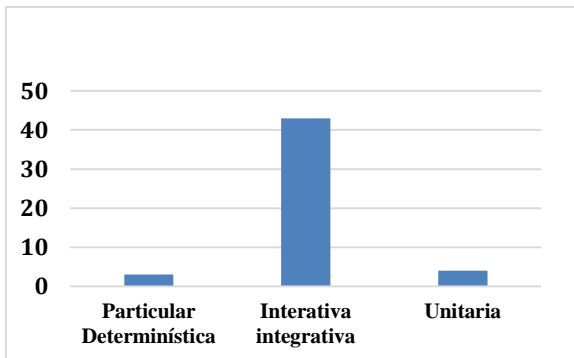
Gráfica 3: Distribución de frecuencias según categoría tipo de texto



Fuente: datos del autor.

Como se observa en la gráfica 3, los textos revisados fueron en su mayoría artículos de investigación con un 96%, seguido de estudios de caso con un 4%.

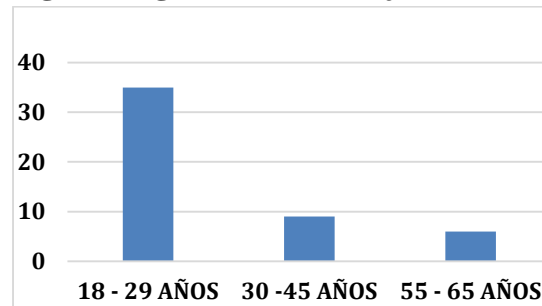
Gráfica 4: Distribución de frecuencias según categoría visión de enfermería



Fuente: datos del autor

En cuanto a la visión de enfermería, que enmarcaban los textos revisados, la Gráfica 4 permite observar que en su mayoría estos son elaborados desde la visión Interactiva- integrativa, 93 %, seguido de la visión Unitaria con el 4 % y particular determinística con el 3 %.

Gráfica 5: Distribución de frecuencias según categoría edad del sujeto



Fuente: datos del autor

En la gráfica 5 se puede observar que dentro del rango de edad (18-65) la más afectada es entre (18-29) con el 75 %, seguido de (30-45) con el 9 %, seguido de (55-65) con el 6 % para el total de 50. En conclusión la edad más afectada es el adulto joven.

Como otros criterios importantes dentro del análisis cuantitativo, se pudo observar que respecto al año de publicación de los artículos el año donde más se encontraron fue en el año 2014 con un porcentaje de 24 % seguidos del año 2018 con un 19 %, 2015 con un 20 %, 2016 con un 20 %, 2017 con un 15 %, se puede mencionar que dentro del país de origen el más encontrado fue en países no categorizados en un porcentaje del 35 % seguidos por Colombia 22 %, Brasil 17 %, México con un 13% Chile con un 13 %; y respecto a los descriptores más utilizados para la búsqueda de los artículos, los más encontrados fueron por VIH con un porcentaje de 33% seguido por dos o más descriptores con un 24 % seguido por afrontamiento con un 18 % adaptación con un 13% y por último adaptación psicológica con un 12 %.

Como se mencionó en la metodología este estudio corresponde a una investigación de enfoque mixto, por lo cual a continuación se desarrolla la información relacionada con las categorías de análisis, desde lo propuesto por la Teoría de las transiciones de Afaf Meléis.

a. Tipo de transiciones y patrones de las transiciones:

entendiéndose estos como los factores que intervienen en el proceso de la transición tales como el nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte, incluyendo además el proceso de recuperación alta hospitalaria y diagnóstico de la enfermedad crónica; es la forma como se presenta los tipos de transiciones, Incluyen multiplicidad y complejidad de los seres humanos⁴.

Dentro de los textos analizados para esta investigación se puede afirmar que el proceso de la enfermedad puede ocurrir en cualquier etapa del desarrollo humano, sin embargo para este trabajo se contempló edades entre los 18 a 65 años, por ser personas con autonomía y, desde el ciclo vital, con recursos propios para asumir las exigencias requeridas por la experiencia vital de desarrollar una enfermedad crónica; sin embargo, los textos analizados permitieron observar que ser

diagnosticado con VIH se asocia con una experiencia negativa, debido a los cambio que produce la enfermedad en la vida cotidiana, familiar y laboral^{5-6,26} por lo cual se puede afirmar que la persona que vive con el virus del VIH presenta transiciones de salud enfermedad, de desarrollo, situacional y organizativas⁶⁻⁸.

D19: (6:1558 [6:1817])

En total 70 personas contestaron la encuesta, con edades entre 18 y 66 años; se ubicó el promedio en 38,2 años (DE 12,6). El 50% de los pacientes tenía 38 años o menos; 25% presentaba una edad máxima de 28 años, y 75% reportó una edad menor a 47 años⁵.

D7: (8:2769 [8:3003])

“Mi familia pues tampoco sabe que tengo VIH porque a mí me da miedo perderlos, sobre todo a mis sobrinas, que mi hermana que es enfermera piense que yo les voy a pegar la enfermedad o algo así y pierda el cariño de todos ellos”⁷.

D 20: (14:661 [14:1034])

“Hubo un cambio significativo con respecto a su situación educativa, puesto que si bien al inicio señaló que abandonó sus estudios porque se sentía mal y otros pensamientos extremos, ahora ella pudo confrontar esta situación y darse cuenta de que no era la solución a su problema

y el hecho de abandonar sus estudios suponía renunciar a muchas metas que ella tenía ⁸.

b. Propiedades de la experiencia transición: son descritas como aquellos componentes necesarios para trascender de forma eficiente en el devenir de la experiencia humana, dentro de los cuales se encuentra ⁴.

b.1. Conciencia: definida como la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición; b.2. Compromiso: que es referida al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición; b.3. Cambios: que experimenta una persona respecto a su identidad, roles, relaciones capacidades y comportamientos; b.4. Tiempo: Es el punto de partida identificable; b.5. Puntos críticos y fenómenos: Son los marcadores importantes respecto a la salud ⁴.

Los documentos analizados, permiten afirmar que dentro de los patrones de la transición, las personas que son diagnosticadas con VIH presentan como punto crítico la sensación de ser aislado socialmente, además se perciben como discriminados por el contexto en el cual se desarrollan, produciendo temor para compartir la noticia de su diagnóstico con los seres queridos y entorno cercano; lo cual produce en respuesta la modificación de comportamientos en cuanto a la relación con los otros ⁹⁻¹³.

D13: (10:2777 [10:3138])

La explicación pertinente es que el nivel de conocimiento de la población angolana sobre las distintas formas de transmisión y prevención es muy bajo, lo que trae como consecuencia que los enfermos deciden alejarse de las personas más cercanas, separar los utensilios domésticos (platos, cubiertos), y así lo que logran es degradar aún más su autoestima ¹¹.

D18:(2:371 [2:698])

Por tanto, involucran cambios en una serie de prácticas que suponen modificaciones en los vínculos interpersonales, sexualidad, salud, enfermedad y cuidado del propio cuerpo y el de los otros, así mismo, surgen sentimientos de miedo, temor, desesperanza, culpa y un interrogante constante por la propia existencia ¹².

D9:(5:118 [5:648])

Contar que son portadoras de VIH o no, a sus allegados se convierte en un dilema al que se enfrentan las mujeres. Mantener en secreto su seropositividad se plantea como una estrategia para proteger su existencia y la de su hijo. Esta decisión les ocasiona gran preocupación, angustia y miedo, especialmente por la posible reacción negativa del compañero sentimental. En igual sentido, contar la noticia fue una

causa de rechazo por familiares cercanos y por otras personas fuera del entorno familiar ¹³.

- c. **Condiciones de las transiciones:** entendiéndose esta como las circunstancias que influyen en como una persona se mueve hacia la transición que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable ⁴.

Por esta razón dentro de la investigación se puede afirmar que tanto las creencias culturales como el estado socioeconómico de las personas influyen en la manera de afrontar la enfermedad y su adherencia al tratamiento farmacológico ¹³⁻¹⁷.

D40: (3:670 [3:909])

Como resultado, la mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad, que sumados al estigma que genera el diagnóstico del VIH tienen graves consecuencias para su salud y bienestar ³⁰.

D10: (7:4807 [7:5067])

Se observó que, cuanto mayor es el salario en la familia, mejor es la percepción de la CV en los dominios psicológico y medio ambiente. Este dato retrata que la CV en PVHS es determinada también por aspectos económicos, sociales y biopsicosociales ¹³.

D35: (9:854 [9:1004])

La falta de apoyo o soporte social de la familia, amigos o compañeros de trabajo en el Diagnóstico de la enfermedad impactarían también negativamente ³¹.

- d. **Patrones de respuesta:** son indicadores de proceso y resultado que caracterizan la respuesta saludable o no ⁴.

Por lo cual dentro de la investigación se puede afirmar que algunas personas que conviven con VIH/SIDA aceptan de forma positiva la enfermedad y con una participación activa de la familia ¹⁰.

D8: (9:788 [9:1183])

En 200 pacientes infectados con el VIH/SIDA, concluyeron que el apoyo social, especialmente la aceptación de la comunidad, es una variable moduladora en las dimensiones de calidad de vida asociadas a la salud mental, independientemente de la fase de desarrollo de la enfermedad, siendo más significativo en mujeres por el rol que desempeñan en la tradición familiar tailandesa ¹⁰.

D9: (6:2153 [6:2468])

Yo en mi embarazo sufrí porque yo pensé que de pronto [el bebé] me iba a nacer así [infectado]. ICE1HSBF11 Feliz porque él salió negativo... pero pues todo por él...

[El bebé] P1HTE1F39 La posibilidad de una infección del hijo causa sentimientos de preocupación constante que expresan con llanto frecuente ¹³.

D11: (5:2760 [5:2974])

Por otra parte el 40% manifestó “un sentimiento de amor a la vida”, un 50% mostró odio así mismo por haberse dejado contagiar, y el 10% expresó “odio hacia sí mismo y hacia las demás personas que ve felices” ¹⁸.

e. Terapéutica de enfermería: medidas altamente aplicables a las intervenciones terapéuticas durante las transiciones ⁴.

Las intervenciones del profesional de enfermería son de suma importancia en el área de educación enfocado a pacientes que conviven con VIH/SIDA, con un manejo interdisciplinario de forma integral para una mejora en la calidad de vida, se evidencia según los artículos encontrados que es muy poca la actuación de enfermería en estos casos ¹⁹.

D16: (4:4535 [4:5007])

1. Patients must actively regulate their behavior.
2. Patients, in their biopsychosocial complexity, transform the environment as they interact progressively and transform behavior over time.
3. Physicians and nurses play an integral role in development of

the interpersonal environment that exerts influence on the lives of patients.

4. Personal-environmental interactive patterns alter a patient's behavior¹⁹.

Discusión

El VIH Sida se ha convertido en una enfermedad de interés en salud pública, por su índice elevado de transmisión en todo el mundo, durante la revisión de los artículos se pudo observar que las personas atraviesan múltiples transiciones durante el proceso de la enfermedad.

En este estudio se identificó que los pacientes que conviven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana presentan dificultades en el patrón de respuesta, dado por la influencia del estado socioeconómico, las relaciones afectivas y las familiares sobre el desarrollo de una transición saludable o no.

Se evidencia que la enfermera no es protagonista en los procesos activos de la enfermedad, ya que a la revisión de las literaturas no se encuentra presente su participación en el afrontamiento de la transición del paciente, por lo tanto la enfermera debe abordar esta transición de una forma continua, brindando conocimiento de los cambios físicos, psicológicos y biológicos que se generan; su misión es el cuidado por medio de la estructuración de intervenciones que ocasionen adherencia a los tratamientos y que permitan originar en la persona

estrategias de afrontamiento de una manera integral .

Conclusiones

En la revisión teórica y con el apoyo de las 6 categorías (Tipo de transiciones, Patrones de transición, Propiedades de la experiencia transición, Condiciones de las transiciones, Patrones de respuesta y Terapéutica de enfermería) de la teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis se encontró que el tipo de transiciones son múltiples por ser los factores del proceso de desarrollo del individuo fundamentados en la forma que se presentan.

Por otra parte en la documentación de la investigación no se encontró fuentes con respecto a la teoría de las transiciones que sería el fundamento de una transición saludable para las personas que conviven con el VIH/SIDA. Además se evidencia la ausencia de la terapéutica de enfermería debido las dificultades del conocimiento.

Finalmente para enfermería es importante clarificar y ejercer el rol de la profesión que pueda ser preventivo y terapéutico para la transición de las personas.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la salud. VIH/ SIDA [internet]. [Consultado 2018 octubre 19]. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
2. Gobernacion del Quindio secretaria de salud. informe anual año 2016 VIH/Sida, vigilancia en salud pública departamento del Quindío [Internet]. [consultado 2018 octubre 19] Disponible en: <https://quindio.gov.co>
3. Ministerio de Salud y protección social. Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 2015 [internet]. [Consultado 2018 octubre 19]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documents/NOTICIAS%20OFICINA%20COMUNICACIONES/Salud/20161130_B_AnexoBoletinVIH.pdf
4. Meleis AI, teoría de las transiciones. Modelos y teorías en enfermería. Octava edición. Barcelona España: Elsevier; 2015. 368-384.
5. Cardona DV, Medina OA, Herrera SM, Orozco PA. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. Revista Habanera de ciencias Médicas [Internet]. 2015;15: 941-954 [Consultado 2018 Sep 03]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scri>

- pt=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010
6. Montalvo A, Herrera A. SIDA: Sufrimiento de personas con la enfermedad Cartagena. Av Enferm [Internet]. 2014; 33: 85-93 [Consultado 2018 Sep 05]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a10.pdf>
 7. Guevara S, Hoyos HP. Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. unisimon [Internet]. 2015:13 [consultado en 2018 sep 1]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v21n39/0124-0137-psico-21-39-00127.pdf>
 8. Laso D. Terapia breve centrada en soluciones aplicada al caso de una persona diagnosticada con VIH/SIDA. Ajayu [Internet]. 2016:14: 303-333 [Consultado 2018 Sep 03]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200005.
 9. Rodríguez Y, Andreu MA. Estilos de afrontamiento en un paciente joven con virus de inmunodeficiencia humana/sida. MEDISAN [Internet]. 2013; 17: 4023-4028 [Consultado 2018 Ago 27]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800017.
 10. Varela MT, Hoyos PA, Hernandez J. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales [internet] 2015. 13. [consultado en 2018. Septiembre 2]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>
 11. Nhamba LA, Hernández ME, Bayarre HD. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Dic [consultado 2018 Ago 29]; 40(4): 276-288. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400004&lng=es.
 12. Fuster MJ, Molero F, Holgado FP, Sansinenea E. (2013). Desarrollo de un nuevo Cuestionario para Medir las Estrategias que las Personas con VIH Usan para Afrontar el Estigma y la Discriminación Acción Psicológica, 10(2), [consultado en 2018 septiembre] <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n2/08monografico8.pdf> ap.10.2.11826
 13. Rubiano YL, Munevar RY, Sánchez BG. Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2016 Sep [consultado 2018 Sep 06] ; 48(3): 353-363. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072016000300010&lng=en.

- <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n3-2016009>.
14. Miaja MM, Moral J. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población en general. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* [Internet]. 2014; 6: 26-42 [Consultado 2018 Sep 06]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1793219602/FDBC0622719740D2PQ/1?accountid=187769>
 15. Montalvo A, Herrera A. SIDA: Sufrimiento de personas con la enfermedad Cartagena. *Av Enferm* [Internet]. 2014; 33: 85-93 [Consultado 2018 Sep 05]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a10.pdf>
 16. Fernández DB, Segura A, Cardona D, Caicedo B. Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enferm. Glob* [Internet]. 2017; 16: 154-181 [Consultado 2018 Sep 05]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200154
 17. Amuchástegui A, Reartes D. La voluntad de ser indetectable como proyecto de felicidad en mujeres viviendo con VIH en México. *Nueva antropol* [internet]. 2017; 30: 35 -53 [consultado 2018 septiembre 19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/na/v30n86/0185-0636-na-30-86-00035.pdf>
 18. Peñaloza M, Mora MA, Jaimes AY, Quintero AI. *Dialnet*. [Internet] 2013. Vol10 pags 11-13 [consultado en 2018 septiembre 2]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454576>
 19. Costa TL, Oliveira DC, Tosoli AM. Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud. *Rev. Latino – Am. Enfermagem* [Internet]. 2014; 22(4):582-90 [Consultado 2018 Sep 03]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00582.pdf
 20. Santana RS, Malfrán G, Carbonell IC, Soler al, Diaz CL. Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida. *MEDISAN* [Internet]. 2013; pp. 3010-3017 [Consultado 2018 Sep 03]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800004
 21. Gisleine M, Dell’Agnolo CM, Barros MD, Pelloso SM. Confronting HIV-positive mothers about the act of not breastfeeding. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [Consultado 2018 Sep 03]. Disponible en: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n1/pdf/v17n1a17-en.pdf>

22. Costa TL, Oliveira DC, Tosoli AM. Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud. *Rev. Latino – Am. Enfermagem* [Internet]. 2014;22(4):582-90 [Consultado 2018 Sep 03]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00582.pdf
23. Mesa YL, Torres RY, Sánchez BG. Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2016 [consultado en 2018 Sep 06];48(3):353-363. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072016000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n3-2016009>
24. Apodaca F, Molero F, Holgado Tello FP, Sansinenea E. (2013). Desarrollo de un nuevo Cuestionario para Medir las Estrategias que las Personas con VIH Usan para Afrontar el Estigma y la Discriminación. *Acción Psicológica*. [Internet]. 2013. [consultado en 2018 septiembre 02]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n2/08monografico8.pdfap.10.2.11826>
25. Moreno J, Barragan AM, Martinez M, Rodriguez A, Gonzalez CA. Calidad de vida y apoyo social percibido en personas con VIH en Bogotá, Colombia. *Biomedica Revista del Instituto nacional de salud*. [Internet] 2018;1:1-22 [consultado en 2018 octubre 1]. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3819/3929>
26. Radusky PD, Zalazar V, Aristegui I, Sued O, Mikulic IM. Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH (IE-VIH) en Buenos Aires, Argentina. *Psicodebate* [Internet]2018; 17:8-24[consultado 2018 septiembre 30]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6216058>
27. Betancour E, Reyes M. Estigma electrónico y VIH/Sida en puerto rico: El caso de Taina. *Salud y Sociedad*. [Internet]. 2014; 5: 11-20 [consultado en 2018 septiembre 30]. Disponible en: <http://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/884/716>
28. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reproductive Health*. [Internet]2015; 12: 9[consultado en 2018 septiembre 30]. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-015-0032-9>
29. Bruno L, Laborde, Broli F, Perez G, Dufrechou C. Vih-Sida:

- complicaciones neurológicas de los pacientes asistidos en un hospital general de adultos. Arch Med Interna [Internet] 2013; 1:5-8 [consultado en 2018 septiembre 30]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000100003
30. Arévalo L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. Rev Colomb. Enferm [internet] 2018; 16: 52-63 [consultado 2018 septiembre 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547223>
31. Decima M. UNLZ [Internet]2013; 1: 31-47[consultado en 2018 octubre 01] disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=58>
32. Rubia JM, Segovia M. Discriminación en la familia a mujeres que viven con VIH. Psicogente. [internet]. 2014; 1-15 [consultado 2018 septiembre 4] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-01372015000100008&lng=pt
33. Arraes C, Prado MA, Barbosa MA, Teles AS, Souza M, Matos MA. Masculinidad, vulnerabilidad y prevención de ETS / VIH / SIDA entre los adolescentes varones: representaciones sociales en un asentamiento de reforma agraria. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Sep 05]; 21 (6): 1266-1273. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601266&lng=en. Epub 16 de octubre de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3059.2363>
34. Arraes C, Prado MA, Barbosa MA, Teles AS, Souza M, Matos MA. Masculinidad, vulnerabilidad y prevención de ETS / VIH / SIDA entre los adolescentes varones: representaciones sociales en un asentamiento de reforma agraria. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Sep 05]; 21 (6): 1266-1273. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601266&lng=en. Epub 16 de octubre de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3059.2363>
35. Yeow NC, Caires A. The Health Promotion Model in HIV Care. Aquichán [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Sep 05]; 16(4): 418-429. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000400418&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.2>
36. Rubiano YL, Munevar RY. Cuando el VIH se cruza en el camino del embarazo: dolor, incertidumbre y miedos. Index Enferm [Internet]. 2016 Sep [consultado 2018 Sep 06]; 25(3): 211-214. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?sc>

- ript=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200019&lng=es.
37. Heras S, Astorga E, Herencias A, Cervigon R, Galvez J. Prevalencia y tipos de trastornos psiquiátricos en la población VIH de un Centro de Salud. *Revista Multidisciplinar Del Sida* [Internet]. 2018; 6: 20-28 [consultado 2018 septiembre 19]. Disponible en : <http://www.revistamultidisciplinar delsida.com/prevalencia-y-tipos-de-trastornos-psiquiatricos-en-la-poblacion-vih-de-un-centro-de-salud>
 38. Mendoza GI, González R, Rendón M. Percepción del embarazo en mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana y su apoyo familiar. *Horiz. Sanitario* [Internet]. 2018 [citado 2018 Sep. 25]; 17(1): 69-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100069&lng=es. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n1.1998>.
 39. Arévalo L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. *Rev Colomb. Enferm* [Internet] 2018; 16: 52-63 [consultado 2018 septiembre 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547223>
 40. Amuchástegui A, Reartes D. La voluntad de ser indetectable como proyecto de felicidad en mujeres viviendo con VIH en México. *Nueva antropol* [Internet]. 2017; 30: 35 -53 [consultado 2018 septiembre 19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/na/v30n86/0185-0636-na-30-86-00035.pdf>
 41. Ventura JM, Martín MT, Morillo R, Yenebes M, Casado MA. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. *Estudio ARPAS.Farm Hospi* [Internet] 2014; 38 (4): 291 -299 [consultado 2018 octubre 3] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400005
 42. Fernández P, Morales A. "No quiero que me rechacen": experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2014 Agosto 7(2): 44-55. [consultado 2018 septiembre 19] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092014000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2014.2306>.
 43. Vilató L, Libertad A, Pérez L. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2015;41: 20-630 [Consultado 2018 Sep 30]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=s>

- ci_arttext&pid=S086434662015000400005
44. Leite R, Oliveira D, Costa T, Correa S, Ramos E, Tosoli A. Calidad de vida de personas conviviendo con HIV/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017;25 : [Consultado 2018 Oct 01]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2874.pdf
45. Chunqing L, Liang L, Guoping J . Exploring Coping and Social Support with Gender and Education Among People Living with HIV in China . *AIDS Behav* [Internet]. 2016; 20: 317-324 [Consultado 2018 Oct 01]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1765262272/9BADEA34D6444A75PQ/1?accountid=187769>
46. Portocarrero J. VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2015; 32:546-554 [Consultado 2018 Oct 01]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300020
47. Portocarrero J. VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2015; 32:546-554 [Consultado 2018 Oct 01]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300020
48. Tavares R, Rosendo R, Campos L, Souza V, Oliveira B, Lima F. Estrategias de enfrentamiento utilizadas por personas viviendo con SIDA frente a la situación de la enfermedad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018; 26: [Consultado 2018 Oct 03]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e2985.pdf
49. Montalvo A, Herrera A. SIDA: Sufrimiento de personas con la enfermedad Cartagena. *Av Enferm* [Internet]. 2014; 33: 85-93 [Consultado 2018 Sep 05]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a10.pdf>
50. Fernandez Silva CA. Lopez Andrade CI. Jara CM. Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores *Rev Cuidarte* [Internet]. 2018; 2: 2201-2214 [consultado en 2018 octubre 05] Disponible en <https://search.proquest.com/docview/2059605678/fulltextPDF/359D7730BE2C4195PQ/1?accountid=187769>

Revisión

Síndrome de Burnout y el personal del Área de la Salud de acuerdo con la Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy

Amelines Rojas KT¹, Londoño Londoño AM², García Vargas V³.

Resumen

El Síndrome de Burnout se presenta como respuesta al estrés laboral, es muy común en el profesional de salud, razón por la cual fue necesario identificar los estímulos y modos de adaptación a los cuales están expuestos según la teoría de Sor Callista Roy. La metodología del estudio fue mixta con alcance de tipo documental, el cual se realizó por medio de la revisión de 50 documentos relacionados con el síndrome. Los documentos revisados mediante Atlas.ti mostró factores que se comportaban como estímulos de diferente tipo: en el estímulo focal identificamos factores generadores de estrés como la alta carga laboral, el nivel de estrés, y la profesión; el estímulo contextual mostró

altos niveles de estrés en servicio de urgencias, UCI y hospitalización; el estímulo residual evidenció ausencia de políticas públicas. Igualmente se señaló diferentes modos de adaptación, como: modo fisiológico-físico de adaptación desencadenando fatiga, migraña y alteraciones gastrointestinales; modo adaptación del auto-concepto del grupo presentando aburrimiento y depresión; el modo de adaptación función del rol presentó baja realización personal y el modo de adaptación de la interdependencia mostró dificultad para trabajar en grupo y hostilidad con respecto al paciente y el entorno de trabajo.

Con respecto a lo revisado, el departamento del Quindío, evidencia una baja en el porcentaje de estudios relacionados con este tema, por lo tanto, es esencial aumentar y difundir la información de estos estudios con el fin de identificar el impacto que genera el fenómeno en el personal de salud.

Palabras clave: Burnout, estímulo, salud, adaptación.

1. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: kamelines63419@cue.edu.co
2. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: alondono631819@cue.edu.co
3. Estudiante de enfermería Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: vgarcía63119@cue.edu.co

Abstract

The Burnout Syndrome is presented as a response to work stress, it is very common in the health professional, which is why it was necessary to identify the stimuli and ways of adaptation to which they are exposed according to the theory of Sr. Callista Roy. The methodology of the study was mixed with a documentary scope, which was carried out through the review of 50 documents related to the syndrome.

The documents reviewed through Atlas.ti showed factors that behaved as stimuli of different types: in the focal stimulus we identified stress-generating factors such as high workload, level of stress, and profession; the contextual stimulus showed high levels of stress in the emergency department, ICU and hospitalization; The residual stimulus showed absence of public policies. Likewise, different modes of adaptation were evidenced, such as: physiological-physical mode of adaptation, triggering fatigue, migraine and gastrointestinal alterations; mode adaptation of the self-concept of the group presenting boredom and depression; the mode of role function adaptation presented low personal fulfillment and the mode of adaptation of the interdependence showed difficulty to work in group and hostility with respect to the patient and the work environment.

With regard to the revised, the department of Quindío, evidences a decrease in the percentage of studies related to this topic, therefore, it is essential to increase and disseminate the information of these

studies in order to identify the impact generated by the phenomenon in the health personnel.

Keywords: Burnout, stimulus, health, adaptation.

Introducción:

El Síndrome de Burnout o Síndrome de estar quemado, es una alteración mayormente psicológica que presentan los profesionales que están en contacto directo con las personas y se caracteriza por una carga excesiva de estrés, producto fundamentalmente de demandas y respuestas del ambiente laboral ¹. Este Síndrome se evalúa a través de tres dimensiones: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) ².

El Burnout se presenta a causa de diversos factores, entre los que pueden encontrar: tipo profesión, carga laboral, tipo de servicio donde labora, horas laboradas, turnos nocturnos, entorno familiar, etc. ³.

Dentro de las profesiones en salud principalmente predispuestas a padecer este síndrome se encuentran: médicos, enfermeros/as y técnicos de enfermería ⁴.

El profesional presenta signos y síntomas característicos del síndrome como son: dolores (cabeza, estómago y musculares), fatiga, depresión, irritabilidad, dificultad para concentrarse, etc ⁵, síntomas que afectan el rol que la persona desempeña en el ámbito laboral, evidenciándose con baja realización personal, fracaso e impotencia

para el desarrollo profesional, entre otros⁶. Además, se experimenta dificultad para el trabajo en grupo, hasta llegar al rechazo tanto de los compañeros de trabajo como de los pacientes⁷.

En la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica que pretende conocer el proceso de adaptación experimentado por personas que se desempeñan en el sector de la salud, desde la Teoría de Adaptación propuesta por Sor Callista Roy.

Según Roy, la adaptación se refiere:

Al proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano y su entorno⁸.

De esta forma se logra dar respuesta a los diferentes campos planteados en la literatura, como por ejemplo, la forma en que los estímulos focales, contextuales y residuales estimulan a la persona, que en relación con su entorno personal y contextual desarrolla respuestas de adaptación en los diferentes modos, así:

Estímulo focal: “es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser

adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación⁹.

Estímulos contextuales: son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación¹⁰.

Estímulos residuales: Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual¹¹.

Por su parte, los modos de adaptación son los cambios generados por los estímulos como respuesta. Los propuestos por esta teoría son: modo de adaptación físico-fisiológico, modo de adaptación del auto-concepto del grupo, modo de adaptación de función del rol y modo de adaptación de la interdependencia¹².

Lo cual lleva a la pregunta problema: ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de burnout y el Área de la salud de acuerdo con la teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy?

Metodología:

Estudio mixto con alcance de tipo documental, el cual se realizó por medio de una revisión de artículos relacionados con el Síndrome de Burnout; donde se tuvo en cuenta como criterio de inclusión el año de publicación del artículo, (a partir del año 2013). Los documentos obtenidos mediante búsqueda en bases de datos fueron inicialmente filtrados mediante fichas de selección.

Una vez seleccionados los documentos, se realizó la ficha resumen que cumplía con los siguientes criterios: número de la ficha, nombre de autores, título del documento, nombre de la revista, año de publicación, objetivo, visión de enfermería, unidad hermenéutica obtenida mediante el análisis del programa Atlas. Ti, referencia bibliográfica, conclusión y autor/a de la ficha resumen.

Seguido a esto, se realizó el análisis de los datos cualitativos en el programa Atlas. Ti, del cual se obtuvo las diferentes unidades hermenéuticas, en donde se evidencia los datos que respondieron a las categorías deductivas: estímulos y modos de adaptación. Por otra parte, el análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva por medio de distribución de frecuencias, en el programa Excel.

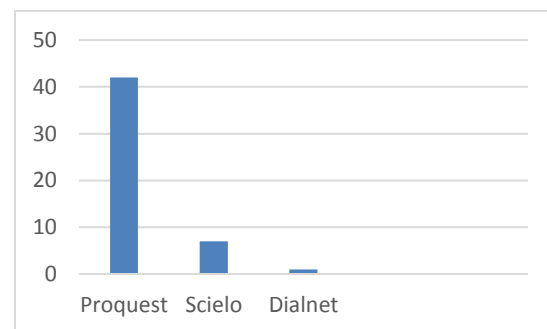
Por último, en la realización de esta investigación se respetaron los principios bioéticos de los autores de los documentos, se mantuvieron las ideas principales, se les dio crédito a los autores como generadores de las ideas centrales mediante el referenciación al estilo de la norma Vancouver.

Resultados:

Para la realización del estudio, se recolectaron 70 artículos los cuales posterior a la aplicación de los criterios de selección y a su análisis mediante el instrumento de ficha de selección fueron filtrados hasta 50 textos que cumplían con los criterios establecidos. Los análisis

cuantitativos, relacionados con los textos utilizados, permiten afirmar que para la variable de fuente de la información (gráfica 1), los documentos obtenidos fueron publicados en Proquest con un 84%, seguido de Scielo con un 14% y Dialnet con un 2%.

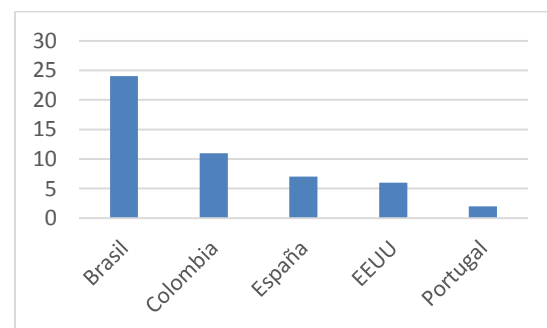
Gráfica 1. Distribución según fuente de origen de los documentos



Fuente: datos de autores.

Con respecto a la variable de país de origen (Gráfica 2), los documentos obtenidos fueron publicados en Brasil con un 48%, seguido de Colombia con un 22%, España con un 14%, Estados Unidos con un 12% y Portugal con un 4%.

Gráfica 2. Distribución según país de origen de los documentos



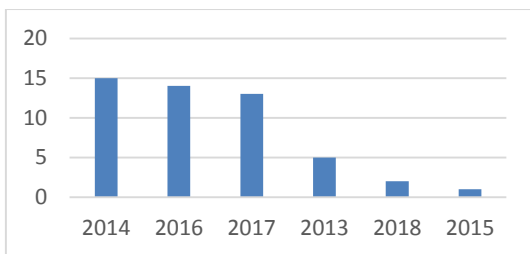
Fuente: datos de autores

En relación al número de páginas de los textos revisados se presentó una mínima

de 5 y máxima de 28, con una moda de 7 páginas, media de 14 y una desviación estándar de +/- 29,2 páginas.

Para la variable año de publicación de los documentos revisados (Gráfica 3), en el año 2014 se presentó la mayor contribución con un 30 % seguido del año 2016 con un 28 %, 2017 con un 26 %, 2013 con un 10 %, 2018 con un 4 % y el año 2015 con un 2 %.

Gráfica 3. Distribución según el año de publicación de los documentos



Fuente: datos de autores.

Con respecto a la visión de enfermería, se presentó que el 100% de los textos se desarrollaron en la visión integrativa-interactiva.

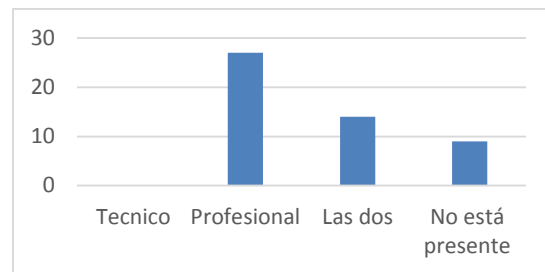
En relación al género, se evidencia que un 46 % de los artículos tiene como referencia ambos géneros, seguido de un 28 % de femenino, 24 % no habla sobre el género y un 2 % de masculino.

En relación al estado civil, se evidencia que en un 68 % de los artículos, no se tiene presente esta variable, seguido de un 22 % dentro del cual, se tienen en cuenta varios estados civiles, soltero con un 8 % y unión libre con un 2 %.

Según la variable de nivel de formación, se evidencia que en los diferentes estudios se

tiene como referencia a los profesionales de la salud con un 54 %, seguido de los artículos en los cuales se hacía referencia tanto a los profesionales como a los técnicos con un 28 % y un 18 % de los artículos en los cuales no se hacía mención de esta variable.

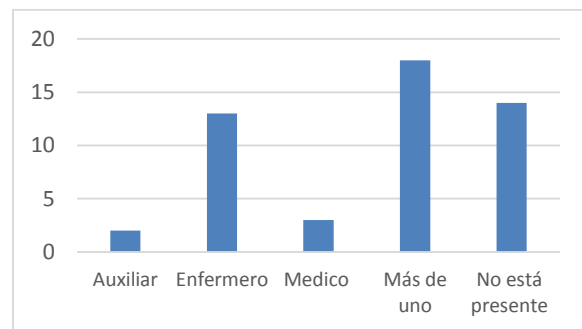
Gráfica 4. Distribución según el nivel de formación



Fuente: datos de autores.

De acuerdo con el rol dentro de la institución, se observa que un 36 % de los artículos, toma como referencia al personal de salud en general (auxiliar, enfermero y médico) con un 28 % no toma como referencia esta variable, seguido de un 26 % que se enfoca en el personal enfermero, un 6 % en el personal médico y una minoría con un 4 % en el personal auxiliar.

Gráfica 5. Distribución según el rol dentro de la institución.



Fuente: datos de autores

En relación al nivel de complejidad del hospital, se evidencia que un 52 % de los artículos no utilizó esta referencia, seguido de un 36 % que tomó como referencia los hospitales de 3er nivel, un 10 % que involucró a más de uno de los niveles.

A continuación, se expresan los resultados obtenidos de categorización de los textos según el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

Dentro de los cuales, se encontró el estímulo focal, siendo el primero y más directo al cual se enfrenta el sistema de adaptación. Con base a la revisión documental, se evidenció la presencia de este estímulo en diferentes condiciones, dentro de las cuales se encuentran: el tipo de trabajo que ejerce dentro del hospital, los trabajos que tiene, la carga laboral, el estrés dentro del ámbito sanitario y la incapacidad para estar relajado. Estos factores, ya sea presentándose de manera individual o en conjunto, predisponen a la persona a desarrollar Síndrome de Burnout ^{13, 2, 10, 14-17, 20, 23, 25-26, 30, 31, 33-43}.

D1: (1:1) As jornadas de trabalho, os turnos e o lazer influenciam diretamente no tocante à qualidade de vida dos enfermeiros que são prejudicados tanto no aspecto biológico e psicológicoemocional ².

D2: (2:2) el cumplimiento de largas y agotadoras jornadas de trabajo ⁹.

D8: (8:12) technical titles were associated with different levels of burnout syndrome. Medical workers with lower technical titles tend

to have lower income, higher pressure to attain promotions, fewer social resources, and more energy devoted to coping with problems in work, which may influence their job satisfaction and result in burnout syndrome. Conway et al. indicated that lower technical titles were correlated with relatively high turnover, whereas those with higher technical titles stayed in jobs for longer. Spending longer in a position corresponds with good work experiences and more resources and support from supervisors, which may reduce burnout syndrome. Similarly, those with administrative duties have more opportunities for promotions and greater social resources, and thus have less risk of suffering from burnout syndrome ¹¹.

Para el estímulo contextual, se evidenció en los documentos predominio del síndrome según el tipo de servicio donde laboraba el profesional, el estado civil y el número de hijos. Los estímulos contextuales, hacen referencia a las condiciones externas e internas del contexto de la persona, sin embargo, en estos factores no se centra por completo la atención de la persona ^{3,7,12,15,20,24,26,28,34,35,37,38,44}.

D8: (6:12) The influence of demographic factors, work-family conflict, self-reported social support, and job satisfaction on burnout syndrome

was analyzed by a four-stage general linear model (Table 4). In the general linear regression models, work-family conflict⁸.

D2: (2:3) Outro tocante é o período noturno, este, trata-se mais de uma opção permeada por necessidades financeiras do que por ter melhores condições de trabalho, pelo fato de não se ter plenas satisfações em desenvolver atividades durante este período².

D2: (2:4) Com isso, pode-se considerar que a escolha do período de trabalho se dá fundamentalmente para própria adaptação, bem como em estabelecer prioridades, como por exemplo, ser mais presente à família².

En relación al estímulo residual, se vio reflejado en los artículos, que la mayor preocupación del personal de salud es el hecho de que piensan que no se cuenta con las medidas necesarias para la prevención de este síndrome y no se le da la importancia necesaria por parte de las EPS, sumado a la preocupación por la inadecuada remuneración económica por su trabajo^{1,4,7,9,11,12,15-16,21,24,26,28-31,33,34,37,43-47}.

Con respecto Colombia, es notable la falta de información sobre el programa de prevención de síndrome de burnout por parte de la ARL, en el cual, se brinda la información necesaria sobre este fenómeno, cómo prevenirlo, identificarlo y tratarlo¹³.

D3: (3:1) Gestión politizada y escasa atención a la

cronicidad/dependencia y deficiente atención sociosanitaria, deterioro de la Atención Primaria de Salud. Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han quedado relegadas (presupuesto en torno al 2% del gasto sanitario) al ser desplazadas por actividades asistenciales.

Escaso desarrollo reglamentario de la Ley General de Sanidad. No se ha logrado la cohesión y coordinación deseables entre Comunidades Autónomas pese a la aprobación de la Ley de Cohesión Sanitaria³.

D3: (3:12) Como consecuencia directa de esta situación financiera se producen recortes desproporcionados en los recursos y restricciones en la oferta de servicios, ello conduce a efectos potencialmente negativos sobre la igualdad, la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios¹³.

D14: (14:3) La evaluación de riesgos psicosociales en el entorno laboral, aunque compleja y problemática, debe estar presente en estudios de prevención de riesgos laborales en las organizaciones de la salud, con el fin de identificar dichos riesgos y poder intervenir sobre ellos de forma precoz¹⁴.

Como ya se comentó, el personal de enfermería se halla sometido a numerosas y variadas fuentes de estrés^{7,9,18,20,21,38,39}, que mantenidas de forma crónica tienen

consecuencias importantes sobre el bienestar de los profesionales sanitarios y sobre la organización. Muchos de estos estresores están relacionados con la organización del trabajo y pueden ser modificados desde la propia empresa. Así, el estrés del rol se configura como uno de los predictores más estudiados en relación con la aparición del Burnout y el engagement, y uno de estresores laborales sobre los que la organización tiene potencial para intervenir y adoptar estrategias de mejora¹⁵.

Los modos de adaptación son los diferentes procesos de afrontamiento y resultados del sistema humano ante un factor estresor.

Modo de adaptación físico y fisiológico: procesos físicos y químicos que intervienen en las funciones y actividades de los seres humanos. En este modo se vieron reflejados los signos y síntomas presentados por los profesionales afectados, entre los cuales podemos resaltar: fatiga, migrañas, dolores musculares y de espalda, molestias gastrointestinales, úlceras, hipertensión, asma, taquicardia, además de esto, el sueño/descanso de los profesionales se ve afectado por los factores propios de la profesión.

D16: (16:3) La fatiga prolongada ha sido considerada como uno de los principales síntomas y trastornos relacionados con el estrés¹⁶.

D7: (7:4) due to musculoskeletal disorders, stress, anxiety, herpes and labyrinthitis, among other

pathologies. It is also significant that some individuals took leaves of absence for more than one disease and more than once throughout their time as nursing residents, up to the time of data collection⁷.

D9: (9:11) Physical/psychological symptoms were the strongest predictor of emotional exhaustion in this nationwide sample. The findings were similar to those of Van der Doef et al. (2012), who noted that East African nurses who reported having more somatic complaints also reported more emotional exhaustion⁹.

Modo de adaptación del auto-concepto del grupo: se centra en particular en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano.

Con respecto a este modo de adaptación, se evidencia que entre las diferentes reacciones se encuentran la tristeza, la depresión, la baja autoestima, los cuales, se presentan en respuesta al enfrentamiento de sus realidades^{3,5,7,9-10,13,14,21,23-25,28-32,44,45,47-49}.

D8: (8:2) As implicações para o campo da saúde decorrentes desses fatores são relevantes, uma vez que a alta frequência de absenteísmo, pedidos de licença, abandono do emprego e redução da qualidade da assistência nos serviços tem impacto negativo sobre a efetividade e integralidade da atenção oferecida aos pacientes⁸.

D11: (11:3) qualidade da assistência, devido à desmotivação destes profissionais para o trabalho. A avaliação de enfermeiros em uma emergência, identificou que a percepção das condições insatisfatórias de trabalho, a que estão submetidos os profissionais, leva a desmotivação, insegurança e baixo rendimento, o que impacta negativamente na qualidade da assistência prestada ¹¹.

D12: (12:1) O estresse pode ser definido como reações desenvolvidas pelo organismo ao vivenciar desequilíbrios emocionais, fisiológicos e/ou psicológicos, devido a agentes estressores, em que a pessoa percebe como benéfica ou maléfica; agradável ou desagradável e ameaçadora ou prazerosa. Nessa situação o organismo alvo precisa mobilizar energia extra para retomar seu equilíbrio inicial. Assim, dependendo das características individuais, esta energia pode ser capaz, ou não, de evitar que a pessoa entre no estado de estresse ¹².

Modo de adaptación de función de rol: se ajusta al rol que desempeña cada individuo en la sociedad ¹⁶.

Con respecto a este modo de adaptación, se evidencia que es el primero en afectarse cuando la persona se expone a los factores o estímulos estresores, puesto que aquí se afecta directamente las emociones y sentimientos frente a su desempeño laboral, obteniéndose que las reacciones

más frecuentes son la tristeza, baja autoestima, ausentismo, desesperanza y poca ilusión frente a su trabajo y desempeño ^{1,13,15,16,21,23,25,32,35,37,42,43,47,50,51}.

D5: (5:2) Other variables participated directly in the model, namely, the presence of thoughts of withdrawing from the graduate program, anxiety related to studies, the difficulty of reconciling studies and personal life, and the pressure to produce scientific publications related to higher emotional exhaustion ⁵.

D9 (9:1) Sentimiento de frustración por no poder conseguir siempre el restablecimiento de la salud de los enfermos y la implicación personal con los pacientes ⁹.

D6: (6:1) los trabajadores se sienten empowered cuando su entorno de trabajo les proporciona oportunidades para el crecimiento y el acceso al “poder” necesario para cumplir los objetivos del trabajo ⁶.

Modo de adaptación de la interdependencia: se centra en las relaciones de las personas y en su finalidad, estructura y desarrollo.

En este modo de adaptación, se evidencia la forma en que los diferentes factores estresores, afectan las relaciones entre los compañeros de trabajo e incluso, la relación personal de salud-paciente, debido a que la inconformidad con el trabajo y la impaciencia e irritabilidad que este genera, afecta directamente el

desempeño laboral y las actitudes frente a este ^{4,5,7,10-12,14,17,19-21,24-26,29,30,32,35-37,41,48-50.}

D9: (9:2) Poor working conditions, limited resources, overcrowding, and long waiting time in emergency services of public hospitals cause a higher predisposition to incidents and failures in patient care ⁹.

This intense work environment demands from workers a greater capacity of adaptation to adversities of the workplace, and stress and the Burnout Syndrome result as consequence of this routine in the workplace ⁹.

D8: (8:1) Os técnicos de enfermagem, por estarem diretamente envolvidos na ação do cuidado, tendo uma assistência voltada ao bem-estar do outro, se angustiam por muitas vezes não alcançarem esse objetivo. E toda essa inquietação interior faz o profissional sentir-se impotente diante dos fatos, uma sensação de desvalorização crônica, de má utilização das competências e habilidades, com a necessidade de ter múltiplos empregos devido à acentuada lacuna entre os baixos salários e as aspirações por um padrão de vida melhor.

Isso compromete a saúde física e emocional desses profissionais, bem como a qualidade da assistência ⁸.

D8 (8:3) Por isso, começa a despontar entre os profissionais de enfermagem a compreensão de que refletir sobre suas práticas e

fazer auto avaliação, avaliação do trabalho e dos seus resultados estão profundamente relacionados com a construção do prazer e do bem-estar no contexto laboral, tornando-se fundamental criar condições que repercutam de forma positiva sobre as situações de estresse e desfavoreçam os sentimentos e práticas constituintes do burnout ⁸.

Discusión

En Colombia son pocos los estudios acerca del síndrome de Burnout en el personal de salud a pesar que este constituye un problema emergente, dado los altos niveles de exigencia física, psicológica y social a la cual se encuentran sometidos los funcionarios en su quehacer, aunado a la normatividad lesiva en términos de contratación que las regula ¹⁷. La complejidad del síndrome implica el análisis de gran cantidad de variables que pueden influir para la presencia de este, por lo que en los últimos años han aumentado las investigaciones sobre este tema, que ha ido profundizando en la identificación y evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes, además de tener claridad del porque las personas responden de manera diferente al estrés y cuál es el tipo de interacción que se pueden presentar entre las variables organizacionales y las personales ¹⁸.

Ahondando en los orígenes del SB, la enfermería como profesión de alto contacto con personas, con horarios de

trabajo excesivos y extendidos, expuesta a situaciones relacionadas con el ambiente laboral y con la remuneración económica, son propensas a presentar un mayor riesgo para el desarrollo del síndrome.

Además, estas condiciones son compartidas con el personal de salud restante, en quienes emerge riesgo para la salud mental, comprometiendo la percepción de la utilidad del trabajo.

Gil Monte, argumenta que el SB es la respuesta a los estresores crónicos laborales y que además viene acompañada de sentimientos y actitudes negativas, que provocan alteraciones psicofisiológicas en el organismo, hechos que pueden atenuarse en la población estudiada canalizando energías en actividades externas y una adecuada relación laboral¹⁹. Una de las manifestaciones clásicas del desgaste laboral, el estrés, según Lazauro y Folkman, es el resultado de la relación individuo y entorno, que cuando es crónico origina en el individuo un desajuste en su homeostasis biopsicosocial, lo que antecede a la aparición del síndrome en un tiempo futuro, este puede presentarse como positivo o negativo, el primero como tendencia a su realización personal y el segundo como un mecanismo de autodestrucción; en este sentido el Hans Seyle definió al estrés positivo como tonificador del cuerpo, mientras que el negativo consume las fuerzas corporales ocasionando la enfermedad²⁰.

Según Gil Monte y Peiró²¹ el rol de la enfermería genera bastante incertidumbre, ya que los profesionales experimentan dudas con frecuencia relativa sobre hasta

qué punto deben implicarse con los pacientes, sobre cómo tratar sus problemas, e inseguridad sobre si están haciendo de manera adecuada las cosas. Por otro lado, los pacientes, al igual que la familia, suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta gratificante. Junto a estas situaciones también existen una serie de variables que no pueden ser controladas por las enfermeras: la cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte, las decisiones médicas y administrativas, los procedimientos burocráticos, la falta de apoyo social y los conflictos con los médicos y compañeros²².

Conclusiones:

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante la selección de documentos relacionados con el Síndrome de Burnout en el personal, se observa que el estímulo focal es el que ha sido mayormente estudiado, lo cual hace pensar que existe cierta tendencia a estudiar los efectos físicos que este cuadro desencadena, además se relaciona principalmente el tipo de profesión, las horas laboradas, los turnos y el estrés relacionado con la carga laboral; permitiendo definir que estos factores pueden aumentar el estrés en el ambiente de trabajo y predisponiendo a la persona a presentar el Síndrome de Burnout haciéndose necesaria la participación del sistema de salud sobre este estímulo, puesto que como lo dice Sor Callista Roy es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema

humano ²² en este caso el personal de salud, razón por la cual debe de abordarse con actividades e intervenciones generadas desde el Sistema de seguridad y salud en el trabajo.

Los modos de adaptación son los diferentes procesos de afrontamiento y resultados del sistema humano ante un factor estresor; según la revisión de los artículos el más afectado de los modos de adaptación fue función del rol, el cual se ajusta a la labor que desempeña el individuo en la sociedad, generando dificultad para desempeñar las actividades, absentismo, baja realización profesional, fracaso e impotencia profesional, con lo cual se puede concluir que estas son las reacciones más inmediatas que presenta el individuo ante los factores generadores de estrés.

Se debe tener en cuenta que el síndrome de Burnout tiene consecuencias a nivel personal, en el ambiente laboral y familiar; además los profesionales de la salud cuentan con una gran responsabilidad al encontrarse en contacto con seres humanos siendo mayor el compromiso que tienen al poder afectar a los usuarios, por esta razón se hace importante continuar con investigaciones de este tipo que puedan ayudar a enfermeros, médicos, auxiliares de enfermería y en general a profesionales del sector salud a buscar herramientas que ayuden a prevenir el padecimiento de esta patología y debido a la poca documentación sobre este Síndrome en Colombia y en específico en la ciudad de Armenia- Quindío, es necesario generar e impulsar las investigaciones de este tipo, para poder identificar el impacto que está

generando el fenómeno en el personal de salud. Desde el ámbito enfermero, se proponen diferentes intervenciones con el fin de mitigar o prevenir la aparición del Síndrome de Burnout, dentro de las cuales se encuentran: Considerar los aspectos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, el desarrollo de estrategias cognitivo - conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia, además, potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de trabajo y por último, eliminar o disminuir los estresores del entorno institucional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

Referencias:

1. Ramonyer KM, Costa D, Duarte T, Pereira VE. Burnout syndrome in nursing: an integrative review. Rev Pesquisa[Internet] 2013; 5(1):3168-3175. [Consultado en: 2018-09-d03] Disponible <https://search.proquest.com/docview/1450275822/fulltextPDF/744E6ADF70F04714PQ/11?accountid=187769>.
2. Texeira C, Gherardi D, Pereira SS, Cardoso, L, Reisdorfer, E. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. Rev electrónica trimestral de enfermería[Internet]2016; 15 (4):288-298. [Consultado en: 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1837562604/fulltextPDF/64E7D444AD53455FPQ/1?accountid=187769>.
3. Larissa A, Medeiros ID, Gonçalves A, Martins CCF, Pereira VE. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. Rev de Pesquisa[Internet]2016; 8 (3): 4623-4628. [Consultado: 2018-09-03] Disponible en:

- <https://search.proquest.com/docview/1808335729/fulltextPDF/7ED8E1EBE71E4C71PQ/1?accountid=187769>.
4. Romero H, Muñoz Y, Osorio D, Robles E. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. Rev electrónica de enfermería [Internet] 2016; 15 (1): 258-270. [Consultado en 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1773938006/fulltextPDF/102C4062208A48F0PQ/1?accountid=187769>.
 5. Galdino MF, Martins JT, Haddad M, Fernandez MdC, Robazzi MLdC, Cruz B, Maria M. Burnout Syndrome among master's and doctoral students in nursing/Síndrome de Burnout entre mestrandos e doutorandos em enfermagem. Rev Acta Paulista de Enfermagem [Internet] 2016 29 (1); 100-106. [Consultado en 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1790024571/fulltextPDF/9C1CDC1E180B4A46PQ/1?accountid=187769>.
 6. Ramos OA, Borrego YA, Ruiz CF. Empowerment, stress vulnerability and burnout among Portuguese nursing staff. Rev Ciência & Saúde Coletiva[Internet]2018; 23 (1). [Consultado en 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1984952438/AB6E75F2E9646D6PQ/1?accountid=187769>.
 7. Tavares KF, Souza NV, Dantas Do, da S, Lolita Dk, Fonseca CC. Prevalence of burnout syndrome among resident nurses/Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. Rev Acta Paulista de Enfermagem[Internet]2014; 27 (3): 260-265. [Consultado en 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1552155563/fulltextPDF/C68AC20A86604ABCPQ/2?accountid=187769>.
 8. Oliveira J, Bezerra F, Cândido MR, Lima JF, Pinto I, Paredes MA. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidades básicas de saúde. Rev de pesquisa. [Internet] 2014: 42-49. [Consultado en: 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1767334824/fulltextPDF/F3BF0CA913DC4620PQ/1?accountid=187769>.
 9. Pereira S, Texeira CM, Ribeiro O, Marrero P, Fonseca AM, Carvalho AS Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. Rev Enferm Refer. [Internet]2014; 4 (3): 1-11. [Consultado en: 2018-09-03] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1787100012/fulltextPDF/70C6782D8F1445D8PQ/1?accountid=187769>.
 10. Teixeira C, Gherardi-Donato E, Pereira SS, Cardoso L, Reisdorfer E. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. Rev Enfermería Global [internet]. 2016; 15(4):288-298. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1837562604?accountid=187769>.
 11. Amorim Almeida L, Dantas de Souza Medeiros I, Gonçalves de Barros de Barros A, Filgueira Martins CC, Pereira Santos VE. Factores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. Revista de Pesquisa [internet]. 2016; 8(3):4623-4628. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1808335729?accountid=187769>.
 12. Galdino Quina MJ, Martins JT, Haddad Do Carmo MF, Robazzi Do Carmo MLC, Birolim MM. Burnout syndrome among master's and doctoral students in nursing. Acta Paulista De Enfermagem [internet]. 2016; 29(1): 100-106. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en:

- <https://search.proquest.com/docview/1790024571?accountid=187769>.
13. Ramos OA, Borrego YA, Ruiz CF. Empowerment, stress vulnerability and burnout among portuguese nursing staff. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2018; 23(1). [Consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1984952438?accountid=187769>.
 14. Ballester Arnal R, Gómez Martínez S, Gil JB, Ferrándiz Sellés MD, Collado Boira E. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica* [internet]. 2016; 21(2): 129-136. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1844325856?accountid=187769>.
 15. Sánchez JM, Martínez NA, Sahuquillo ML, Román AC, Cantó MM. Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de burnout y resiliencia en el personal de enfermería. *Enfermería Global* [internet]. 2017; 16(2): 315-335. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1895307128?accountid=187769>.
 16. Estallo LS, Alberdi OA, Moyano LMG. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del servicio de cardiología, neumología y neurología del hospital san jorge de Huesca. *Enfermería Global* [internet]. 2014; 13(4): 253-264. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1664929437?accountid=187769>.
 17. Alonso PS, Ortega sierra VM. Síndrome de burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*. [internet]. 2014; 13(1): 252-266. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1664837294?accountid=187769>.
 18. Yang S, Liu D, Liu H, Zhang J, Zhanqi D. Relationship of work-family conflict, self-reported social support and job satisfaction to burnout syndrome among medical workers in southwest china: A cross-sectional study. *PLoS One*. [internet]. 2017; 12(2). [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1869030065?accountid=187769>.
 19. Da Cruz Gouveia Mendes A. do Amaral Correa de Araujo JL. Alencar Souza Macau Furtado BM. Oliveira Duarte P. Andrade da Silva AL. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2013; 66(2): 161 – 166. [consultado 2018 Oct 13]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1520800605/fulltextPDF/B73448C3207F45ACPQ/1?accountid=187769>.
 20. Bezerra de Lima M. Sales da Silva LM. Monteiro Almeida FC. Martins Torres RA. Matos Dourado HH. Stressors in nursing with double or more working hours agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. *Revista de Pesquisa, cuidado é Fundamental Online*. [internet]. 2013; 5(1): 3259-3266. [consultado 2018 Oct 13]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1450276203/fulltextPDF/CD9D25CEB3B74308PQ/1?accountid=187769>.
 21. Almeida LA, Medeiros IDdS, de Barros AG, Martins CCF, Santos VEP. Factores generadores del síndrome de burnout en profesionales de la salud. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. [internet]. 2016; 8(3): 4623-4628. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1808335729?accountid=187769>.
 22. Gómez Urquiza JL, BSN MSN, Aneas López AB, BSN DelF, Albendín García L,

- BSN Díaz Rodríguez L, PhD, Cañadas DelF. Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. *Oncology Nursing Forum* [internet]. 2016; 43(3): E104-E120. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1798458495?accountid=187769>.
23. Silva Holmes E, Ribeiro dos Santos S, Alves Farias J, de Sousa Costa MB. Burnout syndrome in nurses acting in primary care: an impact on quality of life. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*. [internet]. 2014; 6(4):1384-1395. [consultado 2018 Oct 12]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1616431118/fulltextPDF/9FAB6AF970CE4D13PQ/1?accountid=187769>.
24. Filgueira Martins Rodrigues CC, Pereira Santos VE, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev Bras Enferm REBEn* [Internet]. 2017; 70(5):1083-1088. [Consultado 2018 Oct 04] Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1944223257/fulltextPDF/6A3EBE0A7CBB431FPQ/1?accountid=187769>.
25. De Lima MB, Sales da Silva LM, Montero Almeida FC, Martins Torres RA, Matos Dourado HH. Stressors in nursing with double or more working hours. *Rev de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*. [internet]. 2013; 5(1): 3259-3266. [consultado 2018 Oct 04]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1450276203/fulltextPDF/C8D508002B54976PQ/1?accountid=187769>.
26. Rodrigues da Silva Dantas T, Oliveira Carreiro B, Figueirêdo da Silva Pascoal F, Nascimento Moraes M, Cavalcanti Cordeiro R, de Oliveira Ferreira Filha M. Prevalência da síndrome de burnout entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência. *Rev de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*. [internet]. 2014; 6(5):196-205. [consultado 2018 Oct 04]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1767334970/fulltextPDF/497F555F87D44B82PQ/1?accountid=187769>.
27. Seguela F, Valenzuelab S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Rev. Enfermería Universitaria* [internet]. 2014; 11(4):119-127. [consultado 2018 Oct 06]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709236>.
28. Ortega Herrera ME, Ortiz Viveros OG, coronel Brizi PG. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructor de personalidad resistente. *Rev. Psicología y Salud*. [internet]. 2014; 17(1): 5-16. [consultado 2018 Oct 03]. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/730/1287>.
29. Torres B, Guarino L. Diferencias individuales y Burnout en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica*. [internet]. 2013; 12(1): 95-104. [consultado 2018 Oct 08]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1771627747/fulltextPDF/172BE7F7ABF144B9PQ/1?accountid=187769>.
30. Serrano MA, Payá Soriano J. Niveles de salud psicosocial en función del nivel de experiencia en residencias. *Acción Psicológica*. [Internet]. 2014; 11(2): 107-116. [consultado 2018 Oct 08]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1693627831/fulltextPDF/EE1B2743BF48491DPQ/1?accountid=187769>.
31. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Noszczyk KK, Lietz-Kijak D. Burnout among physiotherapists and length of service. *Versita* [Internet]. 2014; 27(2): 224-235. [consultado 2018 Oct 08]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1543>

- 017513/fulltextPDF/5970825958974FCEPQ/1?accountid=187769.
32. Palmeira Sarmiento Silva SC, Prado Nunes MA, Rocha Santana V, Prado Reis F, Machado Neto J, Oliveira Lima S. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in aracaju, brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 2015; 20(10). [consultado 2018 Oct 07]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>.
 33. Chambers CNL, Frampton CMA, Barclay M, McKee M. Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross - sectional mixed methods study. *BMJ Open*. [internet]. 2016; 6(1). [consultado 2018 Oct 06]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1843036114/B6043432F968453CPQ/150?accountid=187769>.
 34. Fradelos E. Mpelegrinos S. Mparo Ch. Vassilopoulou Ch. Argyrou P. Tsironi M. Zyga S. Theofilou P. Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Prog Health Sci*. [internet]. 2014; 4(1): 102 – 109. [consultado 2018 Oct 06]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1547341820/B6043432F968453CPQ/156?accountid=187769>.
 35. Rego Lins Fumis R. Junqueira Amarante GA. De Fátima Nacimiento A. Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Fumis et al. *Ann. Intensive Care*. [internet]. 2017; 7(71). [consultado 2018 Oct 06]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1957198763/B6043432F968453CPQ/158?accountid=187769>.
 36. Silva Holmes E. Ribeiro dos Santos S. Alves Farias J. De Sousa Costa MB. Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. *Journal of Research Fundamental Care Online*. [internet]. 2014; 6(4): 1384-1395. [consultado 2018 Oct 06]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1616431118/71EEEB090C6F458DPQ/17?accountid=187769>.
 37. Abdo SAM, El-Sallamy R, El-Sherbiny A, Kabbash IA. Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. [internet]. 2015; 21(12): 906-915. [consultado 2018 Oct 07]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1788314114/abstract/6A9644729F174309PQ/1?accountid=187769>.
 38. Luz LM, Barbosa Torres RR, Vale de Queiroga Sarmiento KM, Rocha Sales JM, Nascimento Farias K, Bragas Marques M. Burnout Syndrome in urgency mobile service professionals. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental*. [internet]. 2017; 9(1):238-246. [consultado 2018 Oct 7]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1860989204/fulltextPDF/CE535BD772624A44PQ/1?accountid=187769>.
 39. Adler AB, Adrian AL, Hemphill M, Scaro NH, Sipos ML, Thomas JL. Professional Stress and Burnout in U.S. Military Medical Personnel Deployed to Afghanistan. *Military Medicina Bethesda*. [internet]. 2017; 182(3): E1669-E1676 [consultado 2018 Oct 8]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1876795215/fulltextPDF/291D1B4FC80B4F0BPQ/1?accountid=187769>.
 40. Chou L, Li C, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*. [internet]. 2014; 4(2):

- 1-7. [consultado 2018 Oct 8]. Disponible en:
<https://search.proquest.com/docview/1785332309/fulltextPDF/6F5E68271967441BPQ/1?accountid=187769>.
41. Lee H, Yen M, Fetzer S, Chien TW. Predictors of burnout among nurses in taiwan. *Community Mental Health Journal* [internet]. 2015; 51(6): 733-737. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1696995284?accountid=187769>.
42. De souza Nogueira L, Cardoso de Sousa RM, de souza Guedes E, dos Santos MA, Turrini RNT, Lopes Monteiro da Cruz DA. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Revista Brasileira De Enfermagem*. [internet]. 2018; 71(2): 336-342. [consultado 2018 Oct 07]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>.
43. Sandra M P, Teixeira CM, Ribeiro O, Hernández-Marrero P, Fonseca AM, & Carvalho AS. Burnout em médicos e enfermeiros: Estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em portugal. *Revista De Enfermagem*. [internet]. 55-64. [Consultado 2018 Oct 02]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13178>.
44. Salazar IC, Roldán GM, Garrido L, Ramos Parejo JM. La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Psicología Conductual* 2014; 22(3):523-549. [consultado 2018 Oct 14]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1644150075/fulltextPDF/5BC0779A8E624BCAPQ/2?accountid=187769>.
45. Assis Tavares KF, Dantas de Oliveira Souza NV, Dopico da Silva L, Fonseca Kestenberg CC. Prevalence of burnout syndrome among resident nurses. *Acta Paulista de Enfermagem* 2014; 27(3):260-265. [consultado 2018 Oct 14]. Disponible en:
<https://search.proquest.com/docview/1552155563/fulltextPDF/C68AC20A86604ABCPQ/2?accountid=187769>.
46. Bordignon M, Monteiro M I. Violencia en el trabajo de enfermería: Una visión de las consecuencias. *Revista Brasileira De Enfermagem*. [internet]. 69(5), 939-942. [consultado 2018 Oct 02]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>.
47. Orgambidez Ramos A, Borrego Alés Y. Social support and engagement as antecedents of job satisfaction in nursing staff. *Enfermería Global* [internet]. 2017; 16(4), 217-225. [Consultado 2018 Oct 20]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.260771>.
48. Lahana E, Papadopoulou K, Roumeliotou O, Tsounis A, Sarafis P, Niakas D. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing* [internet] 2017; 16(1). [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1883176086?accountid=187769>
49. Fernandes L S, Nitsche M J T, de Godoy I. Síndrome de burnout en una unidad de cuidados intensivos enfermería profesional. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. [internet] 2017; 9(2): 551-557. [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1892123473?accountid=187769>.
50. Araújo dos Santos Lima R, Impieri de Souza A, Hirschle Galindo R, de Oliveira Feliciano KV. Vulnerability to burnout among physicians at a public hospital in recife. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet] 2013; 18(4): 1051-1058. [consultado 2018 Oct 07]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal>

Revisión

Desarrollo de los Cuidados Paliativos por Enfermería según la Teoría del cuidado.

Aranda Guatame RV¹, Giraldo Ocampo V², Mompotes Meneses AM³, Ruiz Tello YS⁴.

Resumen

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidado Paliativo (CP), 78 % de ellas viven en países de ingresos económicos bajos en los cuales solo el 14 % de las personas con necesidad de CP lo reciben. Se define CP, como una intervención que mejora la calidad de vida frente a la enfermedad grave e irreversible y los problemas asociados a ella.

Este trabajo tiene como objetivo reconocer el desarrollo de los CP por enfermería en pacientes con enfermedad terminal según lo descrito en la Teoría de los cuidados, por medio de una investigación mixta, documental con un diseño concurrente⁹; donde se analizó artículos científicos publicados en bases de datos mediante categorías deductivas; demostrando que los CP brindan calidad de vida no solo a la persona con enfermedad terminal, sino también a su cuidador principal y grupo familiar puesto que, al realizar intervenciones integrales, se puede lograr estabilizar a la persona tanto física como emocionalmente generando una mejor aceptación y afrontamiento a una muerte digna.

Existe necesidad de mejorar la prestación del servicio de CP, teniendo en cuenta los conceptos de la Teoría del cuidado (estar con, hacer por, cuidados, conocimiento, posibilitar y mantener las creencias)¹⁰, donde se evidencia el gran aporte que estos generan, para brindar CP integrales, permitiendo al enfermero, hacer intervenciones dirigidas no solo a la persona enferma, sino que logre

1. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: raranda63519@cue.edu.co Teléfono: 3117723635
2. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: vgiraldo631219@cue.edu.co. Teléfono: 3012717776
3. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: amompotes632319@cue.edu.co teléfono: 3217335018
4. Estudiante de enfermería. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Armenia, Quindío, Colombia. Email: yruiz633319@cue.edu.co. Teléfono: 3206822514

involucrar al cuidador principal y todos los integrantes de la familia en el proceso de cuidar, ocupándose del bienestar físico, psicosocial y espiritual de todo el núcleo familiar.

Palabras claves: conocimiento, cuidado, cuidado paliativo, enfermería y teoría de enfermería

Abstract

It is estimated that 40 million people annually need Palliative Care (PC), 78% of them live in low income countries in which only 14% of people with CP need it. CP is defined as an intervention that improves the quality of life in the face of serious and irreversible illness and the problems associated with it.

The objective of this work is to recognize the development of PC by nursing in patients with terminal illness as described in the Theory of care, through a mixed, documentary research with a concurrent design⁹; where we analyzed scientific articles published in databases through deductive categories; demonstrating that PCs provide quality of life not only to the person with a terminal illness, but also to their primary caregiver and family group, since by performing comprehensive interventions, physical and emotional stability can be achieved in order to face a dignified death.

There is a need to improve the provision of CP service, taking into account the concepts of the Theory of care (being with, doing for, care, knowledge, enabling and maintaining beliefs) ¹⁰, where the

great contribution that these generate is evidenced, to provide comprehensive CPs, allowing the nurse, to make interventions directed not only to the sick person, but to involve the main caregiver and all the family members in the care process, taking care of the physical, psychosocial and spiritual well-being of the whole Family nucleus.

Keywords: knowledge, care, palliative care, nursing and nursing theory

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como:

“el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” ¹.

Afrontar el sufrimiento que genera una enfermedad en estado terminal, implica enfrentarse a afecciones generadas tanto por los síntomas físicos, como por cambios presentados a nivel emocional, teniendo en cuenta que el saber que se está cursando el ciclo final de la vida, genera angustia, estados de ansiedad y depresión, que finalmente terminan causando complicaciones.

lo anterior estima que los CP están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud,

para brindar alivio del dolor a pacientes con enfermedades graves e irreversibles en estadios avanzados, en las cuales no existen posibilidades de curación, lo que convierte a estos CP en la única forma de alivio del sufrimiento humano, con la posibilidad de obtener una vida aceptable y una muerte digna, mediante un cuidado integral, que garantice atención de calidad, brindando apoyo emocional tanto a la persona enferma como a su familia, dignificando el ciclo final de la vida y supliendo las necesidades físicas, psicosociales y espirituales.

No obstante, existe gran desigualdad a nivel mundial en cuanto a la prestación de CP. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan CP; el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano, la falta de recursos y el sistema de salud de estos países, impiden el acceso a este servicio. Lo que lleva a que solamente el 14 % de las personas con necesidad de CP lo reciben ².

A nivel nacional, según el Observatorio de Cuidados Paliativos de la Universidad El Bosque, en el 2016 sucedieron más de 136.000 muertes por condiciones que requerían de CP, constituyendo cerca del 40 % de las causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles en el país. Las condiciones más loables de CP durante el mismo periodo, según mortalidad fueron: cáncer con 42.000 casos, seguido de enfermedades isquémicas del corazón con 35.000 casos, después las

enfermedades cerebrovasculares con 14.000 casos, por último la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 13.000 casos ³.

En el departamento del Quindío tiene una población de 568.506 habitantes y cuenta con siete servicios en cuidados paliativos inscritos en el REPS, es decir, tiene una razón de 1.23 servicios por cada 100.000 habitantes. El Quindío en el 2014, presentó la tasa más alta de mortalidad por enfermedad obstructiva crónica y el tercero por enfermedad isquémica del corazón patologías que requieren CP ⁴.

Estos cuidados incluyen como eje central el alivio del dolor, sin embargo, se ha fortalecido el hecho de una asistencia integral en la cual se valore las múltiples dimensiones de la persona, desde su estado emocional y psicológico hasta su entorno como fuente principal de apoyo en el transcurso de los CP y la representación social de los profesionales de la salud, en este caso de enfermería ⁵.

A nivel físico, los CP llevan a un mejoramiento del paciente gracias a las técnicas que permiten ofrecer confort frente al dolor y otros síntomas asociados como la fatiga, el insomnio inapetencia, mediante la administración de medicamentos opiáceos y las terapias alternativas; lo cual alarga la esperanza de vida de estos, pues a menor dolor, mayor fuerza para dar continuidad al tratamiento de la enfermedad ⁵.

A nivel psicológico, gracias a las intervenciones multidisciplinares de enfermería, psicología y medicina, el estrés, el miedo, la depresión y la ansiedad disminuye, dando paso a un estado de salud mental más óptimo que repercute positivamente en el estado de salud de la persona enferma. Además de lo anterior, los CP a nivel psicológico, se enfocan en los familiares para que estén preparados ante el fallecimiento de su ser querido, de manera que su partida sea lo menos traumática posible ⁶.

Los CP son mucho más que un derecho a la salud, pues estos incluyen integridad emocional, cultural y espiritual y hasta la muerte, relacionándose esto con calidad de vida; pues dichos cuidados ofrecen condiciones de bienestar, comodidad, alimentación, acceso a servicios, canales de comunicación con las empresas promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y programas de transición del cuidado.

Por lo tanto, la salud trata de supervivencia y dignidad. Adicionalmente, en el caso de una persona con enfermedad en fase terminal, la salud se refiere a vivir este último tiempo de la mejor manera posible. Según Lopera,

“los cuidados de enfermería contribuyen a preservar la dignidad de la persona y entre los fines de la medicina está la paliación del dolor y el sufrimiento” ⁷.

En general, el incremento a nivel global de las enfermedades no transmisibles, el envejecimiento de la población y la mortalidad tras una etapa avanzada y de

final de la vida, evidencian la necesidad de implementar y dar acceso a los CP en los servicios de salud en cualquier nivel y se convierta en una “necesidad urgente y humanitaria de carácter mundial” ⁸.

Esta investigación tiene como objetivo reconocer el desarrollo de los CP por enfermería en pacientes con enfermedad terminal según los cinco procesos descritos en la “Teoría de los cuidados” por la enfermera Kristen M. Swanson (estar con, hacer por, cuidados, conocimiento, posibilitar y mantener las creencias) dentro de los CP como un cuidado integral y multidimensional de la persona.

Metodología:

La presente investigación es de tipo mixta y con un diseño concurrente ⁹, donde la población estuvo conformada por artículos científicos publicados en bases de datos como Proquest, Scielo y Science Direct, dando respuesta a las categorías deductivas que se establecieron desde los cinco procesos de cuidado descritos en la “Teoría de los cuidados” por la enfermera Kristen M. Swanson¹⁰, a saber: estar con, hacer por, cuidados, conocimiento, posibilitar y mantener las creencias; además de las variables como número de páginas, año, procedencia y tipología del texto, distribución de categorías, tipo de fuente y visión de enfermería.

Estos documentos fueron leídos y desglosados en una ficha de selección para determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión: respuesta al

menos a una de las categorías, fecha de publicación no superior a los cinco años y textos pertenecientes a las bases de datos mencionadas, generando a partir de estos una ficha resumen realizadas en Microsoft Word 2007 que contenía la unidad hermenéutica por categorías obtenidas desde el programa informático Atlas Ti. Versión 2. En el análisis de las variables cuantitativas se utilizó una base de datos creada en Microsoft Excel 2007, mediante distribución de frecuencias y estadística de tendencia central.

Para conservar los principios bioéticos y los derechos de producción intelectual se mantuvieron las ideas textuales de los autores de los artículos referenciando en normas Vancouver.

Resultados:

Enfermería con el fin de ejercer un cuidado integral en pacientes terminales, debe acudir al conocimiento científico disciplinar, para el caso la “Teoría de los cuidados” de la enfermera Kristen M. Swanson, la cual habla de brindar bienestar por parte del profesional de enfermería, entendiendo esto como un estado en el que todos los involucrados se sientan integrados y comprometidos con el vivir y el morir, y para lo cual Swanson incluye cinco procesos en el cuidado ¹⁰.

Estar con: hace referencia al estar emocional y físicamente presente para el otro, transmitiendo disponibilidad de apoyo para cuando este lo requiera ¹⁰.

La comunicación se convierte en una herramienta indispensable y eficaz del cuidado en pacientes en fase terminal y es de suma importancia para la promoción de los cuidados paliativos con base a la Teoría Humanística de Enfermería; como vínculo de confianza entre paciente y profesional de enfermería; para intervenir sobre procesos emocionales que inciden en la finalización de la vida del paciente y el curso de esta ante los familiares ¹¹⁻²⁹.

P 11: 11:3 (2:2108-2:2330)

El acompañamiento en los procesos de duelo¹², la evaluación psicológica ¹³⁻¹⁶, el trabajo con la subjetividad de la persona^{11,17,18}, sin olvidar las problemáticas de las familias y el equipo sanitario ³⁰.

P 24: 24:1 (4:1759-4:2057)

La comunicación es importante además en los cuidados paliativos. [...]. Los niños, a veces, en la fase inicial de la enfermedad, que no tienen comunicación de la palabra, pero sí la comunicación de la mirada, con el toque. ¡Tiene que comprender eso! Es un llamado que ella nos presenta ²⁹.

P 24: 24:3 (4:3263-4:3517)

Es gratificante, es necesaria la comunicación correcta, sea ella verbal o no verbal. Y así, usted sale con la conciencia tranquila, de su trabajo bien hecho; y usted no tiene miedo de lo que venga para usted, delante de las cosas que usted hace ²⁹.

Hacer por: significa hacer por el otro lo que se hace por uno mismo, adelantarse

a las necesidades, actuar con eficiencia, protección y respeto por la dignidad del que se cuida ¹⁰.

La mitigación del dolor es uno de los objetivos principales del cuidado paliativo ya sea con medicamentos o terapias alternativas, y en este intervienen las creencias del paciente y sus familiares para hacerlo, además de la participación del personal de salud; por lo cual es necesario que este se forme para ello y ofrezca un cuidado integral, atendiendo al paciente en su estado físico, mental y espiritual.

El confort psicológico y espiritual, son esenciales para el cuidado paliativo de los pacientes en estado terminal, además del confort socio-cultural como las relaciones con sus familiares y amigos; aunque en este influye mayoritariamente la edad de estos pacientes ^{14-18,24-30}.

P 22: 22:5 (3:2585-3:2766)

El alivio del dolor es un objetivo en común de la medicina y los derechos humanos, y el alivio del dolor y el sufrimiento de los enfermos en etapa terminal es un derecho humano ²⁷.

P 28: 28:2 (5:1995-5:2370)

Socio-cultural confort was influenced by the help received to deliver care, with a significant association ($p=0.005$). The socio-cultural confort score is on average 12.72 points higher for those who receive help from third parties than for those who do not receive help. Another variable that had significant influence on this

dimension was the PPS score ($p=0.012$) ²⁰.

P 29: 29:6 (14:122-14:298)

Transforman el ambiente hospitalario, los colores en las habitaciones, los masajes corporales, estas y otras herramientas, ya exploradas, ayudan a morir como seres humanos ²¹.

Cuidados: se refiere a la forma educativa de relación, compromiso y responsabilidad por el ser querido y quienes lo rodean ¹⁰.

Las enfermedades terminales traen consigo múltiples cambios a nivel físico, emocional y espiritual. Por lo cual es relevante que los profesionales a cargo de su cuidado tengan la suficiente experiencia para ofrecer un cuidado acorde a sus necesidades y así mantener su autonomía y dignidad humana, sin embargo, los cuidados paliativos son una sobrecarga emocional a los profesionales de la salud y los cuidadores principales de quienes reciben este tipo de cuidados; por lo cual se debe hacer énfasis en cuidarlos a ellos y mejorar la dinámica del cuidado ³¹⁻⁴².

P 4: 4:3 (5:2076-5:2258)

Tratan el abordaje del conjunto de síntomas, persiguiendo la calidad de vida, que, como se comentó anteriormente, es el concepto más amplio en relación con la idea de muerte digna ¹⁴.

P 7: 7:1 (4:590-4:979)

Gran impacto físico, emocional y social para el afectado y sus familiares, por lo que las metas básicas de la paliación son la búsqueda de su bienestar a través de un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, el alivio y la prevención del sufrimiento con el mayor respeto a su dignidad y autonomía y el apoyo a su familia para que se enfrente mejor a la futura muerte y al duelo ³⁷.

P 36: 36:4 (7:4185-7:4537)

Quase todos os cuidadores (89,7%)relataram ter bastante conhecimento sobre a gravidade da doença e 89,6% referiram que os profissionais de saúde falaram sobre a proximidade da morte do seu familiar em algum momento. Apesar de avisados sobre a iminência da morte, 31% dos cuidadores disseram estar pouco preparados para a perda do seu ente querido ³⁵.

Conocimiento: representa la valoración meticulosa de la persona y la búsqueda de un proceso acertado y de compromiso entre quien cuida y es cuidado ¹⁰.

El conocimiento científico en los CP es el punto de partida para un cuidado integral de los pacientes en fase terminal y su familia, pues esto permite una contextualización de la situación a nivel intra y extra hospitalario para brindar los cuidados requeridos y con base a estos, orientar al paciente y su familia, indicando la forma adecuada que contribuya a ofrecer un cuidado integral

desde el empoderamiento de la situación personal, familiar, social y de políticas públicas que rodea a la persona que se está cuidando. Por lo anterior en la malla curricular de la profesión de enfermería es necesario incluir el cuidado paliativo con un enfoque en las enfermedades degenerativas; teniendo como eje de intervención no sólo al paciente sino la familia; actualmente se evidencia escasa formación en CP; y la poca que hay carece de reconocimiento, impidiendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento e intervención para situaciones que requieren CP ^{11-16,26-36,43-50}.

P 9: 9:2 (2:3600-3:379)

La incorporación del estudio y manejo de las necesidades espirituales de los pacientes por parte del personal de salud, radica en la conceptualización que estos últimos tengan de la espiritualidad, debido a que suele confundirse y equipararse con otros conceptos como el de creencias religiosas o religiosidad ¹².

P 5: 5:4 (5:1143-5:1410)

Los pacientes encuentran demoras en el acceso a los servicios de salud que pueden causarles sufrimientos y complicaciones ³⁴. Por otro lado, el hospital no es buen lugar para morir ³⁵ y los profesionales se sienten con poca formación en cuidados paliativos ¹⁵.

P 25: 25:5 (2:3419-3:192)

Otro aspecto que contribuye al déficit de educación es la falta de reconocimiento de los CP como

especialidad en muchos países y la no exigencia de Validación de dos herramientas para la evaluación de cambios en las actitudes de alumnos... un período de residencia (prácticas supervisadas) o exámenes habilitantes para su práctica ³⁶.

Posibilitar: facilita la transición de la vida y acontecimientos desconocidos, centrándose el cuidador en explicar, apoyar, dar validez a las emociones, generar alternativas y retroalimentar lo que el otro piensa y siente ¹⁰.

En la quimioterapia paliativa, el eje central es posibilitar la toma de decisión del tratamiento al paciente, mediante una información oportuna y adecuada para que este y el familiar directo pueda decidir si eligen o no esta alternativa terapéutica ^{12-18,39-41,51-56}.

P 12: 12:3 (2:1860-2:1992)

la realización de la SP requiere el papel activo de la familia para la toma de decisión cuando el paciente no puede hacerlo ⁴¹.

P 16: 16:3 (2:2504-2:2843)

la mayoría de pacientes que reciben quimioterapia paliativa quieren ser informados sobre su tratamiento ³, para poder participar en la toma de decisiones, generalmente de una manera compartida con su médico aunque existe variabilidad en las preferencias respecto al nivel de información y participación en la toma de decisiones ⁵⁰.

P 16: 16:1 (2:1836-2:2139)

El cambio de tratamiento activo a quimioterapia paliativa es un proceso complejo, es difícil tanto para el profesional que tiene que comunicar el cese de tratamiento curativo, como para el paciente que en ocasiones toma conciencia de la gravedad de la enfermedad y la limitación temporal de la vida ⁵⁰.

Mantener las creencias: permite la conservación de la fé del otro para superar lo que le sucede para enfrentarse al futuro; manteniendo alta estima, esperanza y optimismo realista por medio del apoyo del cuidador ¹⁰.

El cuidado espiritual permite mantener al paciente de cuidados paliativos en paz consigo mismo y con quienes lo rodean, siendo una forma de cuidado integral que le va a permitir morir de una manera más tranquila ^{20-23,35-37, 47, 48,57-60}.

P 6: 6:4 (5:772-5:988)

La particularidad del enfoque arte terapéutico integrado en el equipo es ofrecer poderosas herramientas de expresión simbólica para responder a las necesidades emocionales y espirituales del paciente y su familia ¹⁶.

P 32: 32: (6:584-6:922)

La comprensión de esperanza para uno puede ser muy diferente de la de los demás. A pesar de ello, se puede afirmar que la espiritualidad es un componente central para el bienestar emocional de los pacientes, especialmente al final de la vida, cuando requieren una atención particular para mejorar la calidad de vida y de muerte ³¹.

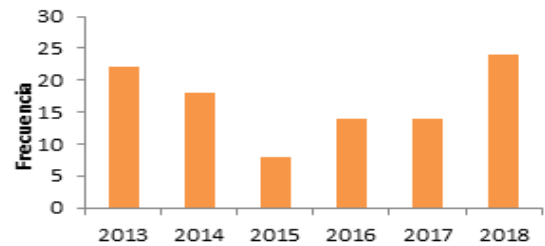
P 6: 6:3 (3:3476-3:3882)

Las necesidades reales de las personas que se están muriendo no precisan de un ultra-sofisticado e invasivo arsenal de reanimación intensiva sino de la serenidad de un entorno atento y compasivo, que sepa aliviar o al menos reducir el sufrimiento y respetar el fluir de un tiempo relativo, un tiempo que cierra sus puertas sobre la finitud, para abrir otras sobre lo irrevocable y lo inconmensurable ¹⁶.

Este artículo documenta la importancia de la intervención integral de la enfermera, en el ciclo final de la vida, aportando a mejorar la calidad de vida y manejo del dolor, en pacientes con enfermedades en estado terminal teniendo en cuenta la Teoría del Cuidado de Kristen M. Swanson, mediante el análisis de investigación mixta y con diseño concurrente, donde se establece claramente que los documentos consultados fueron realizados bajo visión Interactiva-Integrativa.

En los documentos consultados encontramos respuesta a cada una de las categorías en las proporciones descritas a continuación: “Conocimiento” el 26 % de los documentos, "Cuidados" el 20 %, "Hacer por" y existencia de dos las categorías en el mismo artículo 16 %, "Estar con" y la existencia de tres categorías en el mismo artículo 10 % respectivamente, y por último la categoría "Mantener las creencias" con un 2 %; lo que sugiere la importancia de tener un conocimiento científico sobre los cuidados paliativos.

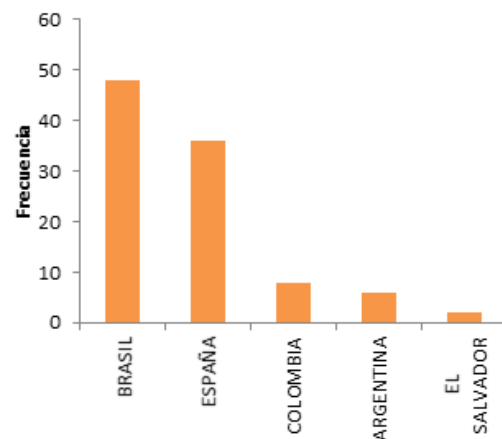
Gráfica 1: distribución porcentual del año de publicación



Fuente: datos del autor

En cuanto al año de publicación, la gráfica 1 muestra que el 24 % pertenecen al año 2018, seguido del año 2013 con un 22 %, año 2014 con un 18 %, los años 2016 y 2017 con un 14 % respectivamente y en menor proporción el año 2015 con un 8 %; lo que puede indicar un mayor interés de investigación sobre los cuidados paliativos en el presente año.

Gráfica 2: distribución porcentual de la procedencia del texto

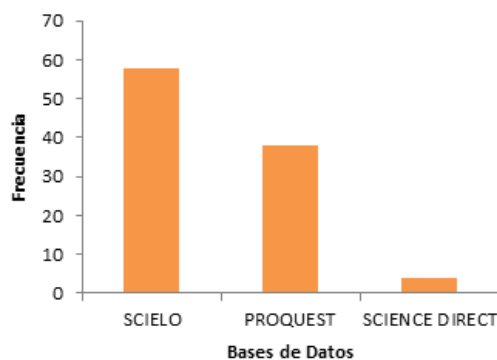


Fuente: datos del autor

Respecto a la procedencia del texto, la gráfica 2 evidencia que del 100 % de los textos seleccionados, el 48 % tienen como país de procedencia Brasil, seguido de España con un 36%, luego Colombia con un 8% y de Argentina con un 6 % y por último el Salvador con un 2 %; lo que sugiere un mayor interés de los países latinoamericanos por investigar acerca del cuidado paliativo, pues al comparar con el país europeo representan el 64 % de los artículos consultados

Para la revisión documental se clasificaron los artículos consultados según las visiones de enfermería y la tipología del texto, arrojando como resultado que el 100% de estos pertenecen a la visión Interactiva-Integrativa y a la tipología de texto denominada artículo de investigación respectivamente.

Gráfica 3: distribución porcentual de la base de datos



Fuente: datos del autor,

En cuanto a la base de datos utilizada para el hallazgo de los 50 textos seleccionados, la gráfica 4, evidencia que el 58 % se encontraron en Scielo,

seguido de un 38 % para la base de datos Proquest y en menor proporción con un 4 % en Science Direct bajo el descriptor del Decs Bireme "Cuidado Paliativo".

Durante el proceso investigativo se consultó un total de 530 páginas, con una media de 11 páginas por documento, una desviación estándar de +/- 5 páginas, la moda fue de 10 páginas; con un mínimo de 3 y un máximo de 18 páginas.

Discusión:

Tras estos resultados podemos afirmar que los documentos revisados aportaron a las categorías de la teoría del cuidado del presente estudio de investigación, demostrando que los Cuidados paliativos brindan calidad de vida no solo a la persona que sufre de una enfermedad en estado terminal, sino también a su cuidador principal y grupo familiar, si bien es conocido que para cualquier miembro de la sociedad, el saber que es portador de una enfermedad en estado terminal genera angustia y dolor, a su familia se le dificulta aún más, el aceptar y afrontar la situación, lo que hace necesario para enfermería, generar intervenciones que alivien el dolor y mejoran el estado anímico del paciente, realizando acompañamiento e involucrando a la familia no solo en el proceso de cuidado, sino de aceptación y afrontamiento al duelo por la pérdida a la que se van a enfrentar. Se debe capacitar al cuidador principal, para lograr un manejo adecuado del dolor, resaltando la importancia de desarrollar un trabajo en equipo con el personal de

enfermería para brindar cuidados paliativos, donde el objetivo principal está enfocado en mejorar la calidad de vida, mediante el manejo del dolor, además intervenir a todo el núcleo familiar brindando atención integral, que les ayude a alcanzar una estabilidad tanto física como emocional para el afrontamiento de una muerte digna.

Conclusiones:

De los documentos consultados se obtiene un amplio panorama de la necesidad existente de mejorar la prestación del servicio de cuidados paliativos, ya que es un tema de interés en salud pública debido al alto índice presente de enfermedad terminal a nivel mundial y más aún, teniendo en cuenta que seguirá aumentando, como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población. Revisando los cinco conceptos de la Teoría del cuidado, se evidencia el gran aporte que estos generan, para brindar cuidados paliativos integrales, además permite al enfermero, hacer intervenciones dirigidas no solo a la persona enferma, sino que logre involucrar al cuidador principal y todos los integrantes de la familia en el proceso de cuidar, ocupándose del bienestar físico, psicosocial y espiritual de todo el núcleo familiar, logrando el objetivo principal, alivio del dolor, mejorando así la calidad de vida y ofreciendo una muerte digna.

Se hace necesaria la atención multidisciplinaria, donde tanto las entidades gubernamentales como institucionales, brinden planes de mejoramiento para garantizar que el personal de enfermería tenga las herramientas necesarias que permitan instaurar intervenciones de calidad, encaminadas a la atención priorizada del enfermo en estado terminal.

Agradecimientos

A la Enfermera Diana Marcela Rengifo, por su apoyo, asesoría y acompañamiento incondicional, durante todo el proceso de elaboración del presente artículo, quién es egresada de la universidad del valle, Magister en cuidado de enfermería, con énfasis en la salud cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia y docente de la Corporación universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt y de la Universidad del Quindío.

Referencias:

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet] 2008; 1-188. [Consultado 2018 Oct 18]. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos [Internet] 2018 [Consultado 2018 Oct 18]. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP). ¿Cómo vamos en cuidados paliativos en Colombia? [Internet] 2018 [Consultado 2018 Oct 26]. Disponible en <http://occp.com.co/resumen-servicios/>

4. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP). Región Quindío [Internet] 2018 [Consultado 2018 Oct 26]. Disponible en <http://occp.com.co/region/quindio/>
5. de Britto Coelho SM, Ramos dos Santos RdS, Veloso ÉI, da Silva AM, Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. Revista Cuidarte [Internet] 2015; 6(2):1062-1069. [Consultado 2018 Oct 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1957086711/fulltext/C0AA5748372142DDPQ/2?accountid=187769>
6. Calazans Balbino Barros N, Rodrigues Paiva Alves E, Bezerra Oliveira CD, Djair Dias M, Sátiro Xavier de França I, Moreira Freire ME. cuidados paliativos na uti: compreensão dos enfermeiros. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [Internet] 2013; 5(1): 3293-3301. [Consultado 2018 Oct 20]. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897014.pdf>
7. Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. Av Enferm [Internet]. 2015; 33(1):124-132. 2013; 5(1): 3293-3301 [Consultado 2018 Oct 20]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a14.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos [Internet] 2016 [Consultado 2018 Oct 26]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44025/9789243547343_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. Diseños del proceso de investigación cualitativa. 468-506
10. Wojnar DM. Teoría de los cuidados. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2007. p. 670-678.
11. Coelho de Brito SM, de Souza Ramos R, Dos Santos EI, da Silva Veloso O, de Aguiar Mariz RG. Representación social de los enfermeros sobre cuidados paliativos. Revista Cuidarte. [Internet] 2015; 6(2): 1062-1069 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1957086711/fulltext/C0AA5748372142DDPQ/2?accountid=187769>
12. Ascencio Huertas L. Adaptación en español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: confiabilidad y análisis factorial. Psicooncología. [Internet] 2015; 12(2-3): 367-381 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1781565885/fulltextPDF/759482D6C1A4D93PQ/2?accountid=187769>
13. Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2013; 18(9): 367-381 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1679179835/759482D6C1A4D93PQ/3?accountid=187769>
14. Rudilla D, Barreto P, Oliver A. Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. Psicooncología. [Internet] 2014; 11(1): 7-18 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1546005317/fulltextPDF/759482D6C1A4D93PQ/4?accountid=187769>
15. Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. Avances en Enfermería. [Internet] 2015; 33(1): 124-132 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1819126000/759482D6C1A4D93PQ/5?accountid=187769>
16. Collete N. Arteterapia en el final de la vida. Fundamentos y metodología de la intervención en una Unidad de Cuidados Paliativos. Arteterapia. [Internet] 2015; 10: 65-85 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1798991819/fulltextPDF/AEFE7E78DF254AEAPQ/7?accountid=187769>
17. Getino Canseco M. Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo

- en atención hospitalaria. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013; 18(9): 2531-2539 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1679179821/AEFE7E78DF254AEAPQ/8?accountid=187769>
18. Souza da Silva R, Sampaio Trindade GS, do Nascimento Paixao GP, Paes da Silva MJ. Family conference in palliative care: concept analysis. *REBEn*. [Internet] 2018; 71(1): 206-213 [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0206.pdf>
 19. Meneguín S, de Sousa Matos TD, da Silva Marques Ferreira MdeL. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *REBEn*. [Internet] 2018; 71(4): 1998-2004 [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/0034-7167-reben-71-04-1998.pdf>
 20. Vitória Gayoso M, Garcias de Avila MA, Antunes da Silva T, Aguilar Alencar R. Comfort level of caregivers of cancer patients receiving palliative care. *ELAE*. [Internet] 2018; 26:e3029. [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3029.pdf>
 21. Gálvez Lopera CA, Naranjo Quintero V. El dolor humano: una respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores paliativos. *Escritos*. [Internet] 2017; 25(55): 419-436 [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v25n55/0120-1263-esupb-25-55-00419.pdf>
 22. Lopera Betancur MA. Impacto de la identificación de pacientes en un programa de cuidados paliativos del País Vasco. *Aten Primaria*. [Internet] 2017: 1-11 [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671730166X>
 23. Pérez de Llano LA. Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. *Gac Sanit*. [Internet] 2018; 32(4): 383-385 [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300839>
 24. Fortín Magaña MA, Portillo Santamaria K, Gómez Csanovas J, López Saca M. Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *EducMed*. [Internet] 2017; 18(9): 1-5 [Consultado 2018 Sept 12]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301808>
 25. Figueredo da Silva C, Melo Souza D, Chaves Pedreira L, Ribeiro dos Santos M. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013; 13(2-3): 364-382 [Consultado 2018 Agos 19]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n9/2597-2604/pt>
 26. Balbino Barros NC, Rodríguez Paiva Alves E, Bezerra Oliveira CD, Djair Dias M, Xavier de Franca IS, Moreira Freire ME. Cuidados paliativos na uti: compreensão dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. [Internet] 2013; 5 (1): 3293-3301 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/5057/505750897014.pdf>
 27. Tripodoro VA. El derecho a los cuidados paliativos o "el día en que la muerte decidió volver...". *Medicina (Buenos Aires)*. [Internet] 2013; 73(6): 601-604 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000800019
 28. Habekost Cardoso D, Manfrin Muniz R, Schwartz E, De Oliveira Arrieira IC. Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Internet] 2013; 22(4): 1131-1141 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/714/71429843032.pdf>
 29. Figueiredo de SaFranca JR, Geraldo da Costa SF, Limeira Lopes ME, Lima da

- Nóbrega MM, Xavier de Franca IS. Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013; 21(3): 7 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/75986/79546>
30. Krikorian A, Román Calderón JP, Wenky R, Monti C. Validación de dos herramientas para la evaluación de cambios en las actitudes de alumnos en situaciones frecuentes en cuidado paliativo. *Psicooncología*. [Internet] 2016; 13(1): 59-69 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1806416642/fulltextPDF/8B1ED86D9707447EPQ/1?accountid=187769>
 31. Rosas Jiménez CA, Díaz Díaz A. La escucha: elemento fundamental en La atención espiritual del cuidado paliativo. *Pers.bioét.* [Internet] 2017; 21(2): 280-291 [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v21n2/0123-3122-pebi-21-02-00280.pdf>
 32. Suruagy Correia D, da Silva Bezerra ME, da Silva Lucena T, Alves de Farias MSJ, Antunes Freitas D, de Souza Riscado JL. Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação em Medicina. *RBEM*. [Internet] 2018; 42 (3): 78-86 [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0078.pdf>
 33. Garrido de Andrade C, Geraldo da Costa SF, Limeira Lopes ME. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013; 18(9): 2523-2530 [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001700006&script=sci_arttext&tlng=es
 34. Ferreira Leite AK, Braga Ribeiro K. Older adults with cancer in the city of São Paulo: what factors determine the place of death? *Rev Saude Pública*. [Internet] 2018: 52-66 [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/66/pt/>
 35. Delalibera M, Coelho A, Presa J, Barbosa A, Leal I. Circunstâncias e consequências do cuidar: estudo prospetivo em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2016; 21(3): 2351 – 2362 [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n7/2351-2362/pt>
 36. Eich M, Machado Verdi MI, Finkler M, Scremin Martins PP. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface*. [Internet] 2018: 1-12 [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1806416642/fulltextPDF/8B1ED86D9707447EPQ/1?accountid=187769>
 37. Getino Canseco M. Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013; 18(9): 2531-2539 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1679179821/AEFE7E78DF254AEAPQ/8?accountid=187769>
 38. Sandoval Guzmán PE, Rangel Domínguez NE, Allende Pérez SR, Ascencio Huertas L. Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: un estudio descriptivo. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(2-3): 333-344 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1640676163/fulltextPDF/8693F69940804619PQ/1?accountid=187769>
 39. Hernández García MdelC. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*. [Internet] 2017; 14(1): 53-70 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1923982587/fulltextPDF/B8626B36CEB24533PQ/1?accountid=187769>

40. Fernández Alcántara M, Ortega Valdivieso A, Pérez Marfil MN, García Caro MP, Cruz Quintana F. Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(1): 163-172 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1546005307/fulltextPDF/104428772012411CPQ/1?accountid=187769>
41. Carmona Jiménez AM, González M, Vélez Ángel MC, Krikorian A. Impacto familiar de la sedación paliativa en pacientes terminales desde la perspectiva del cuidador principal. *Psicooncología*. [Internet] 2016; 13(2-3): 351-365 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1867930065/fulltextPDF/D19D15707AE34CADPQ/1?accountid=187769>
42. Pérez Vega ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Psicooncología*. [Internet] 2016; 7(1): 1210-1218 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1955899670/fulltextPDF/2C319EE8E9044862PQ/1?accountid=187769>
43. Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013; 18(9): 2541-2548 [Consultado 2018 Sept 17]. Disponible en https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001700008&script=sci_arttext
44. De Oliveira Arrieira IC, Buss Thoferhn M, Schaefer OM, da Fonseca AD, Prado Kantorski L, Hbekost Cardoso D. The sense of spiritual care in the integrality of attention in palliative care. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2017; 38(3): 1-9 [Consultado 2018 Sept 17]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1640676163/fulltextPDF/8693F69940804619PQ/1?accountid=187769>
45. Tavares de Moraes Atty A, Glaucia Tomazelli J. Palliative care in home care for cancer patients in Brazil. *Saúde Debate*. [Internet] 2018; 42(116): 225-7236 [Consultado 2018 Sept 17]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/en_0103-1104-sdeb-42-116-0225.pdf
46. Freire de Lima Carvalho GA, Paiva de Menezes RM, Cruz Enders B, Alves Teixeira G, Azevedo Dantas DN et al. Meanings attributed to palliative care by health Professional in the primary care context. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2018; 27 (2): 1-9 [Consultado 2018 Sept 17]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/en_0104-0707-tce-27-02-e5740016.pdf
47. Yazde Puleio ML, Gómez KV, Majdalani A, Pigliapoco V, Santos Choeler G. Tratamiento opioide del dolor mixto en pacientes pediátricos asistidos por el equipo de Cuidados Paliativos. Cinco años de experiencia. *Arch Argent Pediatr*. [Internet] 2018; 116(1): 56-68 [Consultado 2018 Agos 21]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/en_0104-0707-tce-27-02-e5740016.pdf
48. Benito E, Dones M, Babero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*. [Internet] 2016; 13(2-3): 367-384 [Consultado 2018 Agos 19]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1867929580/fulltextPDF/AEFE7E78DF254AEAPQ/28?accountid=187769>
49. Montealegre Gómez DC. Aplicación de la Dignity Therapy en pacientes oncológicos en situación avanzada. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(2-3): 345-355 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1640676211/fulltextPDF/AEFE7E78DF254AEAPQ/84?accountid=187769>
50. Navarro Jiménez JM, Cruzado JA, Boya Cristia MJ. Información sobre la quimioterapia paliativa en pacientes con cáncer avanzado: una revisión. *Psicooncología*. [Internet] 2016; 14(1): 23-40 [Consultado 2018 Agos 19]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1923983233/AEFE7E78DF254AEAPQ/44?accountid=187769><https://search.proquest.com/docview/1867929580/fulltextPDF/AE>

- FE7E78DF254AEAPQ/28?accountid=187769
51. Izquierdo Botica F, Ruiz López D, Guerra Rodríguez M, García Baquero Merino MT, Blasco Amaro JA. Metodología cualitativa para validación de cuestionario de recursos y servicios en cuidados paliativos. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(1): 129-139 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1546005339/fulltextPDF/3C6F2795232B4E98PQ/3?accountid=187769>
 52. Barbero J. El trabajo en equipo de los quipos multidisciplinares de cuidados paliativos: análisis de la realidad española. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(2-3): 423-424 [Consultado 2018 Agos 19]. Disponible en <https://search.proquest.com/docview/1640460371/fulltextPDF/AEFE7E78DF254AEAPQ/48?accountid=187769>
 53. Moraes Atty A, Glucia Tomazelli J. Palliative care in home care for cancer patients in Brazil. *Saúde Debate*. [Internet] 2016; 42(116): 225-7236 [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/e_n_0103-1104-sdeb-42-116-0225.pdf
 54. Melo Souza D, Figueredo da Silva C, Chaves Pedreira L, Ribeiro dos Santos M. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2014; 13(2-3): 364-382 [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n9/2597-2604/pt>
 55. Manfrin Muniz R, Habekost Cardoso D, Schwartz E, De Oliveira Arrieira IC. Hospice care in a hospital setting. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Internet] 2014; 22(4): 1131-1141 [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/714/71429843032.pdf>
 56. Ortega Valdivieso A, Fernández Alcántara M, Pérez Marfil MN, García Caro MP, Cruz Quintana F. Situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(1): 163-172 [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44925
 57. Vitória Gayoso M, Garcias de Avila MA, Antunes da Silva T, Aguilar Alencar R. Comfort of cancer patients receiving palliative care. *ELAE*. [Internet] 2018; 26:e3029. [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3029.pdf>
 58. Braga Ribeiro K, Ferreira Leite A. Adults with cancer: what factors determine the moment of death? *Rev Saude Pública*. [Internet] 2018; 52-66 [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/66/pt/>
 59. Chaves Pedreira L, Ribeiro dos Santos M, Figueredo da Silva C, Melo Souza D. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013; 13(2-3): 364-382 [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n9/2597-2604/pt>
 60. Gómez Montealegre DC. Aplicación de terapias alternativas en pacientes oncológicos en situación avanzada. *Psicooncología*. [Internet] 2014; 11(2-3): 345-355 [Consultado 2018 Agos 20]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/1640676211/fulltextPDF/AEFE7E78DF254AEAPQ/84?accountid=187769>



XI ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CUE AVH

EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA UN CUIDADO CON CALIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Memorias



Filial de:



CONOCE MÁS EN:

cue.edu.co

MÁS INFORMACIÓN

Programa de Enfermería

Sede Alcázar / Cl. 4N #13-05

PBX:(6) 7451544 / info@cue.edu.co

Diseño de Instrumento de Valoración de Agencia de Autocuidado con Enfoque en Sexualidad

Triana Ocampo AM¹, Carvajal Ramírez LJ.

Resumen

La agencia de autocuidado es la capacidad que presenta un individuo para dar satisfacción a los requerimientos en el transcurso de su ciclo vital, esto teniendo en cuenta las habilidades, capacidades, conocimientos y conductas de cuidado de cada individuo, DOROTHEA OREM se refiere al concepto como: una “compleja capacidad desarrollada que permite regular el funcionamiento y desarrollo de las actividades que lleven a promover el cuidado a lo largo de la vida del individuo” (Aponte Gomez, Fajardo Camargo & Bohorquez Caro , 2011) la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), fue desarrollada por Evers en el año 1983.

Al revisar la actual versión en español del IACA realizada por la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia es evidenciando en el proceso que ningún ítem está dirigido al área de la sexualidad, aclarando que el instrumento cuenta con 24 ítems para su aplicación y valoración.

El presente trabajo tiene como propósito la realización del diseño de un instrumento de agencia e autocuidado enfocado en el área de la sexualidad que dé respuesta a la necesidad sentida y que aporte a nuestro campo académico y profesional esto se dará por medio de un análisis de artículos, investigaciones e información relevante que haga parte de las categorías seleccionadas en el presente trabajo, como lo son: la agencia de autocuidado, la teoría de Dorothea Orem, modelo holónico de la sexualidad humana,, sexualidad y promoción de la salud , posterior a esto se realizara una triangulación de los conceptos sexualidad desde el modelo holónico, teoría de autocuidado y promoción de la salud.

1. Estudiante de Enfermería. Universidad del Quindío. Decimo semestres. Email: anadiego1916@gmail.com

Un Modelo de Atención para el Sufrimiento psíquico: más allá de la Mente.

Gallego Erazo D¹, Hurtado Gómez MJ, López Gil PA, Peñalosa Beltrán MM.

Resumen

Introducción: la salud mental permite desplegar los recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. Las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo incrementarán de 10,5 % al 15 % para el año 2020². (Posada, 2013).

Objetivos: Diseñar un modelo de atención para las personas con sufrimiento psíquico mediante una revisión sistemática, la opinión de expertos y la participación activa del paciente y su familia, generando un abordaje integral a dicho grupo poblacional.

Metodología

- Tipo de estudio: Fenomenológico.
- Diseño: Mixto.
- Universo: muestreo intencional (expertos, sujeto de cuidado y familia).
- Técnica de recolección: Revisión sistemática, entrevista semi-estructurada.
- Procesamiento: Estrategia diseño transformativo concurrente y análisis conceptual.

Resultados:

En la revisión de la literatura, se encontraron aproximadamente 50 clasificados por metodología cuantitativa, cualitativa o mixta 9, 26 y 14 respectivamente; se entrevistaron 8 expertos de diferentes disciplinas, 5 personas y 3 familiares. Se realizó la relación de análisis conceptual y se establecieron 4 capítulos para la construcción del modelo.

Conclusiones:

- El sufrimiento psíquico es una experiencia individual a la que cualquier persona puede estar expuesta.
- El plan terapéutico debe involucrar a la familia como fuente y sujeto de cuidado, brindando herramientas en ambos papeles.
- La sociedad constituye un papel fundamental para el desarrollo de los individuos con sufrimiento psíquico.
- La calidad de la atención permite al sistema de salud reducir el costo e impacto de la salud mental, la carga social y la calidad de vida de las personas implicadas.

1. Estudiante de Enfermería. Universidad del Quindío. Decimo semestres. Email: Gallegodaniela09.dg@gmail.com

Concepto de cuidado en el postconflicto con base al conocimiento y experiencia de enfermeras y expertos.

Chilito Sánchez EJ¹, Jiménez Jaramillo LF, Marín Díaz S, Zamorano Salgado S.

Resumen

El presente trabajo estuvo enfocado a la construcción del concepto de cuidado de enfermería en el postconflicto teniendo en cuenta el conocimiento y experiencia de Enfermeras (os) y de expertos (sociólogos y politólogos) quienes compartieron sus opiniones en el tema, basándose en el campo de acción de sus respectivas profesiones.

El objetivo principal consistió en construir el concepto de cuidado de enfermería en el postconflicto, con base al conocimiento y experiencia de enfermeras(os) y expertos.

El proyecto se desarrolló mediante una investigación acción colaborativa, la cual estuvo conformada por tres fases; En la primera fase se realizó una revisión sistemática de la literatura en diferentes bases de datos en las cuales se recopilaron artículos, investigaciones y documentos relacionados con temas de conflicto armado, postconflicto y cuidado de enfermería; La segunda fase consistió en realizar una entrevista a profundidad a expertos (sociólogos y politólogos) quienes fueron involucrados mediante estrategia intencional; de igual forma se realizó un taller investigativo con enfermeras (os), el cual se desarrolló en dos sesiones; posterior a esto, se llevó a cabo el procesamiento de la información mediante categorización deductiva y relacion conceptual; En la tercera fase, se desarrolló la construcción del concepto de cuidado de enfermería en el postconflicto, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las dos fases anteriores, se espera que dicho concepto responda de manera pertinente e integral a las necesidades actuales de cuidado de la sociedad colombiana.

1. Estudiante de Enfermería. Universidad del Quindío. Decimo semestres. Email: Erika.j.chilito@gmail.com

Estandarización del Cuidado en Pacientes con Hemodiálisis. Revisión sistemática.

Burbano Garcia EA¹, Miguez Restrepo DA, Ospina Acevedo JA.

Resumen

Introducción: La enfermedad renal crónica en Colombia es considerada catastrófica y de alto costo debido a su capacidad de deteriorar a las personas que la padecen. La estandarización del cuidado es un sistema de planificación en donde los cuidados se centran en grupos de pacientes con respuestas iguales en situaciones semejantes. **Objetivo:** Estandarizar el cuidado de enfermería en personas con hemodiálisis. **Método:** revisión sistemática, se buscaron artículos científicos en Pudmed, Lilacs, Scielo, Proquest, Science Direct, en español, inglés y portugués en el primer trimestre de 2018. Criterios de inclusión: artículos de investigación cuantitativa, descriptivos, publicadas en los últimos diez años accesibles a texto completo. Selección y recuperación de artículos: seleccionados 138 artículos inicialmente, se excluyeron 22 artículos, quedando 116 los cuales fueron sometidos a lectura crítica. **Resultado:** los temas que surgieron de la revisión fueron: educación y autocuidado en el paciente en hemodiálisis, importancia de la familia en el cuidado y calidad de vida siendo estos coherentes con los planteados en este estudio. **Discusión:** se evidenció diagnósticos de enfermería predominantes relacionados con dominios rol/relaciones, autocuidado. La educación a los pacientes mejora su confianza, facilita su adaptabilidad a los cambios y/o crisis tanto de sí mismos como de la vida. La mayor parte de los pacientes conservan aun autonomía para realizar sus actividades en la vida diaria. Factores como el transporte hasta la unidad renal, dependencia a la medicación y hemodiálisis afectan su confort. **Conclusiones:** A partir de la revisión realizada se evidencia las principales problemáticas que suelen presentarse en la población a estudio permitiendo la estandarización del cuidado empleando la taxonomía NANDA.

1. Estudiante de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina. Octavo semestre. Email: eurbano@estudiantes.areandina.edu.co

Bioseguridad del Paciente desde un Contexto de Políticas Públicas.

Ospina Buitrago LC¹, Nieto Solano N, Zapata Restrepo CD,
Mora Espinoza B.

Resumen

Introducción:

La bioseguridad se entiende como un conjunto compuesto por medidas y disposiciones tanto técnicas como de ingeniería, normalizadas mediante ley y/u organizaciones estatales, por ende, tiene un fin fundamental, la protección del ser humano, como del reino animal, vegetal y ambiental. La bioseguridad se puede definir como un conjunto de medidas preventivas, encaminadas hacia el mantenimiento y control de factores de riesgo, que pueden ser causados por agentes biológicos, físicos o químicos, entre otros. **Objetivo:** Revisar el compromiso del profesional de enfermería en la bioseguridad del paciente desde un contexto de políticas públicas. **Materiales y Métodos:** Estudio documental, de revisión de literatura con base en descriptores Decs para la selección de temas y sistemáticas en análisis a profundidad. **Resultados:** Este estudio muestra que hay normatividad suficiente que regula la bioseguridad del paciente, sin embargo, la calidad de la atención está determinada por condiciones asistenciales como administrativos; que busca una atención segura para evitar eventos adversos. **Conclusión:** Según la literatura la bioseguridad se basa en aquellos principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental; por lo cual, las instituciones de salud, requieren del establecimiento y cumplimiento de un programa de bioseguridad, como parte fundamental de la organización como política institucional, con objetivos y normas definidas que conlleven a un ambiente de trabajo ordenado, seguro para asegurar la calidad de la atención y reducir sobrecostos por eventos adversos.

1. Estudiante de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina. Séptimo semestre. Email: lospina35@estudiantes.areandina.edu.co

Obesidad, Enfermedad del Siglo XXI en el marco de las Políticas Públicas.

Peláez Tamayo DV, López Acosta YL, Vásquez Álzate E, Mora Espinoza B.

Resumen

Introducción: De acuerdo a la OMS la obesidad se considera la enfermedad del siglo XXI, como un grave problema en salud pública tanto nacional como internacionalmente, afectando países desarrollados y subdesarrollados; la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso, de este modo la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es con el índice de masa corporal (IMC). **Objetivo** Analizar la obesidad como enfermedad del siglo XXI en el marco de políticas públicas. **Materiales y Métodos:** Estudio documental, de revisión de literatura con base en descriptores Decs para la definición de temáticas y subtemáticas., con análisis crítico a profundidad **Resultados:** La revisión de literatura señaló que la obesidad es resultado de alteraciones alimentarias, generando como consecuencia problemas metabólicos y nutricionales, y un problema relevante para la salud de las personas y relacionada con el incremento de enfermedades crónicas. **Conclusión:** La nutrición y hábitos inadecuadas desde la niñez incrementan la posibilidad de presentar sobrepeso en la edad adulta, señalando que la obesidad conlleva el riesgo de otras enfermedades, incrementa los costos de atención en salud en un 36% y de medicamentos en un 77%; también, el sedentarismo, la falta de actividad física, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización están altamente relacionados con el incremento de la obesidad en el mundo.

-
1. Estudiante de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina. Séptimo semestres. Email: dpelaez5@estudiantes.areandina.edu.co

Modelo de Cuidado de Enfermería para las Personas no Oyentes.Franco Gallego N¹, Toro Rubiano CV.**Resumen**

La discapacidad auditiva se entiende como una alteración en las estructuras o funciones del sistema auditivo que afectan la realización de actividades que implican la comunicación oral (OMS, 2015); actualmente en Colombia, según el DANE, se registra para el año 2015 un 0.34% de personas quienes presentan dificultad con la voz y el habla, las leyes que han surgido en Colombia para los sujetos de cuidado son principalmente la ley 982/2005 las cuales están enfocadas a mejorar y garantizar la calidad de vida de las personas no oyentes. Para el profesional de enfermería es realmente un reto ya que desde la literatura se puede observar que hay limitaciones para lograr una adecuada comunicación con lo que posteriormente el cuidado se ve afectado, es por esto que el propósito del presente proyecto fue plantear un modelo de cuidado de enfermería para las personas no oyentes partiendo desde la revisión de la literatura y sus experiencias, sentimientos y vivencias. La metodología que se utilizó fue con un enfoque mixto, compuesto por diversas fases: en la primera fue una revisión sistemática acerca de la persona no oyente y del concepto del cuidado de enfermería; luego se hizo una inmersión en el campo donde se recolectó información mediante entrevistas a profundidad con acompañamiento de experto en lenguaje de señas; se tuvo como referente teórico La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica - Boykin y Schoenhofer; lo cual permitió la realización del modelo acorde a las características de las personas no oyentes.

1. Estudiante de Enfermería. Universidad del Quindío. Decimo semestres. Email: nfrancog@uqvirtual.edu.co

El diario vivir después de un Accidente Cerebrovascular, una mirada desde la Teoría Bioética Sinfonológica.

Tapias T ¹, Núñez A, Correa D, Muñoz D, Hurtado L, Castaño M.

Resumen

El presente artículo pretende analizar como un accidente cerebrovascular tiene impacto sobre la vida del paciente, alterando patrones de roles sociales y familiares, debido a que es una enfermedad que irrumpe el buen funcionamiento del cerebro, dejando múltiples secuelas a nivel neuromusculares siendo una patología que se relaciona con factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite brindar una atención integral al sujeto del cuidado y su familia, por tal motivo se aplicó la teoría bioética sinfonológica con el objeto de evidenciar en el paciente el contexto situacional del antes y el ahora, consciencia acerca del bien y el mal, y conocimientos antiguos y previos acerca de la patología encontrándose dificultad de la autonomía y afectación del autoconcepto tanto de parte del sujeto como de su familia, por tal motivo se implementó el siguiente diagnóstico: Baja autoestima situacional R/C cambios en el rol social E/V desempeño ineficaz del rol; las intervenciones que fueron realizadas estuvieron enfocadas al apoyo emocional por medio de una escucha activa e invitación a grupos de apoyo y actividades diarias que le permitan adoptar un nuevo rol como persona funcional, concluyendo que la interacción con el paciente es de gran beneficio para el sujeto de cuidado permitiendo adoptar conductas saludables para una mejor calidad de vida.

-
1. Estudiante de Enfermería. Corporacion Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt. Tercer semestre. Email: ttapias73319@cue.edu.co

Enfermedad Renal Crónica vista desde la Teoría de la Incertidumbre propuesta por Merle H. Mishel.

Ibarra D¹, Londoño P, Quintero L, Villegas A.

Resumen

Estudiantes universitarias de la facultad de enfermería, realizaron una investigación con base a pacientes percientes de ERC en cualquiera de sus estadios. Indagando sobre cómo estos pacientes se enfrentan a la enfermedad, y cuáles serían sus mecanismos de respuesta, en este caso específicamente cual es el nivel de incertidumbre de cada uno de ellos. Teniendo en cuenta que la ERC es una enfermedad progresiva y no transmisible, la cual está estrechamente ligada a la Diabetes y la HTA. De tal forma que se dispersa en 5 diferentes estadios. Siendo está reconocida como una de las patologías de alto costo por el fondo colombiano de Enfermedades.

Por tal razón las estudiantes se apoyaron de la teoría propuesta por Merle H Mishel, aferrándose de los metaparadigmas de la incertidumbre. Encontrado que los pacientes están propensos a tomar 2 caminos, el de aceptación o por lo contrario la negación ante la enfermedad. Así mismo se desarrolló una encuesta utilizando como instrumento el formato MUIS-C, (Mishel Uncertainty in Illness Scalecommunity) el cual ayudo a determinar el significado que le da la persona a los eventos o hechos relacionados con su estado de salud. Se pudo establecer que las personas entrevistadas presentaron un alto grado de incertidumbre. De modo que concluyendo la investigación, ser diagnosticado con ERC conlleva a que en el paciente se presente desconcierto por lo impredecible que puede ser su enfermedad y confusión a la hora de entender la información suministrada por quienes lo rodean y el personal de salud

1. Estudiante de Enfermería. Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt. Cuarto semestre. Email: dibarra632914@cue.edu.co

Modelo de cuidado de Enfermería en un marco de reconocimiento de la diversidad de género: “un paradigma sin hegemonía de género”

Álzate Betancourt S¹, Loaiza Tabares JD, Marín Oviedo NA, Tique Poloche MN.

Resumen

En reuniones sobre derechos humanos como la conferencia de Ottawa (1986) y la declaración sobre promoción de la salud (1992), se ha enfatizado en reducir diferencias y asegurar igualdad de oportunidades para permitir a todas las personas alcanzar su pleno bienestar. Sin embargo diversas investigaciones evidencian barreras administrativas en los sistemas sanitarios, así como una falta de sensibilidad y conocimiento de los profesionales hacia las personas trans. Esto ocasiona su ausentismo en los servicios hospitalarios cuando presentan afecciones de toda índole y especialmente, en lo relacionado al proceso de transición de género, optando por auto medicarse e implementar tratamientos no seguros.

En relación a ello, el CIE estipula que: son inherentes a la Enfermería, el respeto de los derechos humanos como la no discriminación por género, orientación sexual, etc. Existiendo el deber que como disciplina se generen acciones acordes a la evolución contextualizada de la sociedad y una indagación científica rigurosa por medio de metodologías congruentes con el saber propio.

El presente estudio corresponde al diseño de un modelo de cuidado de Enfermería en un marco de reconocimiento de la diversidad de género, desarrollado en dos fases por medio de un enfoque mixto con estructura de integración múltiple. La primera revisión teórica de los conceptos clave y realización de entrevistas tanto a expertos como personas trans. La segunda, diseño de lineamientos del modelo, y su socialización en diferentes contextos relacionados con salud y Enfermería. Se espera, los profesionales del cuidado tengan una herramienta que aporte al desarrollo científico y humano.

1. Estudiante de Enfermería. Universidad del Quindío. Decimo semestres. Email: sebasalbe@gmail.com



DERECHOS DE AUTOR



www.cue.edu.co



**CÁMARA DE COMERCIO
DE ARMENIA Y DEL QUINDÍO**