

VII CONGRESO NACIONAL Y IV INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA: “ENFERMEDADES INFECCIOSAS RETOS PARA EL SIGLO XXI”.

AUDITORIO HOTEL BOLÍVAR - CÚCUTA - COLOMBIA
23 Y 24 DE MARZO DE 2017



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 600901912, a favor de la UFPS FRIE REFERENCIA 600 (FORMATO: RECAUDO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proyeccion_social@utps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



MEMORIAS
VII CONGRESO NACIONAL Y IV INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA:
“ENFERMEDADES INFECCIOSAS RETOS PARA EL SIGLO XXI”
ISSN

CLAUDIA ELIZABETH TOLOZA MARTÍNEZ
Rectora

RUBY ELIZABETH VARGAS TOLOZA
Decana Facultad Ciencias de la Salud

DORIS AMPARO PARADA RICO
Directora Programa de Enfermería

GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA
Directora grupo de investigación de Salud Pública

DORIS AMPARO PARADA RICO
ALIX ZORAIDA BOHÓRQUEZ ORTIZ
DIANA CAROLINA SILVA
GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA
Comité Científico

MARÍA MERCEDES RAMÍREZ ORDOÑEZ
PATRICIA VELEZ LAGUADO
Comité de Logística

RUBY ELIZABETH VARGAS TOLOZA
Comité Financiero

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFPS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO DECAUCHO EN LINEA). Favor enviar escaneada la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2017@ma.lesma y proveccion_socia@utpas.edu.co

Informa **Cúcuta, mayo 23 y 24 de 2017**
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

Universidad Francisco de Paula Santander



VII CONGRESO NACIONAL Y IV INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA: “ENFERMEDADES INFECCIOSAS RETOS PARA EL SIGLO XXI”.

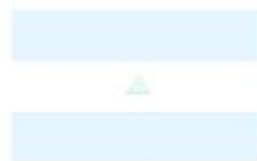
AUDITORIO HOTEL BOLÍVAR - CÚCUTA - COLOMBIA
23 Y 24 DE MARZO DE 2017



ISSN 2344-7370

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 600 (FORMATO: BANCO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2017@ma.icasa.gov.co y proyección: socios@fas.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



TABLA DE CONTENIDO

CONOCIMIENTO SOBRE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LÍDERES LOCALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA LEPTOSPIROSIS.

Maely Ramírez Rodríguez
Giselda Sanabria Ramos.
Denis Verdasquera Corcho
María de la C Casanova Moreno.
Jessica María González Casanova.

SUPERACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA EN COMUNITARIA PARA PREVENIR LA LEPTOSPIROSIS.

Maely Ramírez Rodríguez
Ileana María Hernández Rodríguez..
Lazara Mayra Díaz Álvarez.
Maidely Mena Ramírez

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DEL EVENTO ZIKA EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2015-2016

Raisa Isabel Valcárcel Paredes

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y CUIDADO DEL OTRO EN TUBERCULOSIS. ÁMBITO CARCELARIO.

Judith Ruiz Reyes
María Alejandra Bonilla Jaimes
Melissa Alejandra Castellanos Ballen
Mabel Juliana Mantilla Díaz
Sulay Angélica Muñoz Galván
Silvia Lorena Rodríguez Méndez
Silvia Ximena Rojas Herrera

VIVENCIAS DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL AREA METROPOLITANA DE CUCUTA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016

María Mercedes Ramírez.
Marisol Rivera.
Kevin Oswaldo Dávila.
Henry Alexander Duran.
Karen Dayana Rodríguez.
Milly Dianne cárdenas.
Nohra Daniela Carriazo.

INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE BUCARAMANGA.

Fabio Alberto Camargo-Figuera
Paola Andrea Soto Grimaldos

CUIDADO DOMICILIARIO DE LAS ENFERMEDADES VÍRICAS TRANSMITIDAS POR VECTORES

Regina Cogollo Jiménez. Enfermera.

CRIANZA EN ENTORNOS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Doris Amparo Parada Rico

DETERMINACIÓN DE LA INHIBICIÓN QUORUM SENSING POR LA VARIANTE LACTONASA 852 SOBRE LA PRODUCCIÓN DE BIOPELÍCULAS EN BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIDROGORESISTENTES.

Johana Alexandra Gallardo Castro

COMPORTAMIENTO DEL EVENTO DE TOSFERINA, NORTE DE SANTANDER 2014-2016

Yesenia Mairuth Quintero Carrascal,

MI RELACION CON EL OTRO. UNA ALTERNATIVA FRENTE AL CONTAGIO DEL VIH

Nohora Del Carmen Ortega Cadena
Natalia Revelo Cuaspa

SITUACIÓN DE LEISHMANIASIS EN NORTE DE SANTANDER DURANTE VIGENCIAS 2014 AL 2016.

Heiddy Patricia Vargas Rodríguez

TUBERCULOSIS RESISTENTE EN NORTE DE SANTANDER

Nohora Erlinda Cadena
Valeria Sofía López Zambrano

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS EN USUARIOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN (UBA) COMUNEROS, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2016.

Myriam García Gómez
Luz Karime Mayorga García
Vanessa Cordero Villamiza
Valentina Gallego Gómez
Viviana Guevara Cantillo
Luis Eduardo Rojas

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CONDUCTAS SOBRE TUBERCULOSIS EN USUARIOS: UNIDAD BÁSICA DE LOS PATIOS

Daniela Alexandra Fuentes Sosa
Yurky Yuleyma Ortega Gelvez
Diana Valentina Mojica Torres
Paola Bibiana Parada Pérez

AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA ASISTENTES A UNA FUNDACIÓN EN CÚCUTA - COLOMBIA.

Danuit Alexander Rey Camargo
María del Pilar Ureña Molina.

RETOS EDUCATIVOS EN SALUD SEXUAL(VIH) PARA JOVENES SORDOS ESCOLARIZADOS DE CUCUTA

Katherine Toro Laiton,
Doris Amparo Parada Rico



ESTUDIANTES UFPS

\$ 60.000

EGRESADOS UFPS

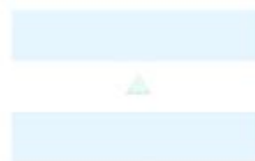
\$ 110.000

ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES

\$ 70.000

PROFESIONALES

\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LINEA). Favor enviar evidencia de la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proyección: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



CONOCIMIENTO SOBRE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LÍDERES LOCALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA LEPTOSPIROSIS

Maely Ramírez Rodríguez
Giselda Sanabria Ramos
Denis Verdasquera Corcho
María de la C Casanova Moreno
Jessica María González Casanova
Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba

RESUMEN

Introducción: La capacitación a nivel comunitario teniendo en cuenta las necesidades de conocimientos de los líderes locales en su desempeño, han sido documentadas como el método más apropiado y factible para estimular la modificación de conducta y comportamiento de las personas, propiciando el desarrollo de conductas saludables. **Objetivo:** diseñar una estrategia de capacitación para los líderes locales en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis. **Materiales y métodos:** realizó una Investigación-acción como dimensión de la Educación Popular en un área de salud de la comunidad Hermanos Cruz durante el período comprendido entre abril 2015 y enero 2017, bajo un enfoque metodológico general fundamentado dialécticamente para integrar los métodos utilizados en la investigación y combinados con el método de acción participación al aplicar lo diseñado. **Resultados y discusión:** Se precisó la descontextualización y ausencia de acciones integradas de capacitación en participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis, que tributen a elevar el nivel de conocimiento de los líderes. La estrategia fue concebida desde sus fundamentos y mediante tres acciones específicas para permitir el desarrollo del proceso de capacitación de los líderes locales en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis. **Conclusiones:** La validación de la estrategia de superación propuesta, se realizó mediante la consulta a expertos que expresaron su validez y su constatación en la práctica mediante la aplicación de una experiencia inicial contribuyó a enriquecer y perfeccionar las acciones concebidas en un proceso de evaluación que posibilitó sistematizar su valoración y rediseño sistemático y la convirtió en factible para ser aplicada en otros contextos.

Palabras Claves: Proceso de capacitación, participación comunitaria, prevención de la leptospirosis.

Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



INTRODUCCIÓN

La capacitación a nivel comunitario teniendo en cuenta las necesidades de conocimientos de los líderes locales en su desempeño, han sido documentadas como el método más apropiado y factible para estimular la modificación de conducta y comportamiento de las personas, propiciando el desarrollo de conductas saludables que logren un efecto perdurable en el escenario social local, lo que propicia la consolidación de una comunidad desarrolladora y el mejoramiento de la calidad de vida.^{1,2} Esto se revierte en demanda para la formación de nuevas competencias que permitan a sus líderes un nivel de desempeño en correspondencia con el ejercicio de su responsabilidad, en función de las necesidades sociales, para que la participación fructifique de manera consciente y coordinada, para lograr cambios de comportamiento a nivel comunitario, familiar e individual.^{3,4}

Teniendo en cuenta que las enfermedades infecciosas en el siglo XXI se han convertido en un reto, al incluirse dentro de los problemas de salud a resolver por los equipos de trabajo de la atención primaria de salud (APS) y comunidad, se requiere estudiar minuciosamente aquellas enfermedades que dada su incidencia influyen directamente en esta realidad.⁵

Se hace necesario que líderes comunitarios conozcan aquellos aspectos y elementos relacionados con la participación comunitaria, que le permitirán incursionar de manera activa y eficaz al interactuar con los miembros de la comunidad para enfrentar las posibles epidemias de la modernidad.^{5,6}

Durante las dos últimas décadas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala la reemergencia de 200 enfermedades infecciosas de origen zoonótico. EL 43 % de estas enfermedades tienen una distribución mundial.⁷ Un ejemplo de ello lo constituye la leptospirosis, una zoonosis que aun después de 125 años de su primera descripción continua siendo la de más amplia distribución mundial y la que mayores pérdidas ocasiona a la salud del hombre.⁸ Aunque el enfoque de riesgo permite tener una caracterización general de los individuos que pueden ser afectados por esta entidad nosológica, se requiere de la comunidad y en especial de los líderes locales un “saber hacer”, para hacer efectivas las acciones educativas con participación intersectorial y comunitaria que contribuyan de forma eficaz a la prevención de los factores de riesgo de leptospirosis.^{9,10}

Información:

Es válido por tanto el camino investigativo donde se **logre suponer científicamente**, ¿cómo contribuir a perfeccionar el proceso de capacitación para la participación comunitaria por líderes locales en

la prevención de la leptospirosis de acuerdo a las necesidades de conocimiento en una comunidad del área de salud Hermanos Cruz ?

Ante este **problema** el **objetivo** del siguiente trabajo lo constituye diseñar una estrategia de capacitación para los líderes locales en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis.

En este sentido, se logra incidir desde una postura totalmente científica en el proceso de capacitación de los líderes locales en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis, lo cual conforma el **objeto** de la investigación que se presenta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una Investigación–acción como dimensión de la Educación Popular, pues es el referente que orienta la funcionalidad de la estrategia, ofreciendo la posibilidad a través de su instrumentación de la educación a los sujetos que participan, activa y dinámicamente en la transformación para la aplicación y valoración cualitativa de sus resultados monitoreado desde la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba, hacia un Consejo Popular perteneciente área de salud de la comunidad Hermanos Cruz en dicha provincia y durante el período comprendido entre abril del año 2015 a enero de año 2017, bajo un enfoque metodológico general fundamentado dialécticamente para integrar el resto de los métodos utilizados en la investigación y combinados con el método de acción participación al aplicar lo diseñado en dicha comunidad.

En el nivel empírico fueron empleados: el histórico-lógico, sistémico estructural y de modelación, así como la revisión documental, la encuesta, y el grupo focal, para establecer la evolución de la capacitación en participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, para ubicar el objeto de investigación, además de establecer el marco teórico, conceptual y contextual, los componentes presentes en este proceso de capacitación, las relaciones entre ellos y la representación teórica y estructuración de una estrategia de capacitación de los líderes locales.

Como procedimientos de los métodos del nivel teórico se utilizaron el análisis – síntesis y la inducción – deducción en la interpretación de la información documental para la determinación de antecedentes, diseño de la estrategia, así como la obtención de las tendencias que caracterizan el comportamiento del proceso de capacitación en participación comunitaria.

Como métodos estadísticos se empleó la estadística descriptiva y se efectuó la validación de la estrategia propuesta por la consulta de expertos mediante el Método Delphy y su aplicación mediante experiencia práctica inicial de aplicación de la estrategia inicial.

La investigación se estructuró en cinco etapas que generaron resultados mediante la aplicación de los métodos declarados: 1. Análisis teórico y tendencial del proceso de capacitación de los líderes locales para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis. 2. Diagnóstico de la situación actual del proceso de capacitación de los líderes locales para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis. 3. Diseño de una estrategia para el proceso de capacitación de los líderes locales para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis. 4. Validación teórica y 5. Experiencia práctica inicial de aplicación de la estrategia para el proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis.

RESULTADOS

La etapa de análisis teórico y tendencial del proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis permitió considerar aquellos elementos que han incidido en este proceso en el mundo, en Cuba y a nivel micro, en el marco de desarrollo de la investigación, considerándose el vínculo del mismo con el fundamento didáctico que define el proceso docente educativo para la educación popular, pues esta fomenta el desarrollo de las personas, los grupos y las organizaciones y se enfoca en la participación activa y el apoderamiento de todos los involucrados en el proceso, de propuestas consensuadas entre los participantes y la comunidad a la que pertenecen, está dirigido de un modo sistémico y eficiente, a la formación de nuevas generaciones de líderes, tanto en el plano educativo como instructivo (objetivo), con vistas a la solución del problema social: encargo social, mediante la apropiación de la cultura que ha acopiado la humanidad en su desarrollo (contenido); a través de la participación activa y consciente de los participantes (método); planificada en el tiempo y observando ciertas estructuras organizativas estudiantiles (forma); y con ayuda de ciertos objetos (medio); y cuyo movimiento está determinado por las relaciones causales entre esos componentes y de ellos con la sociedad (leyes) que constituyen su esencia”

Del análisis de esta definición se puede establecer que el proceso docente educativo para la capacitación de los líderes locales en la prevención de la leptospirosis, es un proceso que parte de una relación con el contexto social, con la vida, y donde instrucción y educación se dan paralelamente, y al que le imprime movimiento un conjunto de componentes y sus relaciones.

Desde los resultados teóricos obtenidos, **en la etapa de diagnóstico** de la situación actual del proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis y teniendo en cuenta la matriz DAFO en el diagnóstico para la propuesta de la estrategia, se consideró, al integrar los resultados de los diferentes instrumentos aplicados, en el proceso de triangulación, las siguientes regularidades:

- Limitados aspectos teóricos que fundamenten la capacitación comunitaria para prevención de la leptospirosis.
- Deficiente capacitación en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación comunitaria lo que propicia improvisación y el voluntarismo.
- Insuficiente conocimiento de los líderes locales para lograr acciones de prevención con participación comunitaria.
- La capacitación desde la academia en el sector salud no siempre tiene en cuenta el carácter interdisciplinario e intersectorial de la atención primaria de salud para la solución de los problemas de salud con carácter participativo a nivel comunitario.

La tercera etapa de la investigación fue posible desarrollarla desde los resultados previos, lográndose un tercer resultado, el diseño de una estrategia para el proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis fundamentado desde bases filosóficas, pedagógicas, psicológicas y sociológicas, ascendente de fases primarias a secundarias mediante acciones generales ejecutadas durante tres etapas, Conceptualización teórica, Actividades práctico transformadoras y Sistematización, dentro de las cuales se desarrollan las acciones específicas que se concretan en una conferencia de actualización y fundamentación, un curso propedéutico y un sistema de talleres.

En la **cuarta y quinta etapa** se produce la validación teórica y aplicación práctica de la estrategia para el proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis mediante una experiencia inicial de, resultando evaluado por expertos como **bastante adecuado**, la pertinencia de los fundamentos teóricos en que se sustenta la estrategia, la coherencia entre las etapas de la estrategia y sus acciones, objetividad y concreción en la concepción de la evaluación, la contribución de los materiales complementarios a la profundización y la materialización de las acciones de la estrategia y la pertinencia de los medios de enseñanza que se utilizan en las diferentes acciones en correspondencia con el desarrollo de habilidades para la capacitación de los líderes locales en participación comunitaria integrada.

Como **muy adecuado**, se valoró el nivel de aplicabilidad práctica de las acciones proyectadas en la estrategia, la correspondencia de las acciones con las necesidades cognitivas, del desarrollo del proceso de capacitación de los líderes para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en un Consejo de Popular perteneciente al área de salud Hermanos Cruz de Pinar del Río y las posibilidades que ofrecen las acciones didáctico- metodológicas diseñadas para el análisis y reflexión individual y colectiva sobre la participación comunitaria.

En la última etapa el resultado de estos indicadores se constató en la aplicación de una experiencia práctica inicial de la estrategia para el proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, que mediante la acción participación logró desarrollar la capacitación de la totalidad de los líderes locales de la comunidad seleccionada tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

DISCUSIÓN

La capacitación a nivel comunitario, para cumplir con su encargo, requiere estar antecedida de un proceso de investigación que garantice que la formación de competencias en los líderes locales se realice desde bases sólidas y científicas que posibiliten aportar fundamentos teóricos como punto de partida en el diseño de la capacitación. En este proceso se transita por tres momentos básicos, el estudio teórico tendencial, diagnóstico de necesidades y la propia fundamentación teórica.

El estudio teórico tendencial, permite sustentar la dirección que toma el mismo, y que deviene en el propio contenido didáctico del proceso de capacitación al considerarse este un proceso docente educativo. Desde esta perspectiva, el proceso de capacitación de los líderes locales en participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis constituye un sistema de acciones conscientes e integradas a desarrollar en el contexto de la capacitación permanente y continua sustentado en las esencialidades de la educación popular interrelacionadas con el método epidemiológico donde la participación comunitaria se enmarca como eje para la prevención de la leptospirosis en el desarrollo del proceso de liderazgo con una fuerte participación social y comunitaria..

Al concebirse de esta manera, al estudiar las necesidades de aprendizaje, se logra fundamentar la participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis, enriquecer la metodología en intervención comunitaria en particular, capacitar en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación

comunitaria con carácter interdisciplinario e intersectorial desde la atención primaria de salud para la solución de los problemas de salud con carácter participativo a nivel comunitario.

El fundamento filosófico que sustenta los enfoques psicológicos de Vigostky y Talízina, permiten aseverar que no hay fronteras para la adquisición de conocimientos, sus desarrollo y aplicación, lo que incide sustancialmente en la concepción del problema salud-enfermedad, es decir, en los centros encargados de la capacitación de los líderes locales y miembros de las comunidades penetran enfoques que favorecen que está en el carácter consciente e integrador, desde una participación comunitaria activa, responsable y comprometida el núcleo de los diseños de la capacitación .

La capacitación para elevar el nivel de conocimiento de los líderes locales, para su accionar en el espacio comunitario, tiene como premisa en su diseño, considerar que el estado de salud individual, familiar y comunitario, son decisivos en la formulación de la hipótesis que explica las posibles causas de la modificación de la respuesta humana ante los problemas de salud o la vulnerabilidad a estos, en este sentido, enfrentar las demandas de lucha contra las enfermedades infecciosas en pleno siglo XXI, lleva implícita esta premisa en las posturas y conductas de la capacitación y de transformación del contexto comunitario.

En la medida en que los líderes locales conozca más y mejor de las características psicosociales de los miembros de su comunidad, está en mejores condiciones para lograr estrategias a nivel comunitario a partir del trabajo articulado interdisciplinario con un sostenimiento y fortalecimiento de redes comunitarias a partir de los procesos participativos con un fundamento pedagógico.

El proceso educativo en la educación de adultos es complejo y debe conjugar armónicamente el carácter activo de los participantes en el proceso desarrollador de la enseñanza por una parte, y la permanente vigilancia y control sobre el proceso salud-enfermedad-comunidad.

El proceso de capacitación de los líderes locales, ha de tener un momento de dirección donde se planifica, facilita, coordina y regula mientras que el protagonismo principal es asumido por el cursista que participa en el proceso de aprendizaje, insertado en un equipo de trabajo, lo que contribuye fuertemente a la preparación colectiva e individual y es una materialización del concepto introducido por Vigotsky, de Zona de Desarrollo Próxima (ZDP) según la cual, hay una diferencia sustancial entre lo que el participante es capaz de aprender solo, y lo que puede aprender asistido por el profesor y su

equipo de trabajo. A ello se suma el papel de la comunidad que sustentado en la pedagogía no directiva y en las propias relaciones sociales que se fundamentan en la sociología que dinamizan, mediante la participación, el proceso de aprendizaje y por ende la prevención de enfermedades transmisibles como la leptospirosis.

El diseño de una estrategia, fundamentado teóricamente desde tales enfoques, permite estructurar con bases científicas el accionar del proceso de capacitación en las dimensiones cognitiva, afectivo-cognitiva y axiológica.

En lo cognitivo se parte de un momento de actualización y fundamentación con el objetivo de fundamentar las tendencias teóricas e históricas del comportamiento del proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria y su incidencia en la prevención de la leptospirosis, mediante el estudio de las tendencias del proceso de proceso de capacitación para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en el contexto internacional y nacional, las principales manifestaciones del proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis y los de los fundamentos teóricos del proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, como indicadores esenciales de transformación del conocimiento en el personal que se supera.

El binomio afectivo-cognitivo se modifica al cumplir el objetivo de capacitar a los líderes en los elementos conceptuales esenciales en participación comunitaria y su relación con la prevención de la leptospirosis, lo cual posibilita incidir sobre la motivación de los líderes locales para el logro de acciones integradas con los diferentes sectores de la comunidad para la participación comunitaria, fomentar la participación comunitaria para el abordaje de problemas de salud, demandas o necesidades y conceptualizar teóricamente para el dominio de las características de la participación comunitaria y la relación entre participación comunitaria y la prevención de la leptospirosis.

El sistema de talleres, organizados con el objetivo de sistematizar el proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, incide directamente en el nivel axiológico, al aportar durante el proceso de capacitación de los líderes locales en participación comunitaria, responsabilidad con la participación de los ciudadanos y comunidades en la prevención de la leptospirosis, capacidad de aceptación en la elección de la participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis y compromiso con el cumplimiento del programa de

prevención y control de la leptospirosis, como indicadores esenciales de la dimensión axiológica de este proceso.

Cada uno de los indicadores transformados en la experiencia práctica inicial de aplicación de esta estrategia, manifiestan una estrecha relación con la validación teórica de los expertos, pero de manera particular, permitió por una parte, validar en la práctica la propuesta, y por otra, contribuyó a enriquecer y perfeccionar las acciones concebidas, todo lo cual se concreta en:

- Contribuir a suplir las carencias en la articulación e inadecuación de propuestas teóricas y metodológicas de la participación comunitaria, conduciendo a elevar conocimiento para la comprensión de realidades para la acción y la gestión responsable en la prevención de la leptospirosis.
- Incorporar la metodología para la intervención comunitaria en particular y la capacitación en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación comunitaria.
- Utilizar la propuesta para el trabajo transformador en las comunidades, en cuanto a la promoción de salud y prevención de enfermedades transmisibles.

CONCLUSIONES

El proceso de capacitación de los líderes locales en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis se manifiesta descontextualizado y asistémico, limitado por la ausencia de acciones integradas en la prevención de esta enfermedad, que tributen al proceso de liderazgo con una fuerte participación social y comunitaria como modo de actuación de los líderes locales.

-El proceso de capacitación de los líderes locales para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis se diseña desde los fundamentos filosófico, psicológico, pedagógico y sociológico.

-La estrategia concebida cuenta de una dimensión interrelacionada mediante tres acciones específicas que van desde lo cognitivo, a lo afectivo-cognitivo, hasta lo axiológico que permiten el desarrollo del proceso de capacitación para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en los líderes locales.

- La validación de la estrategia de capacitación propuesta, sistémica y secuenciada se realizó mediante la consulta a expertos que expresaron su validez desde su valoración como bastante y muy adecuado.

-La experiencia inicial de aplicación de esta estrategia permitió por una parte, validar en la práctica la propuesta, y por otra, contribuyó a enriquecer y perfeccionar las acciones concebidas en un proceso de evaluación que posibilita sistematizar su valoración y rediseño

sistemático y la convierte en factible para ser aplicada en otros contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castel I- Florit Serrate P., et al. Intersectorialidad en salud .Fundamentos y aplicaciones. La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 2010.192p. ISBN: 978-959-212-603-9
2. Torres Hernández M, Ravelo Elvirez M. Estrategias educativas para la prevención de lesiones no intencionales. En: Prevención de lesiones no intencionales: experiencias con adolescentes. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2013
3. Artigas Pérez E, Ramos Rodríguez AE , Vargas Rodríguez H. “La participación comunitaria en la conservación del medioambiente: clave para el desarrollo local sostenible”, Revista DELOS: Desarrollo Local Sostenible (Internet) 2014 (citado 2015 Oct 3) (21): 5p. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/delos/21/conservacion.html>
4. Sanabria Ramos G., et al. Promoción de la salud. Escuela Nacional de Salud. La Habana, Ed.CENESEX,2013,ISBN: 978-959-718-756-1
5. Deliz Vaillant IM, Ruiz Sánchez R. Evaluación del Programa Nacional de Prevención y control de la Leptospirosis en el Municipio de Guantánamo. 2009-2011. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8
6. Ramírez Rodríguez M, Cabezas Alfonso H, Rosa Rieumont E, Hernández Rodríguez I M, Martínez Figueredo R. Participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis humana. Rev Ciencias Médicas (Internet). 2015 Oct [citado 2015 Oct 23]; 19(5):891-910.
7. Susannah Colt, Boris I Pavlin, Jacob L Kool, Eliaser Johnson, Judith P McCool, Alistair J Woodward. Human leptospirosis in The Federated States of Micronesia: a hospital-based febrile illness survey BMC Infectious Disease. [Internet] 2014 [Citado 20 de marzo de 2015]; 14: [Aprox. 1p.].Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/14/186>
8. Costa F, Martínez-Silveira MS, Hagan JE, Hartskeerl RA, Reis MG, Ko AI. Surveillance for leptospirosis in the Americas, 1996–2005: a review of data from ministries of health. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2012 [citado 2015 Mar 20]; 32(3) :8p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23183556>
9. Verdasquera Corcho D. Leptospirosis humana: un abordaje de su epidemiología en Cuba [Tesis para optar por el título de

Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: IPK; 2011 [citado 22 Nov 2013]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/315/>

10. Casanova Moreno M, Bayarre Vea HD, Navarro Despaigne DA, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Intervención educativa con participación comunitaria dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Feb 3];35(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/221>

RETOS PARA EL SIGLO XXI".

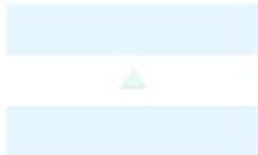
AUDITORIO HOTEL BOLÍVAR - CÚCUTA - COLOMBIA
23 Y 24 DE MARZO DE 2017

G/SP

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar evidencia de la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2017@gmail.com y provección: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273





Universidad Francisco de Paula Santander

SUPERACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA EN COMUNITARIA PARA PREVENIR LA LEPTOSPIROSIS

Maely Ramírez Rodríguez
Ileana María Hernández Rodríguez
Lazara Mayra Díaz Álvarez.
Maidely Mena Ramírez.

Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La superación del personal de enfermería constituye un reto dada la necesidad de actualización, complementación y profundización de los conocimientos, que como consecuencia del acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología impactan en los contextos de salud. **Objetivo:** diseñar una estrategia de superación del profesional de la enfermería en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis. **Materiales y métodos:** estudio de corte pedagógico en un área de salud de la comunidad Hermanos Cruz durante el período comprendido entre abril 2016 y enero 2017, bajo un enfoque metodológico general fundamentado dialécticamente para integrar los métodos utilizados en la investigación y combinados con el método de acción participación al aplicar lo diseñado. **Resultados y discusión:** Se precisó la descontextualización y ausencia de acciones integradas de superación en participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis, que tributen al proceso de atención de enfermería como método científico del modo de actuación de la profesión de enfermería. La estrategia fue concebida desde sus fundamentos y mediante tres acciones específicas para permitir el desarrollo del proceso de superación del profesional de enfermería en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis. **Conclusiones:** La validación de la estrategia de superación propuesta, se realizó mediante la consulta a expertos que expresaron su validez y su constatación en la práctica mediante la aplicación de una experiencia inicial contribuyó a enriquecer y perfeccionar las acciones concebidas en un proceso de evaluación que posibilitó sistematizar su valoración y rediseño sistemático y la convirtió en factible para ser aplicada en otros contextos. **Palabras Claves:** Proceso de superación profesional, participación comunitaria, prevención de la leptospirosis.

INTRODUCCIÓN

La superación del personal de enfermería surge y se desarrolla como una extensión de las carreras universitarias dada la necesidad de perfeccionamiento y especialización de la práctica profesional.¹ Es un reto para todo egresado universitario la actualización, complementación y profundización de los conocimientos, pues como consecuencia del

acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología, la obsolescencia de los conocimientos es acelerada y constante.²

Esto se revierte en demanda para la formación de nuevas competencias que permitan al profesional un nivel de desempeño en correspondencia con el ejercicio de la profesión y con el proceso de atención de enfermería como método científico del modo de actuación de la profesión de enfermería.^{3,4}

En este sentido, es importante señalar que la educación de posgrado en enfermería debe ser el resultado de procesos avanzados de investigación y de la actividad profesional, en función de las necesidades sociales, así como de los requerimientos tecnológicos del aparato productivo y del intercambio internacional.⁵

La superación profesional de posgrado tiene en cuenta las demandas específicas individualizadas, según su realidad sociolaboral y necesidades de conocimientos de los profesionales en su desempeño lo que repararía las limitaciones del pregrado en este aspecto.^{6,7}

Desde esta perspectiva, las estrategias de superación y capacitación de base comunitaria han sido documentadas como el método más apropiado y factible para estimular la modificación de conducta y comportamiento de las personas, propiciando el desarrollo de comportamientos y conductas saludables,^{8,9,10} frente a enfermedades demandantes.

Teniendo en cuenta que las enfermedades infecciosas en el siglo XXI se han convertido en un reto, al incluirse dentro de los problemas de salud a resolver por los equipos de trabajo de la atención primaria de salud (APS) y comunidad, se requiere estudiar minuciosamente aquellas enfermedades que dada su incidencia influyen directamente en esta realidad.¹¹

Se hace necesario que el personal de enfermería conozca aquellos aspectos y elementos relacionados con la participación comunitaria, que le permitirán incursionar de manera activa y eficaz al interactuar con los miembros de la comunidad para enfrentar las posibles epidemias de la modernidad.¹²

Durante las dos últimas décadas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala la reemergencia de 200 enfermedades infecciosas de origen zoonótico. EL 43 % de estas enfermedades tienen una distribución mundial.¹³ Un ejemplo de ello lo constituye la leptospirosis, una zoonosis que aun después de 125 años de su primera descripción continua siendo la de más amplia distribución mundial y la que mayores pérdidas ocasiona a la salud del hombre.¹⁴

Aunque el enfoque de riesgo permite tener una caracterización general de los individuos que pueden ser afectados por esta entidad nosológica, se requiere de los profesionales de la salud y en especial los de enfermería un “saber hacer”, para hacer efectivas las acciones educativas con participación intersectorial y comunitaria que contribuyan de forma eficaz a la prevención de los factores de riesgo de leptospirosis.^{15,16}

Es válido por tanto el camino investigativo donde se logre suponer científicamente, ¿cómo contribuir a perfeccionar el proceso de superación profesional para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis de acuerdo a las necesidades del área de salud?

Ante este **problema** el **objetivo** del siguiente trabajo lo constituye diseñar una estrategia de superación del profesional de la enfermería en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis.

En este sentido, se logra incidir desde una postura totalmente científica en el proceso de superación del profesional de la enfermería en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis, lo cual conforma el **objeto** de la investigación que se presenta.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de corte pedagógico monitoreado desde la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba, hacia un área de salud de la comunidad Hermanos Cruz en dicho territorio y durante el período comprendido entre abril del año 2016 a enero de año 2017, bajo un enfoque metodológico general fundamentado dialécticamente para integrar el resto de los métodos utilizados en la investigación y combinados con el método de acción participación al aplicar lo diseñado en dicha comunidad.

En el nivel empírico fueron empleados: el histórico-lógico, sistémico estructural y de modelación, así como la revisión documental, la encuesta, la observación y el grupo nominal, para establecer la evolución de la superación profesional en participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, para ubicar el objeto de investigación, además de establecer el marco teórico, conceptual y contextual, los componentes presentes en este proceso superación y las relaciones entre ellos y la representación teórica y estructuración de una estrategia de superación profesional de los profesionales de Enfermería.

Como procedimientos de los métodos del nivel teórico se utilizaron el análisis – síntesis y la inducción – deducción en la interpretación de la información documental para la determinación de antecedentes, diseño de la estrategia, así como la obtención de las tendencias que

caracterizan el comportamiento del proceso de superación en participación comunitaria.

Como métodos estadísticos se empleó la estadística descriptiva y se efectuó la validación de la estrategia propuesta por la consulta de expertos mediante el Método Delphy.

La investigación se estructuró en cinco etapas que generaron resultados mediante la aplicación de los métodos declarados: 1 Análisis teórico y tendencial del proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis. 2. Diagnóstico de la situación actual del proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis. 3. Diseño de una estrategia para el proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis. 5. Validación teórica y experiencia inicial de aplicación de la estrategia para el proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis

RESULTADOS

La etapa de análisis teórico y tendencial del proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis permitió considerar aquellos elementos que han incidido en este proceso en el mundo, en Cuba y a nivel micro, en el marco de desarrollo de la investigación, considerándose el vínculo del mismo con el fundamento didáctico que define el proceso docente educativo, como el resultado de las relaciones sociales que se dan entre los sujetos que en él participan, está dirigido de un modo sistémico y eficiente, a la formación de nuevas generaciones, tanto en el plano educativo como instructivo (objetivo), con vistas a la solución del problema social: encargo social, mediante la apropiación de la cultura que ha acopiado la humanidad en su desarrollo (contenido); a través de la participación activa y consciente de los estudiantes (método); planificada en el tiempo y observando ciertas estructuras organizativas estudiantiles (forma); y con ayuda de ciertos objetos (medio); y cuyo movimiento está determinado por las relaciones causales entre esos componentes y de ellos con la sociedad (leyes) que constituyen su esencia”

Del análisis de esta definición se puede establecer que el proceso docente educativo para la superación del personal de Enfermería para la prevención de la leptospirosis, es un proceso que parte de una relación con el contexto social, con la vida, y donde instrucción y educación se dan paralelamente, y al que le imprime movimiento un conjunto de componentes y sus relaciones.

Desde los resultados teóricos obtenidos, en la etapa de diagnóstico de la situación actual del proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, se consideró, al integrar los resultados de los diferentes instrumentos aplicados, en el proceso de triangulación, las siguientes regularidades:

- Limitados aspectos teóricos que fundamenten la participación comunitaria para prevención de la leptospirosis.
- Débil formación sobre la propia metodología en intervención comunitaria en particular.
- Deficiente capacitación en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación comunitaria lo que propicia improvisación y el voluntarismo.
- Insuficiente preparación del profesional de enfermería para lograr acciones de prevención con participación comunitaria.

La capacitación de postgrado no siempre tiene en cuenta el carácter interdisciplinario e intersectorial de la atención primaria de salud para la solución de los problemas de salud con carácter participativo a nivel comunitario.

La tercera etapa de la investigación fue posible desarrollarla desde los resultados previos, lográndose un tercer resultado, el diseño de una estrategia para el proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis fundamentado desde bases filosóficas, pedagógicas, psicológicas y sociológicas, ascendente de fases primarias a secundarias mediante acciones generales ejecutadas durante tres etapas, *Conceptualización teórica, Actividades práctico transformadoras y Sistematización*, dentro de las cuales se desarrollan las acciones específicas que se concretan en una conferencia de actualización y fundamentación, un curso propedéutico y un sistema de talleres.

En la última etapa se produce la validación teórica y aplicación de la estrategia para el proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis mediante una experiencia inicial ds, resultando evaluado por expertos como **bastante adecuado**, la pertinencia de los fundamentos teóricos en que se sustenta la estrategia, la coherencia entre las etapas de la estrategia y sus acciones, objetividad y concreción en la concepción de la evaluación, la contribución de los materiales complementarios a la profundización y la materialización de las acciones de la estrategia y la pertinencia de los medios de enseñanza que se utilizan en las diferentes acciones en correspondencia con el desarrollo de habilidades para la superación profesional en participación comunitaria integrada.

Como **muy adecuado**, se valoró el nivel de aplicabilidad práctica de las acciones proyectadas en la estrategia, la correspondencia de las acciones con las necesidades cognitivas, del desarrollo del proceso de superación profesional del personal de enfermería para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en el área de salud Hermanos Cruz de Pinar del Río y las posibilidades que ofrecen las acciones didáctico- metodológicas diseñadas al análisis y reflexión individual y colectiva sobre la participación comunitaria.

El resultado de estos indicadores se constató en la aplicación de una experiencia inicial de la estrategia para el proceso de superación del personal de enfermería para participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, que mediante la acción participación logró desarrollar la superación de la totalidad del personal de enfermería en el área de salud de la comunidad seleccionada tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

DISCUSIÓN

La superación profesional, para cumplir con su encargo, requiere estar antecedida de un proceso de investigación que garantice que la formación de competencias en el profesional se realice desde bases sólidas y científicas que posibiliten aportar fundamentos teóricos como punto de partida en el diseño de la superación. En este proceso se transita por tres momentos básicos, el estudio teórico tendencial, diagnóstico de necesidades y la propia fundamentación teórica.

El estudio teórico tendencial, permite sustentar la dirección que toma el mismo, y que deviene en el propio contenido didáctico del proceso de superación al considerarse este un proceso docente educativo. Desde esta perspectiva, el proceso de superación profesional del personal de enfermería en participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis constituye un sistema de acciones conscientes e integradas a desarrollar en el contexto de la superación permanente y continua del personal de enfermería sustentado en las esencialidades de la educación popular interrelacionadas con el método epidemiológico donde la participación comunitaria se enmarca como eje para la prevención de la leptospirosis en el desarrollo del proceso de atención de enfermería.

Al concebirse de esta manera, al estudiar las necesidades de aprendizaje, se logra fundamentar la participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis, enriquecer la metodología en intervención comunitaria en particular, capacitar en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación comunitaria con carácter interdisciplinario e intersectorial desde la atención primaria de salud para la solución de los problemas de salud con carácter participativo a nivel comunitario.

El fundamento filosófico que sustenta los enfoques psicológicos de Vigostky y Talízina, permiten aseverar que no hay fronteras para la adquisición de conocimientos, sus desarrollo y aplicación, lo que incide sustancialmente en la concepción del problema salud-enfermedad, es decir, en los centros encargados de la formación y superación de profesionales de la salud (enfermeros, médicos, estomatólogos, tecnólogos, psicólogos) penetran enfoques que favorecen la concepción de una atención integral, “salubrista”, de “medicina social” que está en el núcleo de los diseños de la superación profesional.

La superación del profesional de enfermería, para su accionar en el espacio comunitario, tiene como premisa en su diseño, considerar que el estado de salud individual, familiar y comunitario, son decisivos en la formulación de la hipótesis que explica las posibles causas de la modificación de la respuesta humana ante los problemas de salud o la vulnerabilidad a estos, en este sentido, enfrentar las demandas de lucha contra las enfermedades infecciosas en pleno siglo XXI, lleva implícita esta premisa en las posturas y conductas de superación y de transformación del contexto comunitario.

En la medida en que el profesional de enfermería conozca más y mejor de las características psicosociales de los miembros de su comunidad, está en mejores condiciones para lograr estrategias a nivel comunitario a partir del trabajo articulado interdisciplinario con un sostenimiento y fortalecimiento de redes comunitarias a partir de los procesos participativos con un fundamento pedagógico.

El proceso educativo en el postgrado es complejo y debe conjugar armónicamente el carácter activo de los participantes en el proceso desarrollador de la enseñanza por una parte, y la permanente vigilancia y control sobre el proceso asistencial (salud-enfermedad- comunidad).

El proceso de superación del profesional de la enfermería, ha de tener un momento de dirección donde se planifica, facilita, coordina y regula mientras que el protagonismo principal es asumido por el cursista que participa en el proceso de aprendizaje, insertado en un equipo de trabajo, lo que contribuye fuertemente a la preparación profesional y es una materialización del concepto introducido por Vigotsky, de Zona de

Desarrollo Próxima (ZDP) según la cual, hay una diferencia sustancial entre lo que el participante es capaz de aprender solo, y lo que puede aprender asistido por el profesor y su equipo de trabajo. A ello se suma el papel de la comunidad que sustentado en la pedagogía no directiva y en las propias relaciones sociales que se fundamentan en la sociología dinamizan, mediante la participación, el proceso de aprendizaje y por ende la prevención de enfermedades transmisibles como la leptospirosis.

El diseño de una estrategia, fundamentado teóricamente desde tales enfoques, permite estructurar con bases científicas el accionar del proceso de superación en las dimensiones cognitiva, afectivo-cognitiva y axiológica.

En lo cognitivo se parte de un momento de actualización y fundamentación con el objetivo de fundamentar las tendencias teóricas e históricas del comportamiento del proceso de superación profesional del personal de enfermería para la participación comunitaria y su incidencia en la prevención de la leptospirosis, mediante el estudio de las tendencias del proceso de superación profesional del personal de enfermería para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en el contexto internacional y nacional, las principales manifestaciones del proceso de superación profesional del personal de enfermería para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis y los de los fundamentos teóricos del proceso de superación profesional del personal de enfermería para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, como indicadores esenciales de transformación del conocimiento en el profesional que se supera.

El binomio afectivo-cognitivo se modifica al cumplir el objetivo de Capacitar al personal de enfermería en los elementos conceptuales esenciales en participación comunitaria y su relación con la prevención de la leptospirosis, lo cual posibilita incidir sobre la motivación del personal de enfermería para el logro de acciones integradas con los líderes de la comunidad para la participación comunitaria, fomentar la participación comunitaria para el abordaje de problemas de salud, demandas o necesidades y conceptualizar teóricamente para el dominio de las características de la participación comunitaria y la relación entre participación comunitaria y la prevención de la leptospirosis.

El sistema de talleres, organizados con el objetivo de sistematizar el proceso de superación profesional del personal de enfermería para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis, incide directamente en el nivel axiológico, al aportar durante el proceso de superación del profesional de la enfermería en participación comunitaria, responsabilidad con la participación de los ciudadanos y comunidades en la prevención de la leptospirosis, capacidad de aceptación en la elección de la participación comunitaria para la prevención de la leptospirosis y compromiso con el cumplimiento del programa de prevención y control de la leptospirosis, como indicadores esenciales de la dimensión axiológica de este proceso.

Cada uno de los indicadores transformados en la experiencia inicial de aplicación de esta estrategia, manifiestan una estrecha relación con la

validación teórica de los expertos, pero de manera particular, permitió por una parte, validar en la práctica la propuesta, y por otra, contribuyó a enriquecer y perfeccionar las acciones concebidas, todo lo cual se concreta en

□□ Contribuir a suplir las carencias en la articulación e inadecuación de propuestas teóricas y metodológicas a la participación comunitaria, conduciendo a la formación para la comprensión de realidades para la acción y la gestión responsable en la prevención de la leptospirosis.

□□ Incorporar la metodología para la intervención comunitaria en particular y la capacitación en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación comunitaria.

□□ Utilizar la propuesta para el trabajo transformador en las comunidades, en cuanto a la promoción de salud y prevención de enfermedades transmisibles.

CONCLUSIONES

-El proceso de superación del profesional de la enfermería en participación comunitaria para prevenir la leptospirosis se manifiesta descontextualizado y asistémico, limitado por la ausencia de acciones integradas en la prevención de esta enfermedad, que tributen al proceso de atención de enfermería como método científico del modo de actuación de la profesión de enfermería.

-El proceso de superación profesional para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en el personal de enfermería se diseña desde los fundamentos filosófico, psicológico, pedagógico y sociológico.

-La estrategia concebida cuenta de una dimensión interrelacionada mediante tres acciones específicas que van desde lo cognitivo, a lo afectivo-cognitivo, hasta lo axiológico que permiten el desarrollo del proceso de superación profesional para la participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis en el personal de enfermería.

La validación de la estrategia de superación propuesta, sistémica y secuenciada se realizó mediante la consulta a expertos que expresaron su validez desde su valoración como bastante y muy adecuado.

-La experiencia inicial de aplicación de esta estrategia permitió por una parte, validar en la práctica la propuesta, y por otra, contribuyó a enriquecer y perfeccionar las acciones concebidas en un proceso de evaluación que posibilita sistematizar su valoración y rediseño sistemático y la convierte en factible para ser aplicada en otros contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud Pública de Cuba. Viceministerio de Docencia e Investigaciones. Nuevo Diseño Curricular para la formación de Licenciados en Enfermería. Plan de Estudio "D". Modelo del Profesional. La Habana; 2010.

Salas Perea RS. Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Editorial. Educ Med Sup. 2012; 26(2):163-165. [citado 10 nov 2015]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n2/ems01212.pdf>

Carlos Gafas González C. Estrategia educativa en enfermería para el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso. policlínico “José Martí”. Camagüey, 2008 – 2009. **Tesis en Opción al Grado de Doctor en ciencias de la salud** Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública; La Habana, 2011.

Ferro-González B. López-Calichs E. El Proceso de Formación Ciudadana para la carrera de medicina, una mirada de renovación Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [serie en Internet]. 2013 abril 28; [citado 2015 mayo 3]; 17(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1256>

Ramírez Rodríguez M, Cabezas Alfonso H, Rosa Rieumont E, Hernández Rodríguez I M, Martínez Figueredo R. Participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis humana. Rev Ciencias Médicas (Internet). 2015 Oct [citado 2015 Oct 23]; 19(5):891-910. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500013&lng=es

Añorga J. La Educación Avanzada teoría educativa para el mejoramiento profesional y humano de los recursos laborales y de la comunidad. [Tesis convertida en libro. Tomo I]. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; Febrero 2014 Disponible en www.ispejv.rimed.cu/sitios/pedag2014

Ministerio de Educación Superior Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba, Resolución Ministerial 132/2004; 2004.

Torres Hernández M, Ravelo Elvirez M. Estrategias educativas para la prevención de lesiones no intencionales. En: Prevención de lesiones no intencionales: experiencias con adolescentes. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2013.

Ruiz-Gimenez JL: Participación comunitaria: Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>

Añorga Morales J. Pedagogía y estrategia didáctica y curricular de la educación Avanzada. La Habana: ISPEJV; 2011.p121.

Verdasquera Corcho D. Leptospirosis humana: un abordaje de su epidemiología en Cuba [Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: IPK; 2011 [citado 22 Nov 2013]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/315/>

Martínez Pérez M. Modelo de promoción de salud y estrategia participativa dirigidos a la población con riesgo de cardiopatía isquémica [Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: ENSAP; 2013.

Susannah Colt, Boris I Pavlin, Jacob L Kool, Eliaser Johnson, Judith P McCool, Alistair J Woodward. Human leptospirosis in The Federated States of Micronesia: a hospital-based febrile illness survey BMC Infectious Disease. [Internet] 2014 [Citado 20 de marzo de 2015]; 14: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/14/186>

Costa F, Martínez-Silveira MS, Hagan JE, Hartskeerl RA, Reis MG, Ko AI. Surveillance for leptospirosis in the Americas, 1996–2005: a review of data from ministries of health. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2012 [citado 2015 Mar 20]; 32(3) :8p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23183556>

Artigas Pérez E, Ramos Rodríguez AE, Vargas Rodríguez H. “La participación comunitaria en la conservación del medioambiente: clave para el desarrollo local sostenible”, Revista DELOS: Desarrollo Local Sostenible (Internet) 2014 (citado 2015 Oct 3) (21): 5p. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/delos/21/conservacion.html>

Sanabria Ramos. G. Participación social en el campo de la salud Revista Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 [citado 6 marzo 2015]; 30(3) :[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFRS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar escaneada la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: socios@ufas.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DEL EVENTO ZIKA EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2015-2016

Raisa Isabel Valcárcel Paredes
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

RESUMEN

El objetivo principal del presente es realizar una breve descripción de la magnitud y distribución del evento zika en los últimos dos años. Se utilizó como fuente de información SIVIGILA años 2015 y 2016 para el evento zika, con una depuración de la base generada, previa eliminación de casos descartados por laboratorio, ajuste D y otras procedencias. El análisis se realizó por medio de gráficas y tablas de frecuencias para las diferentes variables, lugar, persona, tiempo, de acuerdo a la notificación de casos; se generó un total de 10.230 casos procedentes de los diferentes municipios del Departamento de Norte de Santander, de estos 2.688 casos se presentó en población gestante y 84 casos presentaron síndromes neurológicos, en donde el diagnóstico más común fue síndrome de guillain barré con el 69%. El municipio con mayor número de casos fue Cúcuta, seguido de Los Patios y Villa del Rosario, el sexo que más consultó fue el femenino con el 69,7%, el régimen mas notificado fue el régimen contributivo con el 52,2%, la pertenencia étnica de otros grupos poblacionales generó el 99,5%, el grupo de edad de 25 a 29 años proporcionó el 15,4% y según el área de ocurrencia la cabecera municipal registró el 93,6%. El estudio de microcefalias asociadas a infección por virus zika el instituto nacional de salud asoció 5 casos a infección prenatal por virus zika, 6 casos fueron no asociados, 11 casos no cumplían con definición operativa para microcefalia y se encuentran en estudio un total de 40 casos.

Palabras Claves: virus, zika, registro, infección, prevalencia

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

El virus Zika (ZIKV) es un virus de ARN monocatenario de la familia Flaviviridae que se transmite al ser humano a través de mosquitos infectados (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*). El virus está estrechamente relacionado con otros flavivirus; el virus del dengue, el virus de la fiebre amarilla, el virus del Nilo Occidental y el virus de la encefalitis japonesa filogenéticamente (1). La fiebre por virus zika, es una enfermedad febril, zoonótica, emergente; de curso agudo, benigno y auto limitado (2). La enfermedad por virus zika fue considerada una enfermedad emergente hasta el año 2007 cuando se reportó el primer brote en la isla de Yap (Micronesia) con 49 casos confirmados y una duración de 13 semanas de abril a julio. En el 2013 se presentó una epidemia con 10.000 casos, 70 graves con complicaciones neurológicas (Síndrome de Guillan Barré y meningoencefalitis). Entre 2013 y 2014 se reportaron 146 casos en Nueva Caledonia (2). En las Américas según la actualización epidemiológica y regional de la organización mundial de salud (OMS) con fecha del 9 de febrero de 2017, se mantiene en 48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika

transmitidos sexualmente (3). En Colombia según el boletín epidemiológico a semana 52 del año 2016 se han notificado 4 834 casos de enfermedad por virus Zika; los cuales sumados con los que se notificaron hasta el cierre de la fase epidémica en la semana epidemiológica 28 de 2016, suman un total de 9.799 casos confirmados y 96.860 sospechosos por clínica, de estos 93.282 proceden de 554 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio y 3.578 proceden de 246 municipios donde no se han confirmado casos (4). Entre los departamentos con mayor notificación de casos se encuentra: Valle del Cauca, Norte de Santander, Santander, Tolima, Huila, Cundinamarca, Atlántico, Meta, Casanare, Córdoba, Antioquia y Magdalena.

MATERIALES Y MÉTODOS

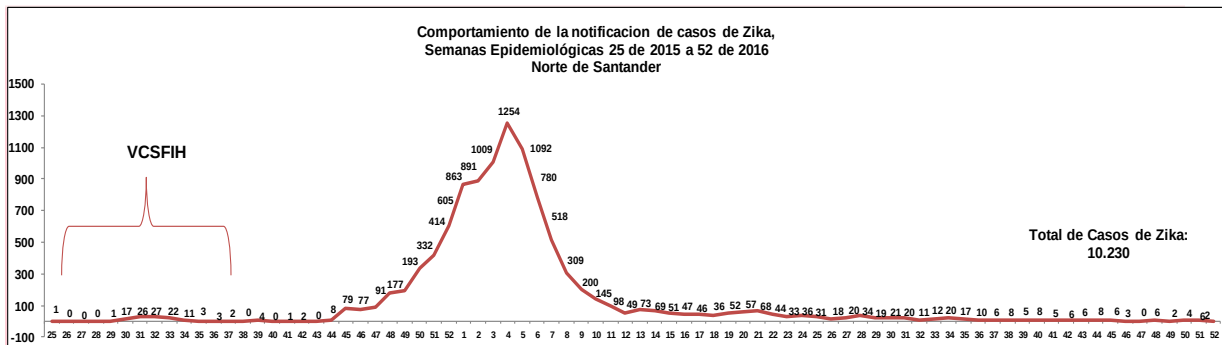
Como fuente de datos se utilizó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA) de Norte de Santander, este es esencial para las prácticas de vigilancia en salud pública, es una herramienta sencilla, automatizada y estandarizada, que sirve para capturar y remitir a los niveles competentes de manera oportuna y completa los datos generados por los eventos objeto de monitoreo sistemático, el cual está implementando desde el año 2007 en el departamento, el flujo de información se basa en la captación del caso desde una consulta por urgencias o con medico general, la notificación y análisis del evento, generándose primariamente en la UPGD, luego este archivo es enviado a la coordinación de salud pública de los municipios del departamento, seguidamente el municipio consolida todas las UPGD y unidades informadoras del municipio y envía al Instituto departamental de salud, al área de vigilancia en salud pública.

Para el análisis de datos se procede a realizar una Retroalimentación de datos para análisis mediante la generación de archivos en formato XLS para el evento 895 (Zika), con fecha de 2015 a 2016, este nos genera archivos independientes con la siguiente información: datos básicos y complementarios, laboratorios y datos básicos o UPGD. Allí está consignada oficialmente todos los casos de Zika en la población de Norte de Santander. Para la depuración de la base de datos se procederá a eliminar los casos de otras procedencias, ajustes D, casos descartados por laboratorio y duplicados, se caracterizo los casos de síndromes neurológicos, gestantes, menores de 1 año, mayores de 65 años y comorbilidades, seguidamente se realizara el análisis de variables para realizar la discusión del comportamiento de este evento referente a la notificación de los casos, mediante gráficas para comportamiento de la notificación y tablas con frecuencias absolutas y acumuladas, mapa de departamento con circulación viral.

RESULTADOS

La notificación de casos de Zika en el Departamento de Norte de Santander empieza en la semana epidemiológica N° 25 del año 2015 con un solo caso procedente del municipio de Puerto Santander el cual fue identificado mediante la vigilancia centinela de síndrome febril/ictérico/hemorrágico.

Gráfica 2: Comportamiento notificación de casos de Zika vigencia 2015-2016

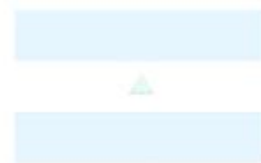


Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Seguidamente empieza un aumento progresivo a partir de la semana epidemiológica N° 46 con 77 casos hasta lograr un pico en la semana N° 4 con 1.250 casos, esto depende a la dinámica de transmisión del virus de Zika, el cual se ve afectado por la interacciones del ambiente, población susceptible a la enfermedad y la presencia del vector en el municipio.

A continuación se observa la distribución de casos de zika en los diferentes municipios del departamento.

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFPS FOMEP REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCOENENFPA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



Tabla 1. Notificación de casos de Zika, según el Municipio de Procedencia, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 25 de 2015 a 52 de 2016

Municipio de Procedencia	2015		2016		Total general	
	No de Casos	%	No de Casos	%		%
Cúcuta	1620	77,3%	4757	58,5%	6377	62,3%
Los Patios	187	8,9%	682	8,4%	869	8,5%
Villa del Rosario	91	4,3%	642	7,9%	733	7,2%
Ocaña	4	0,2%	491	6,0%	495	4,8%
El Zulia	100	4,8%	124	1,5%	224	2,2%
Tibú	16	0,8%	187	2,3%	203	2,0%
Sardinata	9	0,4%	171	2,1%	180	1,8%
Bochalema	1	0,0%	142	1,7%	143	1,4%
Chinacóta	1	0,0%	135	1,7%	136	1,3%
Santiago	3	0,1%	124	1,5%	127	1,2%
Salazar	5	0,2%	99	1,2%	104	1,0%
Durania		0,0%	74	0,9%	74	0,7%
Arboledas	1	0,0%	59	0,7%	60	0,6%
Hacarí	1	0,0%	46	0,6%	47	0,5%
Abrego		0,0%	46	0,6%	46	0,4%
Cucutilla		0,0%	46	0,6%	46	0,4%
Puerto Santander	19	0,9%	26	0,3%	45	0,4%
Teorama		0,0%	44	0,5%	44	0,4%
San Cayetano	19	0,9%	21	0,3%	40	0,4%
El Tarra	5	0,2%	31	0,4%	36	0,4%
El Carmen		0,0%	26	0,3%	26	0,3%
Ragonvalia	2	0,1%	22	0,3%	25	0,2%
Gramalote	2	0,1%	21	0,3%	24	0,2%
La Bateca	2	0,1%	21	0,3%	23	0,2%
La Playa		0,0%	21	0,3%	23	0,2%
La Esperanza		0,0%	13	0,2%	21	0,2%
Pamplonita		0,0%	7	0,1%	13	0,1%
Toledo	1	0,0%	6	0,1%	7	0,1%
Convención	1	0,0%	5	0,1%	7	0,1%
Bucarástica		0,0%	5	0,1%	6	0,1%
Pamplona	1	0,0%	4	0,0%	5	0,0%
Cáchira	2	0,1%	2	0,0%	5	0,0%
Lourdes		0,0%	4	0,0%	4	0,0%
San Calixto	1	0,0%	2	0,0%	4	0,0%
Herrán		0,0%	2	0,0%	3	0,0%
Villa Caro		0,0%	2	0,0%	2	0,0%
Chitagá	1	0,0%		0,0%	2	0,0%
Desconocido	1	0,0%	24	0,3%	1	0,0%
Total general	2096	100,0%	8134	100,0%	10230	100,0%

Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

El municipio de Cúcuta registra la mayor notificación de casos de Zika con el 62,3%, seguido del municipio de los Patios con un 8,5%, Villa del Rosario con 7,2%, Ocaña 4,8%, El Zulia 2,2%, Tibú 20%, Sardinata 1,8%, Bochalema 1,4%, Chinacóta 1,3%, Santiago 1,2% y Salazar 1,0%, sumando así el 93,8% de la notificación general de este evento en las vigencias 201-2016.

El Comportamiento demográfico y social de los casos de Zika notificados en el departamento se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Comportamiento Demográfico y Social de los Casos de Enfermedad por Virus Zika, Norte de Santander, Semanas Epidemiológicas 25 de 2015 a 52 de 2016

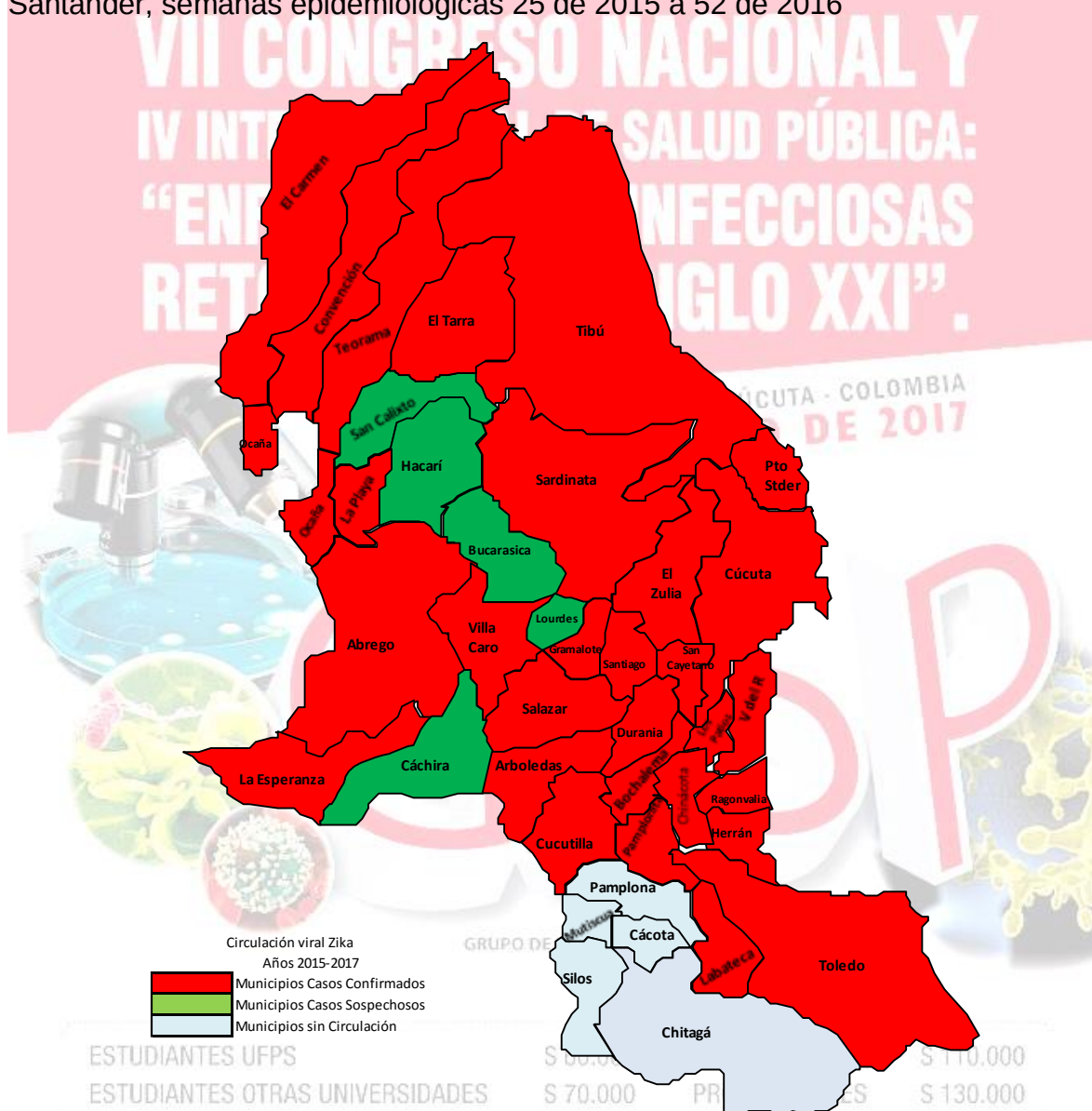
Variable	Categoría	2015	%	2016	%	Total General	%
Sexo	Femenino	1403	66,9%	5732	70,5%	7135	69,7%
	Masculino	693	33,1%	2402	29,5%	3095	30,3%
Tipo de Régimen	Contributivo	1182	56,4%	4160	51,1%	5342	52,2%
	Subsidiado	728	34,7%	2631	32,3%	3359	32,8%
	Excepción	115	5,5%	969	11,9%	1084	10,6%
	No Asegurado	61	2,9%	210	2,6%	271	2,6%
	Especial	10	0,5%	133	1,6%	143	1,4%
	Indeterminado	0	0,0%	31	0,4%	31	0,3%
Pertenencia Étnica	Otro	2087	99,6%	8094	99,5%	10181	99,5%
	Ron, Gitano	5	0,2%	12	0,1%	17	0,2%
	Indígena	3	0,1%	11	0,1%	14	0,1%
	Negro, Mulato, Afro colombiano	1	0,0%	8	0,1%	9	0,1%
	Raizal	0	0,0%	8	0,1%	8	0,1%
	Palenquero	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Área de Ocurrencia	Cabecera Municipal	2018	96,3%	7561	93,0%	9579	93,6%
	Rural Disperso	34	1,6%	366	4,5%	400	3,9%
	Centro Poblado	44	2,1%	207	2,5%	251	2,5%
	Menores de 1 Año	44	2,1%	317	3,9%	361	3,5%
Grupo Edad	1 a 4 Años	96	4,6%	486	6,0%	582	5,7%
	5 a 9 Años	119	5,7%	320	3,9%	439	4,3%
	10 a 14 Años	75	3,6%	324	4,0%	399	3,9%
	15 a 19 Años	155	7,4%	699	8,6%	854	8,3%
	20 a 24 Años	301	14,4%	1129	13,9%	1430	14,0%
	25 a 29 Años	299	14,3%	1272	15,6%	1571	15,4%
	30 a 34 Años	264	12,6%	1021	12,6%	1285	12,6%
	35 a 39 Años	180	8,6%	669	8,2%	849	8,3%
	40 a 44 Años	122	5,8%	478	5,9%	600	5,9%
	45 a 49 Años	120	5,7%	402	4,9%	522	5,1%
	50 a 54 Años	112	5,3%	317	3,9%	429	4,2%
	55 a 59 años	68	3,2%	270	3,3%	338	3,3%
	60 a 64 Años	49	2,3%	185	2,3%	234	2,3%
	65 Años y Más	92	4,4%	245	3,0%	337	3,3%

Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

El 69,7%, de los casos confirmados, confirmados por clínica y sospechosos de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo femenino; el 52,2 % pertenecen al régimen contributivo; el 15,4% corresponden al grupo de edad entre los 25 a 29 años, el 14 % se registró en el grupo de edad de 20 a 24 y el 12,6 % en adultos de 30 a 34 años. Por pertenencia étnica se ha notificado el 99,5 % en otros grupos poblacionales, por área de ocurrencia el 93,6 pertenecen a la cabecera municipal.

Se ha confirmado la circulación del virus en 30 municipios del departamento, Cúcuta es el municipio con mayor número de casos confirmado por laboratorio con un total de 793 casos. Los municipios sin confirmación viral para Zika y que presentan circulación vectorial son: Bucarasica, Cáchira, Hacarí, Lourdes y San Calixto.

Mapa 1. Circulación viral de Zika por municipio de procedencia, Norte de Santander, semanas epidemiológicas 25 de 2015 a 52 de 2016



Como observa en la siguiente gráfica el comportamiento en la notificación en la población gestante y con síndromes neurológicos asociados a infección por virus zika presenta el mismo comportamiento en la fase epidémica de la enfermedad en nuestro departamento. Tenemos un total de 2.688 casos de gestantes y 84 casos de síndromes neurológicos asociados a infección por virus zika.

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFPS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO DECAUCHO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, por el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveccion_socias@ufps.edu.co

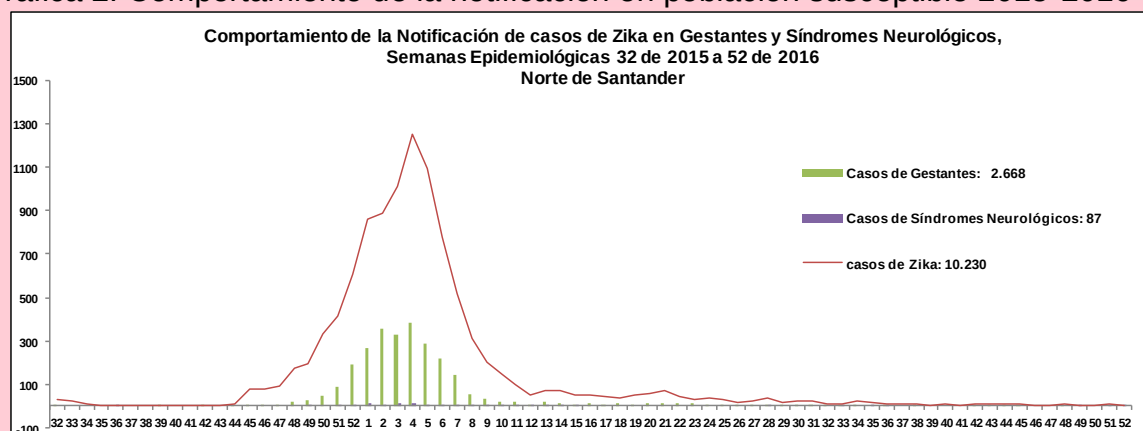
Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

IS

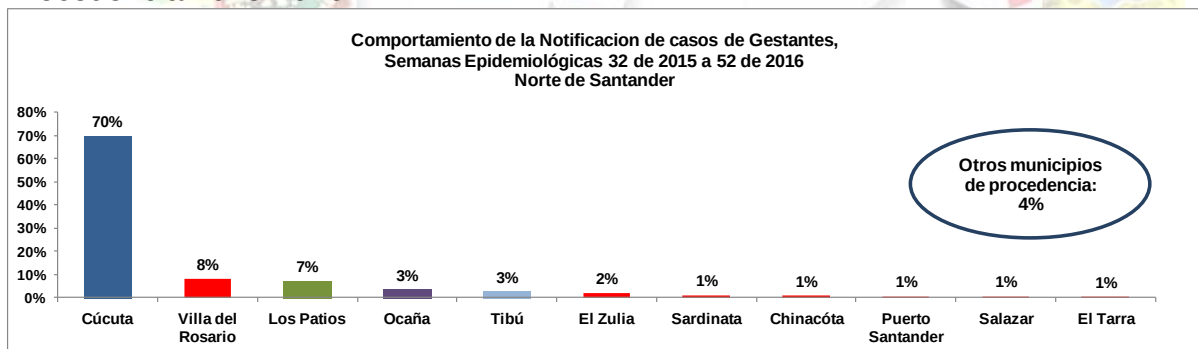
Grafica 2. Comportamiento de la notificación en población susceptible 2015-2016



Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Gestantes con diagnóstico de enfermedad por virus zika: según el municipio de procedencia para los casos de gestantes, Cúcuta genera el 70% del total de casos, seguido del municipio de Villa del Rosario con 8%, Los Patios 7%, Ocaña y Tibú con 3% para cada municipio, El Zulia 2% y Sardinata, Chinacóta, Puerto Santander, Salazar y El Tarra 1% respectivamente, otras procedencias representan el 4%.

Gráfica 3. Notificación de casos de zika en gestantes según el municipio de Procedencia 2015-2016.



Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Por grupo de edad en gestantes el rango de 20 a 24 años representa el 29,1%, seguido de 25 a 29 años con 27,6% para las vigencias 2015-2016.

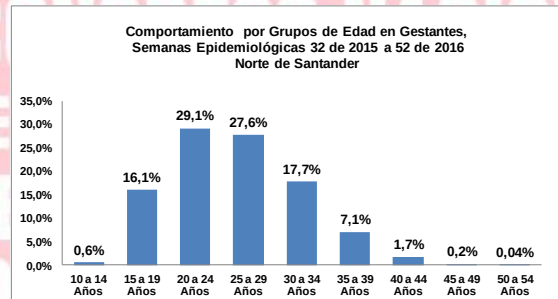
Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

IS

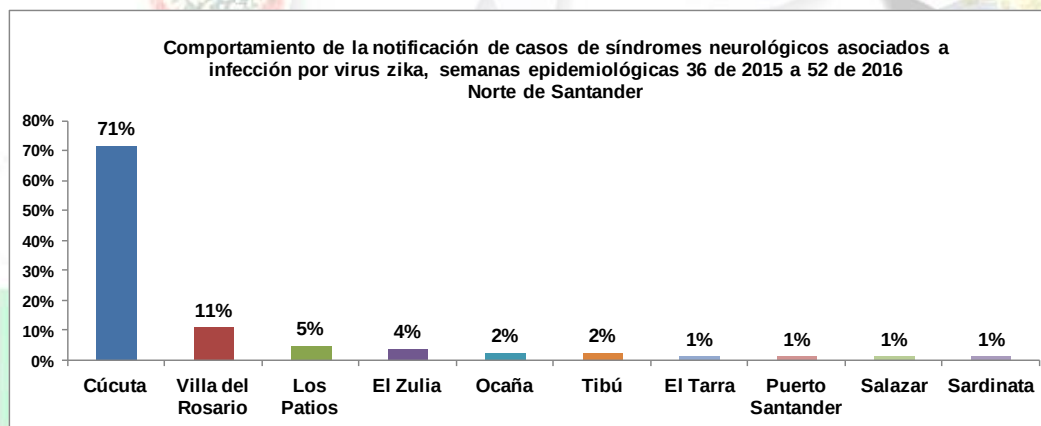
Gráfica 4. Comportamiento notificación de casos de gestantes por grupos de edad en Gestantes



Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Vigilancia especial de los Síndromes Neurológicos (S.N) con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika: La notificación de casos de síndromes neurológicos empieza a partir de la semana epidemiológica N°36 del año 2015 procedente del municipio de El Tarra. El municipio de Cúcuta representa el 71%, seguido de Villa del Rosario con el 11%, Los Patios 5%, El Zulia 4%, Ocaña y Tibú 2% respectivamente, El Tarra, Puerto Santander, Salazar y Sardinata con 1% para cada municipio. El 69% de los casos notificados de síndrome neurológicos según el diagnóstico CIE-10 es para el Síndrome de Guillain Barré, seguido de poli neuropatías no especificadas con el 17% y otros diagnósticos con el 14%.

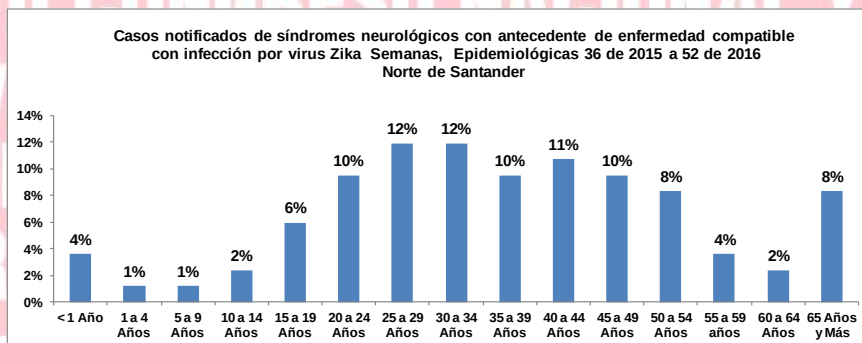
Gráfica 5. Comportamiento notificación de casos de (S.N), según el municipio de Procedencia 2015-2016.



Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Por grupo de edad para síndromes neurológicos, se observa para las dos vigencias una distribución en todos los grupos de edad, con una alta incidencia entre los grupos de edad 25 a 29 años y 30 a 34 años con 12% respectivamente para cada rango, seguido de 40 a 44 años con 11%, 20 a 24 años y 45 a 49 años con 10%.

Gráfica 6. Comportamiento notificación de casos de (S.N), según grupo de edad, Procedencia 2015-2016.



Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2015-2016

Vigilancia intensificada de las microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central: La notificación de casos de Microcefalia, en el departamento se genera a partir de la semana epidemiológica N° 2 del año 2016, de los cuales se ha confirmado la asociación en 5 casos, descartado la asociación en 6 casos, descartada la microcefalia como defecto congénito 11 casos y en estudio 40 casos.

Casos de Notificados de Microcefalia, según el municipio de Residencia Norte de Sanatander 2016					
Municipio	Casos Asociados a Infección por Virus Zika	Casos No Asociados a Infección por Virus Zika	Casos Descartados para Microcefalia	Casos en Estudio	Total
Cúcuta	2	2	5	24	33
Ocaña	1	1	1	2	5
Tibú		1		4	5
Villa del Rosario		1	1	2	4
Puerto Santander			1	2	3
Abrego		1		1	2
El Zulia			1	1	2
Cáchira				1	1
Convención	1			1	1
El Carmen				1	1
Gramalote			1		1
La Playa				1	1
Pamplona			1		1
Pamplonita	1				1
Toledo				1	1
Total	5	6	11	40	62

Fuente: Sivigila Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander, 2016

Referente a la mortalidad de casos en este evento hay un total de 9 para el año 2016 de procedencia Norte de Santander, de los cuales según prueba de RT-PCR Zika hay 5 casos confirmados, 2 casos negativos para Zika y dos casos como confirmados por clínica Clínica.

DISCUSIÓN

La notificación de casos de zika en el departamento de Norte de Santander empieza desde el mes de junio del año 2015 logrando un pico en el año 2016 específicamente la semana epidemiológica N° 4 para un total de 10.230 casos, observándose el mismo comportamiento en la población gestante y los síndromes neurológicos. En cuanto al comportamiento sociodemográfico del evento observa que el sexo femenino marca una gran diferencia referente al sexo masculino con un 69,7% de la notificación general para las dos vigencias, las cabeceras municipales de los diferentes municipios representan el 99,5% del total de casos, el régimen contributivo supera a los otros con el 52,2% y los rangos de edad con mayor notificación están entre los 29 años y 34 años. El municipio de Cúcuta genera el 62,3% de la notificación total de los casos, seguido del municipio de Los Patios y Villa del Rosario, los municipios con menor notificación de casos son los municipios de Villa Caro, Herrán y San Calixto; este último aun son confirmación viral para zika. En 30 municipios del departamento se confirmo la circulación viral, quedando para la vigencia 2016 solo 5 municipios pendientes de confirmación. La notificación de población gestante genero el 26% de casos. Solo para Síndromes neurológicos genero el 1% del total de casos notificados. A la fecha hay un total de 5 casos confirmados de Microcefalias asociadas a infección prenatal por virus zika, 6 casos descartados y 40 casos en estudio del año 2016.

CONCLUSIONES

En el Departamento de Norte de Santander la circulación viral empieza a mediados del mes de junio específicamente en la semana epidemiológica N° 25 del año 2015 con un caso procedente del departamento de Norte de Santander con un reporte positivo para Zika mediante la prueba de RT-PCR. Las gestantes generaron la cuarta parte de la notificación del evento para el departamento, en comparación con la presentación de síndromes neurológicos, en donde el síndrome de guillain barré fue la presentación con mayor número de casos. Se encuentran en estudio de casos para microcefalia asociadas a infección por virus zika un total de 40 casos residentes del municipio de Norte de Santander

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tulin D, Selcuk K. Zika virus: a new arboviral public health problem. SpringerLink. 2016 July; 10.1007/s12223-016-0467-6

Perez Tolosa N, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Enfermedad por Virus Zika. Instituto Nacional de Salud. 2016 Enero 21; página 2.

OMS-OPS. Actualización epidemiológica regional de la OPS (Américas). 2017 Marzo 10. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&id=11599&Itemid=41691&lang=es

Equipo Técnico Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal numero 52. 2017 Enero 6. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin->

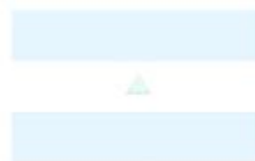
VII CONGRESO NACIONAL Y IV INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA: “ENFERMEDADES INFECCIOSAS RETOS PARA EL SIGLO XXI”.

AUDITORIO HOTEL BOLÍVAR - CÚCUTA - COLOMBIA
23 Y 24 DE MARZO DE 2017



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBPE REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proyeccion_sociedad@fas.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y CUIDADO DEL OTRO EN TUBERCULOSIS. ÁMBITO CARCELARIO

Judith Ruiz Reyes
María Alejandra Bonilla Jaimes
Melissa Alejandra Castellanos Ballen
Mabel Juliana Mantilla Díaz
Sulay Angélica Muñoz Galván
Silvia Lorena Rodríguez Méndez
Silvia Ximena Rojas Herrera
Universidad Industrial de Santander (UIS)

RESUMEN

Objetivo: Generar en los individuos conocimientos y autonomía frente a la enfermedad de tuberculosis que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
Materiales y métodos: El presente trabajo es el resultado de un proyecto de VII semestre en el área de salud pública, desarrollado en el centro penitenciario de alta y mediana seguridad de Palogordo durante los meses de mayo a agosto del 2016, en el cual participaron 14 reclusos. Mediante la implementación de la teoría de Dorothea Orem, el proceso de enfermería y lenguaje estandarizado (NNN), se realizaron tres sesiones educativas con la aplicación de un pre y pos test, en los cuales se evaluaban los conocimientos sobre la tuberculosis, tratamiento y prevención. **Resultado:** Aplicando los planteamientos de la teorista, se brindó la educación a 14 internos del EPAMS entre los cuales se encontraban usuarios que estuvieron o se encontraban en tratamiento por tuberculosis, convivientes y líderes de derechos humanos, a los cuales se les aplicó una evaluación final para medir los conocimientos adquiridos, en el cual se demostró una evolución de un conocimiento escaso a conocimiento moderado, según los criterios de resultados NOC. **Conclusiones:** El liderazgo de la enfermera frente al manejo del plan de prevención y control de la tuberculosis, tiene un papel protagónico, ya que la población carcelaria encuentra mayores obstáculos para recibir servicios de salud, por ende su trabajo facilita, mejora y asegura en gran medida la atención y el cumplimiento de los derechos de salud de los internos.

Palabras claves: Tuberculosis, Autocuidado, Cuidado, Conocimientos, Interno.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa bacteriana, íntimamente relacionada con factores como la pobreza, el hacinamiento, la resistencia a medicamentos, los sistemas de diagnóstico y el virus de la inmunodeficiencia humana. Esta enfermedad se concentra en poblaciones vulnerables, como las poblaciones étnicas, migrantes, personas sin acceso a los servicios de salud, privados(as) de la libertad y las poblaciones pobres de los barrios marginales de las grandes ciudades.

El proyecto integrador Fomento del autocuidado y cuidado del otro en tuberculosis.Ámbito carcelario, fue realizado en alianza con la secretaría de salud del municipio de Girón, el Hospital San Juan de Dios de Girón y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) como respuesta al fortalecimiento de la estrategia Colombia libre de Tuberculosis. La ejecución del proyecto se realizó a través de una visita de valoración y 3 visitas de intervención-educación, las intervenciones desarrolladas : Enseñanza proceso de la enfermedad y Enseñanza

: Medicamentos prescritos cada una con sus respectivas actividades, fueron sustentadas a partir de enfermería basada en la evidencia, en donde se realizó una búsqueda de 42 artículos, usando los descriptores en ciencias de la salud (DECS) y los medical Subject Headings (MES) en las siguientes bases de datos: Pubmed, Lilacs, Bireme, Ebsco, Scielo, Proquest, Medline y Elsevier.

En la sustentación de las actividades se analizaron artículos con nivel de evidencia desde AI hasta DIV, de tipo cualitativo y cuantitativo, en idioma inglés, portugués y español con el fin de seleccionar documentos que respalden y fortalezcan la práctica de enfermería permitiendo brindar servicios y cuidados de alta calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se implementó el proceso de enfermería y el lenguaje estandarizado (NNN), la primera fase del proceso de enfermería es la valoración, para la cual se utilizó el formato de valoración por patrones de Margory Gordon para comunidad, aplicado al centro penitenciario y el formato de valoración por dominios de salud de la Escuela de Enfermería UIS para la persona enferma, para los reclusos con diagnósticos de Tuberculosis, los hallazgos de la valoración fueron analizados por la matriz DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas), instrumento que permite identificar los principales factores a intervenir y luego por el método HANLON se priorizaron los problemas, así se pasó a la segunda fase del proceso de enfermería, el diagnóstico, con los resultados de DOFA y HANLON se relacionan con el lenguaje estandarizado, para dar el diagnóstico enfermero prioritario:

Tabla 1. Diagnóstico

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (0126) R/C INFORMACION INSUFICIENTE S/A ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS	
DOMINIO: Percepción y Cognición CLASE 4: Cognición PATRÓN: Cognitivo-Perceptivo	
DEFINICIÓN Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Conocimiento insuficiente

(Fuente propia)

La tercera fase de planeación del proceso de enfermería se llevó a cabo con la articulación del lenguaje estandarizado al diagnóstico mencionado anteriormente se designa un plan de cuidado, el NOC (Resultado): Conocimiento: control de la infección, para el cual se realiza un instructivo de operacionalización de cada indicador medido por una escala de ningún conocimiento a conocimiento extenso, con los indicadores de: Modo de transmisión, Factores que contribuyen a la transmisión de la infección, Prácticas que reducen la transmisión, Signos y síntomas de la infección, Procedimientos de control de la infección, Seguimiento de la infección diagnosticada, Nombre correcto de la medicación, Tratamiento de la infección diagnosticada, Efectos terapéuticos de la medicación y Efectos secundarios de la medicación; para la evaluación post y pre intervención los NIC (Intervención) utilizados fueron: Enseñanza: proceso de la enfermedad (Tabla 2) y Enseñanza medicamentos prescritos (Tabla 3) para los cuales se realizó una fundamentación científica para dar cumplimiento de Enfermería Basada en Evidencia se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Lilacs, Bireme, Ebsco, Scielo, Proquest, Medline y Elsevier para cada una de las intervenciones, con un resultado de 24 artículos después de pasar por los diferentes filtros, de los cuales 4 fueron usados para el NIC: Enseñanza: proceso de la enfermedad y 3 para el NIC: Enseñanza medicamentos prescritos.

Tabla 2. NIC 1

INTERVENCIÓN. ENSEÑANZA: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (5602)	
DEFINICIÓN	ACTIVIDADES
Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.	Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

(Fuente propia)

Tabla 3. NIC 2

INTERVENCIÓN. ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS (5616)	
DEFINICIÓN	ACTIVIDADES
Preparación de un	Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.	Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso. Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos. Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
--	---

(Fuente propia)

La siguiente fase del proceso de enfermería es la Ejecución, inicialmente se pide el consentimiento informado por escrito a los participantes, se aplica el instructivo del NOC a cada participante, para evaluar esos conocimientos previos, luego se llevaron a cabo 3 sesiones educativas (Tabla 4), la primera sobre Generalidades de la tuberculosis, la segunda Tratamiento contra la Tuberculosis y la tercera sesión sobre las prácticas de autocuidado en tuberculosis, se realizó en un salón del colegio Enrique Low Murtra que se encuentra dentro de las instalaciones del establecimiento penitenciario, se usaron herramientas de tipo visual como carteles, fichas e imágenes, medios didácticos como pelotas y material educativo como folletos y rotafolios, para finalizar nuevamente se aplica el instructivo del NOC a cada participante para obtener el resultado de aprendizaje después de la intervención.

Tabla 4. Sesiones educativas

SESIÓN	TEMA	NOMBRE	OBJETIVO
1	Generalidades de la Tuberculosis	CONOCIENDO MI ENFERMEDAD	Educar a los usuarios sobre los aspectos generales de la Tuberculosis.
2	Tratamiento contra la Tuberculosis	SI HAY CURA, INFORMATE	Educar a los usuarios partícipes del proyecto sobre el tratamiento farmacológico contra la Tuberculosis, su importancia y posibles reacciones adversas al mismo.

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFP
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

IPS

3	Prácticas de autocuidado en tuberculosis	APRENDIENDO A CUIDARME	Ofrecer información y apoyo al usuario enfermo de tuberculosis y convivientes en el conocimiento de las prácticas de autocuidado, así como en los factores que favorecen la curación y que están relacionados con los hábitos y costumbres dentro y fuera del hogar de los usuarios y convivientes.
---	--	------------------------	---

(Fuente propia)

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación para la cual con los resultados del NOC post y pre intervención se promedian para dar el NOC global inicial y el NOC global final y así se evalúan el cumplimiento de los objetivos propuestos.

RESULTADOS

El total de participantes fue de 14 personas de las cuales 1 era enfermo de TB, 4 ya habían terminado el tratamiento de la enfermedad y 10 eran líderes de Derechos Humanos de los diferentes patios del establecimiento penitenciario. En el desarrollo de las actividades educativas se contó con la participación activa de los reclusos, dichas sesiones se organizaron de forma que ellos se involucraron para proporcionar un aprendizaje significativo. El resultado de enfermería aplicado *Conocimiento: control de la infección (1842)* y evaluado por medio de un pre y pos test, tuvo un resultado inicial de 2.1 ubicado en la escala en conocimiento escaso y el resultado final fue de 2,7 ubicado en la escala de conocimiento moderado, encontrándose una diferencia de 0,6; mostrando la efectividad de la intervención.

DISCUSIÓN

Tener conocimientos sobre tuberculosis influye en las prácticas de las personas en materia de prevención, sin embargo la mayoría de reclusos y funcionarios de prisiones no reciben dicha educación y su conocimiento se encuentra impregnado de creencias infundadas e información errónea, generando que sus formas de prevención sean incorrectas lo que aumenta el riesgo a contagiarse. Por otra parte, se pudo evidenciar los pobres estudios que existen sobre educación en tuberculosis en los centros penitenciarios en lo que concierne a prevención, detección y tratamiento.

CONCLUSIONES

Se evidencio mayor participación de las personas intervenidas en el proyecto, frente a la realización de acciones que promueven su autocuidado, lo cual indica

receptividad y empoderamiento de gran parte del conocimiento impartido que les permite superar el déficit presentado.

Se encontró mayor facilidad en el reconocimiento por parte del personal intervenido en indicadores que explican el modo de transmisión, los signos y síntomas de la infección y el seguimiento que debe realizarse a la persona diagnosticada.

Se obtuvo cambios significativos que ubicaron a las personas intervenidas de un nivel de ningún conocimiento hasta un conocimiento moderado, sin embargo este resultado evidencia la necesidad de realizar nuevas sesiones de intervención que permitan un total y claro reconocimiento de los ítems planteados.

Existe gran disponibilidad y entusiasmo por parte de las personas privadas de la libertad ante la realización de programas educativos, que les permita adquirir nuevos conocimientos y tener bases para exigir sus derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud y Protección Social et al, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Lineamientos Generales Para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. [Internet]. Colombia. 2012. [citado 12 de junio 2016]. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20vigilancia%20y%20control%20de%20eventos%20de%20inter%C3%A9s%20en%20salud%20p%C3%ABlica%20en%20centros%20carcelarios%202012.pdf>

Morales Valdivia, Estela, Rubio Contreras, Ana M^a, Ramírez Durán, M^a del Valle. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista Científica de Enfermería N°4 . [Internet]. Universidad de Huelva. Mayo 2012. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf.

Saludcolombia.com [Internet]. Ministerio de salud. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Resolución 00412 de 2000. Colombia. [Citado 16 de Julio de 2016] Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/nttbc.htm>.

Bruyn G, Garner P. Mycobacterium vaccae immunotherapy for treating tuberculosis. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003 [citado el 15 julio 2016]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001166>.

Gomez, IT; LLerena, CR and Zabaleta AP. Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad. Colombia 2010-2012. Rev. salud pública. 2015, vol.17, n.1, pp.97-105. ISSN 0124-0064. [Internet]. Colombia.

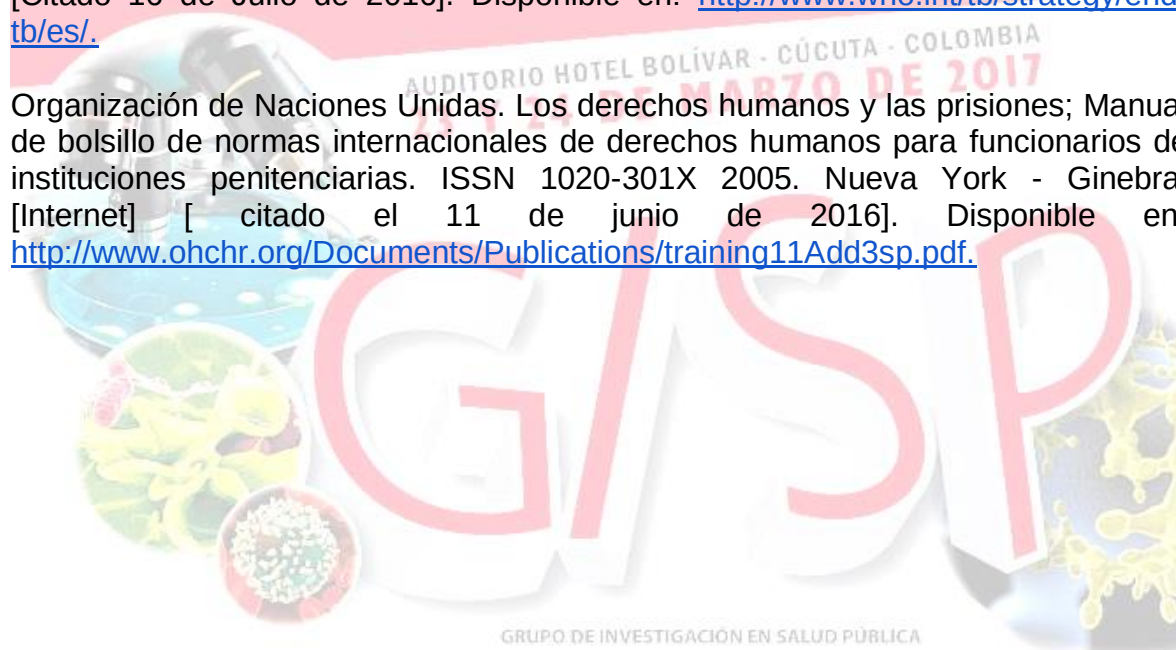
2015 [Citado el 12 de junio de 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n1.50937>.

Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería: el pensamiento enfermero. 4^a ed. barcelona: masson; 2005. p. 39-40.

Ministerio de protección social, Instituto nacional de salud, OPS. Plan estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015. Colombia.2010.

Who.int. [Internet]. Organización Mundial de la Salud .Estrategia fin a la TB. 2014 [Citado 16 de Julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>.

Organización de Naciones Unidas. Los derechos humanos y las prisiones; Manual de bolsillo de normas internacionales de derechos humanos para funcionarios de instituciones penitenciarias. ISSN 1020-301X 2005. Nueva York - Ginebra. [Internet] [citado el 11 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training11Add3sp.pdf>.



ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFPS FBPE REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y provección: socias@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



VIVENCIAS DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL ÁREA METROPOLITANA DE CÚCUTA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016

María Mercedes Ramírez.

Marisol Rivera.

Kevin Oswaldo Dávila.

Henry Alexander Duran.

Karen Dayana Rodríguez.

Milly Dianne Cárdenas.

Nohra Daniela Carriazo.

Universidad Francisco de Paula Santander.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Guillain Barre es una enfermedad en la que el sistema inmunitario del cuerpo ataca parte del sistema nervioso periférico. La situación en Colombia va en aumento, el 65,8% de los casos notificados bajo la vigilancia especial de casos neurológicos corresponden a esta patología. **Objetivo:** Comprender las vivencias de los pacientes con síndrome de Guillain Barre en el área metropolitana de San José de Cúcuta en el primer semestre del año 2016. **Metodología:** estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico. Se tomó una muestra de 10 pacientes se realizaron 2 entrevistas a profundidad, acompañadas de notas de campo a cada uno de ellos. **Resultados:** las edades de los participantes oscilaron entre los 17 y 70 años siendo la media de 40 años, 70% de género masculino y 30% de género femenino, el 80 % profesa el catolicismo, 60% son casados, el nivel de escolaridad que más se presentó fue secundaria completa 50%, surgieron 8 categorías, siendo un evento inesperado la principal, los sentimientos que vivenciaron los pacientes con Guillain Barré fueron, ira, impotencia, desesperanza, frustración, tristeza, resignación, fe, esperanza, angustia y fortaleza. **Conclusión:** El sentimiento que afloró en forma importante en los informantes fue la fe, siendo el motor que los incentivó para seguir adelante, así mismo el apoyo familiar fue un pilar fundamental en el proceso de aceptación y recuperación, el momento más difícil de la enfermedad fue la etapa inicial porque se presentó como un evento inesperado, el cual ellos no entendían; con relación a los cambios los informantes expresaron que el Guillain Barre los hizo modificar sus estilos de vida, su forma de pensar y de disfrutar cada momento.

palabras claves: Experiencias, Polineuropatía inflamatoria desmielinizante,

INTRODUCCION

El síndrome de Guillain Barre es una enfermedad en la que el sistema inmunitario del organismo ataca parte del sistema nervioso periférico. Este puede afectar a los nervios que controlan los movimientos musculares así como a los que transmiten las sensaciones de dolor, temperatura, o tacto.¹

La situación en Colombia del síndrome de Guillain Barre va en aumento, desde diciembre del 2015 hasta el mes de abril de 2016 (semana epidemiológica 15) se

han reportado 462 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares). El 65,8% de los casos notificados bajo la vigilancia especial de síndromes neurológicos, corresponden a casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika²

En el departamento de Norte de Santander se registraron 82 casos de síndromes neurológicos, de los cuales 39 son de casos con Guillain Barre, Cúcuta registra el mayor número de personas afectadas por esta enfermedad con un total de 27.

Es de vital importancia resaltar que este síndrome no solo afecta a nivel motor al ser humano, además de dejar múltiples secuelas y la posibilidad de volver a repetir, afectándolos a nivel psicológico, generando en ellos angustia, tristeza y depresión, al no poder realizar tareas que anteriormente podía hacer solo(a), y que ahora requieran de ayuda para completarlas.³

Considerando la alta incidencia de esta patología a nivel latinoamericano, nacional y local, se hace pertinente conocer los sentimientos y experiencias de vida que viven estos pacientes desde los diferentes ámbitos igualmente que cambios trajo en sus vidas.

Enfermería como disciplina humanística y social, al realizar este tipo de abordaje fenomenológico le permite ampliar su conocimiento del comportamiento humano en situaciones inesperadas, para afrontar con criterios científicos las intervenciones a realizar en el momento de brindar un cuidado humanizado.

MATERIALES Y METODOS

Investigación de tipo cualitativa, fenomenológica, población conformada por pacientes que padecieron síndrome de Guillain Barre hospitalizados en el HUEM durante el último trimestre del 2015 y primer semestre del año 2016 y la muestra fue de tipo homogéneo de esta manera poder observar los problemas que abarcan variaciones individuales o grupales de un fenómeno complejo como es las vivencias de los pacientes que padecieron síndrome de guillain barre, contando con la participación de 10 pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria.

RESULTADOS

Se contó con la participación de 10 personas cuyas edades oscilaron entre los 17 y 70 años con una edad promedio de 40 años, el 70% (7 personas) del género masculino y el 30% restante (3 personas) del sexo opuesto, todos provenientes del área metropolitana de San José de Cúcuta, respecto a la ocupación se presentaron diversos datos 2 participantes refieren ser estudiantes, 2 independientes, 2 amas de casa, 1 profesora, 1 empleado y 1 persona obrero de construcción, la mitad de los participantes refieren ser casados 60%, un 20% unión libre y el otro 20% solteros, el nivel de escolaridad que más se presentó fue secundaria completa con un 50%, y los porcentajes más bajos técnico y tecnólogo con 10%.

Un Evento Inesperado:

Los pacientes que han sido diagnosticados con el síndrome de guillain barre transitan por una serie de experiencias o vivencias las cuales causan un impacto en su vida, que los hace percibir un sin número de emociones, pensamientos o sentimientos los cuales aparecen frente a un evento inesperado.

E1I9: “no pues yo cuando vi que me subieron a piso y que no podía caminar yo lloraba imagínese yo que estoy acostumbrada a estar de aquí para allá vendo rifas vendo productos para arriba y para abajo a pie y yo que no podía ni moverme ni sentarme en la poseta del baño yo como lloraba eso es muy feo”.

La frustración fue otro de los sentimientos expresados por los participantes al momento de querer realizar acciones que normalmente hacían solos y no poder hacerlo, de la noche a la mañana y más se aumentaba este sentimiento al saber que dependían de otras personas para poder ejercerlas. Como se evidencia en el siguiente informante.

E2I2: “en esas situación es no podía ir al baño no me podía bañar eee no podía cepillarme no podía comer solo no podía ni respirar solo entonces no, era muy frustrante en ese sentido el que no podía hacer nada y todo lo tenían que hacer..... Es como la frustración de que todo te lo hagan de tu no hacer nada y de ser dependiente de las personas”.

Temor:

Esta es una de las características del síndrome de Guillain barre por lo cual estos pacientes al no saber de dónde proviene esta parálisis en su cuerpo y falta de respiración llegan a pensar en la muerte porque se ven envueltos en una situación de la cual no saben cómo salir.

E1 I10: yo lo primero que dije fue que me iba a morir no? fue lo primero que yo pensé sentimiento que me iba a morir

Perdida de la independencia:

Surge de acuerdo a las vivencias de los pacientes; en el momento en que refieren sentirse dependientes, que necesitan de la ayuda de las demás personas o de dispositivos artificiales para realizar actividades rutinarias y fundamentales como sus necesidades fisiológicas.

E2I3: “cuando va uno a comenzar a caminar y todo sentía el apoyo de hijo que era el que más me ayudaba y eso era él para ir al baño para cambiarme como es hombre pues más fácil para uno no cuando iba a bañarme”.

Referían pena ya que expresan sentirse mal respecto a estar molestando al personal de salud para poder realizar sus necesidades por lo que muchas veces solo se aguantaban o no decían nada.

E1I10: “y me daba pena me daba pena tener que llamar a las enfermeras porque en la UCI una ve muchas cosas y las enfermas pa ya y paca.....el tiempo que ellas tenían era para llenar papelería entonces trataba yo como de no molestar”

Lección de vida

Al vivir momentos inesperados como el guillain barre los pacientes, reflexionaron sobre su vida y acontecimientos del pasado, dándole gracias a Dios por la nueva oportunidad de vivir, siendo también el momento clave para pensar en sí mismos, y darle un mayor significado a las personas que lo rodean en especial la familia

E218: Pues valorar un poco más lo que es uno, lo que es la familia, para que porque tanto en el hogar como en la familia es importante. Si también si entiende uno mismo valorarse uno, más darle gracias a Dios porque es otra oportunidad que le da a uno.

Aceptación:

El padecer de esta enfermedad ha sido complicado, muchos la desconocían, y aún más desconcertante era encontrarse que esta no tiene cura; con el paso del tiempo han aprendido sobre ella y que deben prepararse a vivir con estas secuelas.

E214: como que a uno le duelen muchos los pies de repente solo las coyunturas me duelen mucho los codos y esto también me ha dolido mucho el cuello y de repente así como acá como por acá (señalando sus piernas) de repente hoy amanecí así mañana ya no al otro día si de repente tengo un rato el dolor otro rato no si así.

También han realizado cambios en la cotidianidad durante este proceso, llevando una vida más tranquila y dedicada solo a ellos mismos

E110: Ahora es como más tranquila más calmada no estar en un corre, corre mucho ajeteo para allá me dedicaba mucho al trabajo ahorita ya calmada me lo tomo como con más calma con tranquilidad

Esperanza En La Recuperación

Los informantes expresaban que su proceso de recuperación es constante y depende de las actitudes y el empeño que le coloquen, como también se evidencia que para todos los pacientes es muy importante la religión y la creencia en un ser supremo que rige su vida.

E112: si me decían que hiciera 15 cosas de algún ejercicio yo hacía 30 si me decían que me moviera que moviera los brazos que tratara de respirar ósea yo la hacía con el doble de emoción doble de ganas nunca me quedaba con lo que me pusieran ellos sino con lo que yo quisiera siempre me sobreponía aaa mí mismo y creo que eso fue lo que me hizo recuperarme tan rápido la fuerza y la voluntad que uno le ponga todo se trata de voluntad".

Participando en su propia Recuperación:

Esta categoría surge debido a todos estos sentimientos de superación, fortaleza, bienestar, motivación y alegría expresadas por los pacientes en el momento en que aparece su enfermedad y luchan por su recuperación, la cual es referida por los participantes como una etapa en la que perciben muchas emociones que les ayuda a salir a delante y a no dejarse vencer por la enfermedad y por ultimo nos manifiestan la alegría que sienten al verse recuperados.

E1I2: habían momentos en los que yo hacia la terapia y me caía pero igual me volvía a levantar yyy siempre estuve mentalizado que apenas salga voy a volver e jugar... entonces eso ha sido el futbol ha sido como la gran motivación para nunca rendirme para siempre sobreponerme para siempre tratar de ser mejor cada día creo que esa es la palabra”.

Apoyo:

En los pacientes el apoyo de sus familiares y amigos desde el momento del diagnostico fue un pilar fundamental para salir de la enfermedad, lo cual los motivó a no perder la fe de que iban a tener una buena y pronta recuperación; en esta categoría encontramos tres tipos de apoyo familiar, amigos y equipo de salud

E2I1: La familia de cualquier persona es importante y más en un momento tan duro como estos donde uno necesita tanto apoyo y como un motivo para salir adelante mi familia fue ese motivo para estar aquí donde estoy y no darme por vencido.

Discusión

Entre los sentimientos que sobresalieron encontramos la ira, angustia, desesperanza, sufrimiento, frustración, tristeza, impotencia, incertidumbre, desconcierto, temor, culpabilidad, fortaleza y alegría. El sufrimiento y la desesperanza son vistos por los informantes como un evento inesperado lo cual les genera ganas de renunciar, dejar de sentir el dolor que les causa la enfermedad, no luchar y dar paso a su muerte estos resultados son similares a los resultados del estudio Psico-oncología en el siglo XXI⁴ en el cual se encontró que a pesar de que los pacientes no querían dejar a sus hijos solos, había un parte de ellos que estaba agotada, que sí querían descansar y dejar de pelear por vivir.

Los pacientes expresan sentimientos como la ira y frustración al percibir que pierden su independencia, necesitando ayuda hasta para realizar las actividades básicas. Esto coincide con lo reportado por Kitson y colaboradores⁵ en su estudio en el cual los pacientes manifestaban sentirse humillados, sin dignidad, ni confianza al tener que depender de alguien más para poder realizar tareas cotidianas como eliminación, comer, beber y la higiene personal.

Al sistema de salud le atribuyen la demora en su recuperación debido a que se presentaban problemas de eficiencia y eficacia, sentían que no eran tratados como seres humanos, estos resultados son comparables con los encontrados en los estudios realizados por escudero⁶,kottow⁷y terra⁸. Los pacientes expresan que su experiencia con el sistema de salud fue larga, traumática, debido a que lo único que ellos esperan de este, es que los ayuden a vivir con la enfermedad para mejorar su calidad de vida, que merecían ser tratados con respecto y dignidad.

La angustia era otra vivencia la cual atormentaba a los pacientes con síndrome de Guillain barre, acompañada por la preocupación por el hogar y estabilidad económica que veían afectada y la percepción de un proceso largo para la recuperación. Resultados similares fueron encontrados en el estudio Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud⁶, debido a

que los pacientes se sentían angustiados por la posibilidad de que su enfermedad empeorara lo cual prolongaría su recuperación.

Referían sentir Incertidumbre debido a que el personal de salud no les proporcionaba la información necesaria respecto a la continuidad de su tratamiento y el propósito con el que se realizaban los diferentes procedimientos diagnósticos. Esto es similar a lo relatado por Kottow⁷, Terra⁸ y Rubio⁹, donde dicen los médicos hoy en día solo se preocupan por cumplir con los procedimientos sin detenerse a explicar al paciente porque y para que los realizan, de esta misma manera expresan que los médicos no hablan claramente.

La pérdida de la independencia los lleva a necesitar de la ayuda de las demás personas o de dispositivos artificiales para realizar actividades rutinarias y fundamentales, como son sus necesidades fisiológicas. Esto concuerda con los estudios llamados vivir la UCI: diferentes perspectivas⁹, donde los pacientes entrevistados expresaban lo difícil que era para ellos tener que depender de un ventilador para respirar o de un enfermero o auxiliar para que los ayudara a moverse, debido a que ellos consideran que esto era un sacrificio para ellos.

Algunos pacientes expresaban dolor al momento de realizar movimientos bruscos o iniciar su terapia, lo cual concuerda con el estudio Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud⁶. Los pacientes referían padecer dolores fuertes luego de realizar sus terapias físicas por primera vez, también cada vez que intentaban realizar actividades como correr o subir escaleras durante un tiempo prolongado.

Se encontraron tres tipos de apoyo distintos, familiar, personas ajenas a su familia y el personal de salud. De esta misma manera agradecían a estos por estar a su lado en esos momentos difíciles, esto concuerda con encontrado por Solans¹⁰, Solanes¹¹, Rubio⁹, Middleton¹², donde la categoría apoyo familiar fue la más importante, al momento de salir adelante y lograr su recuperación, igualmente el equipo de salud se convirtió en el pilar que le da al paciente la motivación para no desfallecer, especialmente cuando el sentimiento de muerte los agobia.

Los pacientes participaban activamente en su recuperación la cual conciben como una etapa en la cual pasan por diversas emociones las cuales les ayuda salir a delante y a no dejarse vencer por la enfermedad, de igual manera perciben alegría al verse recuperados. Esto concuerda con lo hallado por Solans¹⁰, Kitson⁵ y Solanes¹¹, los pacientes expresaban que su principal motivación para salir adelante era su familia, y el deporte para alcanzar una mejor calidad de vida, logrando su independencia. Siendo luchadores y positivos, compara su vida a una carrera de obstáculos que no hacen más que estimularlos a seguir superándose y disfrutar de la vida y de los suyos.

Cuando se pasa por un acontecimiento como estos se generan lecciones de vida, las cuales llevan a las personas a reevaluar lo que han hecho, obligándolos a cambiar hábitos y rutinas situación que les enseña a valorarse. Resultado similar

obtuvo Kitson⁵, donde los pacientes después de su enfermedad; su vida sufrió cambios fundamentales, los cuales los llevaron a replantear su actitud y a realizar acciones como dejar el alcohol, tabaco, cuidar más su alimentación y ser más cuidadosos al momento de realizar algún tipo de actividad que pudiera generar una recaída en su enfermedad.

Los pacientes lograron aceptar su enfermedad, viviendo con tranquilidad su vida adaptándose a los cambios que conlleva la enfermedad, esto presenta similitud a lo encontrado por Terra⁸, Solans¹⁰, Solane¹¹ y Middleton¹², donde los pacientes expresaban que fue difícil aceptar que padecían de una enfermedad, pero que con el tiempo aprendieron a vivir con ella llegando a aceptarla y verla como algo con lo cual estarían por el resto de sus vidas, de igual manera lograron asimilar que la muerte es algo que debe llegar en algún momento así nos resistamos a ello.

No obstante hubo pacientes que expresaban temor por lo sucedido, esto los sumergía en la tristeza, lo cual los hacía sentirse culpables por no haber podido evitar la enfermedad, cuestionándose por no haber cumplido una promesa o tener un hábito el cual los llevo al estado en el que se encuentran. Resultados similares obtuvieron Korstanje¹⁴, Escudero⁶. Los pacientes se sentían culpables por adoptar conductas cuya consecuencia fue su enfermedad, también se replicaban por no haber podido evitarla, asegurando que lo que les estaba pasando era merecido, por lo cual no debían sentirse mal por estar en esta situación.

CONCLUSIONES

En el anterior estudio de metodología cualitativa los informantes con Síndrome De Guillain Barre; quienes nos permitieron conocer sus experiencias por medio de las entrevistas, describieron individualmente sus vivencias, desde el momento del diagnóstico hasta la rehabilitación, expresándolo con claridad y, como influyo en cada una de las emociones que tuvieron en el transcurso de este proceso, el cual se presenta como un evento inesperado, la fe que tienen los informantes, los sentimientos positivos y la esperanza, estuvieron presentes al momento de dar inicio a la recuperación.

La información obtenida durante la investigación logro darle respuesta a los interrogantes propuesto al inicio del proceso, uno de estos fue poder describir los sentimientos expresados por los pacientes frente al diagnóstico de guillan barre. Uno de los sentimientos más importantes para los informantes fue la fe ya que gracias a este sentimiento acompañado del apoyo familiar, los pacientes pudieron hacerle frente a su enfermedad y mostrar una recuperación satisfactoria. Aunque en algunos casos lo tomaron como un castigo divino, o una señal para transformar y mejorar su estilo de vida, porque algo estaba haciendo mal y así adoptar nuevos cambios en su diario vivir, también lo vieron como una manera por la que Dios se manifestó para mejorar su propio cuidado. De este mismo modo la desesperanza se presentó en la mayoría de los informantes en algún momento del proceso de recuperación, la impotencia de no poder caminar que tuvieran que depender de alguien que les ayudaran hasta en lo más esencial debido a la disminución de la

fuerza muscular; llevándolos a la pérdida de independencia para suplir necesidades básicas o fisiológicas esenciales.

El apoyo familiar influyo de forma directa en la rehabilitación al momento en que perdían la esperanza, impulsando sus deseos de superación y convirtiéndose en el pilar indispensable durante su recuperación y convirtiéndose en el incentivo para los informantes de querer vivir y salir adelante.

La experiencia más difícil expresada por los participantes es el hecho de ser una situación que apareció de improviso un evento inesperado; donde no entendían lo que estaba pasando, y cada uno busco la forma de superarla, considerando en algunos casos que tenían una obligación familiar por cumplir, o que era una batalla personal que tenían que afrontar, convirtiéndolos en personas más fuertes ante los demás. La mayoría concluyo que una enfermedad de este tipo es una situación de la cual las personas se recuperan, pero en el transcurso es muy difícil porque experimentan su propio duelo, aún estando acompañado de la familia,

Igualmente aparecen los cambios en los estilos de vida, en la forma de pensar que los lleva a alcanzar lecciones de vida más enriquecedoras para los pacientes; la mayoría de ellos expresaron que la enfermedad cambio su forma de pensar, ya no solo se preocupaban por ellos sino también por sus seres queridos y por todas las personas de su entorno, así mismo muchos de los informantes manifestaron que la enfermedad les hizo entender que debían cuidar su salud y estar más pendientes de los cambios de su cuerpo, afirmaban tener otra oportunidad para vivir y aprovechar a su familia, amigos y trabajo al máximo.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.who.int>. OMS [sede web]. Síndrome de Guillain barre. Febrero 2016 [acceso 24 de febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/>.
2. Boletín epidemiológico semanal. Instituto nacional de salud. Semana epidemiológica número 15 de 2016. (10 de abril – a6 de abril). [Acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2015.pdf>
3. Síndrome de Guillain Barre, sus estadísticas. Salud. El siglo de torreón. [Sitio web]. Marzo 1 de 2016. [Acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1201717.sindrome-de-guillain-barre-sus-estadisticas.html>.
4. Middleton, J. (2002). Psico-oncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad*.
5. Kitson, A. L., Dow, C., Calabrese, J. D., Locock, L., & Athlin, Å. M. (2013). Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis.

International journal of nursing studies, 50(3), 392-403. Consultado 12 abril de 2016.

6. Escudero-Carretero, M. J., García-Toyos, N., Prieto-Rodríguez, M. Á., Perez-Corral, O., March-Cerda, J. C., & Lopez-Doblas, M. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 6(1), 16-22.
7. Albújar-Baca PF. Cuando el médico es el paciente. *Acta Med Per*. 2015;32(3):164.
8. Revista Paula. [sitio web] cuando el medico se transforma en paciente. Entrevista. 15 de febrero de 2014. [acceso 16 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.paula.cl/entrevista/cuando-el-medico-se-transforma-en-paciente/>
9. RUBIO RICO, Lourdes et al. Vivir la UCI: diferentes perspectivas. **Cultura de los cuidados**, [S.l.], p. 55-66, jun. 2012. ISSN 16996003. Disponible en: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/158>>. Fecha de acceso: 16 marzo 2016.
10. Soláns, A. P. (2014). Historias de vida de deportistas paralímpicas argentinas. *Redes de Relaciones. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4(1). Recuperado de http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs_v04n01a04.
11. Solanes Ares, Lázaro Conxi, Castellanos Elisabeth, Serra Eduard, Blanco Ignacio. Neurofibromatosis tipo 2: La historia de Lidia. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Abr 13] ; 21(1-2): 77-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100017>.
12. Middleton, J. (2002). Psico-oncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad*.
13. Mejía Lopera M^a Eugenia. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2008 Sep. [citado 2016 Mar 16]; 17(3): 197-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es
14. Maximiliano e. korstanje .enfermar en el extranjero: la pesadilla de juan y maría en australia. *gran tour: revista de investigaciones turísticas nº 8 (julio-diciembre 2013) pp. 24-41 issn: 2172-8690*

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFP
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

ds

INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE BUCARAMANGA

Fabio Alberto Camargo-Figuera
Paola Andrea Soto Grimaldos
Universidad Industrial de Santander

RESUMEN

Objetivo: fue determinar la frecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales y su asociación con otras conductas en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga en el año 2007. **Materiales y métodos:** se realizó un análisis secundario de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (EMSE), utilizando los datos para la ciudad de Bucaramanga. **Resultados:** la prevalencia de inicio temprano de las relaciones sexuales fue del 21.4% (IC95% 18.6 - 24.1) y la prevalencia del no uso del preservativo en la última relación sexual fue del 41.6% (IC95% 36.8 - 46.4). Las siguientes variables presentaron una asociación estadísticamente significativa con el inicio temprano de las relaciones sexuales: sexo, edad, violencia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, problemas con el alcohol, consumo de drogas. Las asociaciones más fuertes fueron presentadas por el sexo, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el consumo de drogas. **Conclusión:** El inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga está asociado con otras conductas riesgosas para la salud, haciendo necesario el diseño de intervenciones integrales, intersectoriales y especiales para esta población.

Palabras Claves: Salud Escolar, Adolescente, Encuestas Epidemiológicas, Conducta Sexual, Salud Sexual y Reproductiva.

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, para Colombia la edad mediana a la primera relación sexual fue de 17.7 años entre las mujeres de 25 a 49 años mientras que para los hombres de la misma edad fue de 16.1 años, cifras para el año 2015, dos años menos comparados con los datos para el año 2010 (1). Esto indica que la mayoría de las personas inician relaciones sexuales durante la adolescencia, época de grandes cambios, tanto físicos como psicológicos, cambios asociados también a la ocurrencia de otros comportamientos de riesgo, como el consumo de drogas, alcohol y cigarrillo, que a su vez aumenta el riesgo de situaciones y experiencias relacionadas con la violencia de género o relaciones de poder que inhiban el auto-reconocimiento del adolescente y el establecimiento de un proyecto de vida.

Varios estudios demuestran que entre más temprana es la edad de inicio de las relaciones sexuales, mayores son los riesgos para la salud durante y después de la adolescencia (2,3), riesgos que van más allá de las enfermedades de transmisión sexual o el embarazo en la adolescencia. Por otro lado, en los últimos años se ha visto un aumento en el uso del condón en la última relación sexual por parte de población adolescente (1).

Es por esto que las estrategias, modelos de atención y planes de acción territoriales de intervención dirigidos a los adolescentes, requieren descubrir los escenarios de riesgo de este grupo etéreo, lo anterior redundaría en la toma de decisiones efectivas por parte de la institucionalidad.

Está claramente descrita la problemática de salud pública en esta población en relación a su salud sexual y reproductiva, la tarea es relacionar y evidenciar qué grupos predomina el inicio temprano de relaciones sexuales, a fin de esclarecer los hábitos o conductas que aumentan o protegen este comportamiento. La intervención para este tipo de problemas debe tener un abordaje multisectorial, donde salud, educación, medios de comunicación y familia participen.

El objetivo del presente estudio es el de determinar la frecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga en el año 2007. También, como un objetivo secundario tenemos evaluar la asociación que existe en esta población entre el inicio temprano de relaciones sexuales y otras conductas de riesgo y características sociodemográficas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para cumplir con estos objetivos se realizó un análisis secundario de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (EMSE), por sus siglas en español y GSHS, por sus siglas en inglés) utilizando los datos para la ciudad de Bucaramanga. Esta encuesta que para Colombia fue aplicada en cinco ciudades de Colombia durante el año 2007, tanto en colegios públicos como privados, a estudiantes de grados desde séptimo a décimo grado, es de gran utilidad porque permite contar con información sobre diversos aspectos de la salud en adolescentes escolarizados, entre las que se encuentra la medición de comportamientos relacionados con la salud sexual y reproductiva y otros factores de riesgo o conductas relacionados (4).

En el caso específico que nos interesa en el presente trabajo, para la ciudad de Bucaramanga, la encuesta buscaba representatividad tanto de colegios públicos como privados para el año 2007. Se realizó un muestreo bietápico por conglomerados. En una primera etapa fueron seleccionados los colegios de acuerdo a una probabilidad proporcional de la cantidad de estudiantes matriculados con los grados de séptimo a décimo. En la segunda etapa se realizó una selección de los cursos (salones de clase) en cada colegio por medio de un muestreo aleatorio simple. Todas las clases de cada colegio hicieron parte del marco muestral y todos los estudiantes de cada curso seleccionado eran aptos para participar en la encuesta.

La muestra incluyó la participación en la encuesta de un total de 20 colegios públicos y 8 privados, logrando un 93% de tasa de participación para los colegios de la ciudad, mientras que la tasa de participación de estudiantes fue del 86% (4)

para un total de 2093 estudiantes participantes de la encuesta para la ciudad de Bucaramanga.

Una vez obtenido el consentimiento del responsable del menor, los alumnos leyeron y diligenciaron sus respuestas de forma anónima y voluntaria en el mismo salón de clase. Para el presente análisis fueron tenidos en cuenta los módulos del cuestionario que contenía preguntas sobre: información demográfica, consumo de alcohol, actividad física, comportamiento sexual, violencia, tabaco.

Para el módulo de comportamiento sexual fueron usadas las siguientes preguntas: ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? ¿A qué edad tuvo usted relaciones sexuales por primera vez? La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, ¿usaron usted o su compañero un condón o preservativo? El inicio temprano de las relaciones sexuales fue definido como haber tenido relaciones sexuales a los 14 años o antes.

El análisis de los datos fue realizado, inicialmente, con la descripción de la muestra de estudiantes por sus características demográficas: edad, sexo, grado y como un indicador socioeconómico fue utilizada la pregunta ¿en los últimos 30 días sintió hambre porque no había suficientes alimentos en su hogar? En seguida fueron calculadas las prevalencias de inicio temprano de relaciones sexuales y uso del condón en la última relación sexual. Luego, para evaluar la relación entre el inicio sexual temprano y otros comportamientos de riesgo fue realizado un análisis bivariado calculando razones de prevalencia junto con sus intervalos de confianza del 95% para cada una de las variables relacionadas con comportamientos de riesgo y aquellas variables sociodemográficas para obtener razones de prevalencia ajustadas para variables como: víctima de violencia física, víctima de matoneo, participación en peleas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de alcohol problemático, consumo de drogas y actividad física. Todos los análisis fueron realizados en el paquete estadístico Stata 12, todos los análisis fueron realizados con el comando svy que permite tener en cuenta las ponderaciones necesarias debido a la complejidad del muestreo realizado.

RESULTADOS

Del total de 2093 adolescentes, el 47.1% (n=985) correspondieron al sexo femenino. En relación a las edades de los adolescentes, el 49.5% (n=1089) tenían entre 13 y 14 años, presentándose edades entre los 11 y 16 años. Y la distribución por los grados en que se encontraban fue homogénea: séptimo 26.8% (n=615), octavo 25.4% (n=640), noveno 25.1% (n=352) y decimo 22.7% (n=615). El indicador socioeconómico evaluado a través de la pregunta de “pasar hambre”, tenemos que el 24.2% (n=501) de los adolescentes refirió sentir hambre, en algún momento de los últimos 30 días, porque no había suficientes alimentos en el hogar.

Sobre la prevalencia de inicio temprano de las relaciones sexuales, vemos que el 21.4% (n=418, IC95% 18.6 - 24.1) de los adolescentes refirió haber iniciado las relaciones sexuales a los 14 años o antes. Al evaluar el uso del preservativo en la

última relación sexual entre quienes ya habían iniciado tempranamente las relaciones sexuales, vemos que el 41.6% (n=156, IC95% 36.8 - 46.4) refirió no usarlo.

En la Tabla 1 son presentados los resultados de las razones de prevalencia obtenidas del análisis bivariado, resultados que permiten conocer las variables y conductas asociadas al inicio temprano de las relaciones sexuales. Todas las variables presentaron una asociación estadísticamente significativa con el inicio temprano de las relaciones sexuales: sexo, edad, violencia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, problemas con el alcohol, consumo de drogas. Las asociaciones más fuertes fueron presentadas por el sexo, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el consumo de drogas, vamos a interpretar esta última, por ejemplo, aquellos adolescentes que han consumido algún tipo de droga en su vida tienen 3.3 veces mayor probabilidad de iniciar tempranamente sus relaciones sexuales, comparados con aquellos adolescentes que no han consumido drogas en su vida. No hubo una relación entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y el haber sentido hambre, ser víctima de matoneo y los físicamente activos.

Tabla 1. Asociaciones entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y variables relacionadas con conductas relacionadas con la salud y variables sociodemográficas. Encuesta Mundial de Salud del Escolar, 2007.

Variable	Razón de Prevalencia	Intervalo de Confianza 95%
Sexo		
Femenino	Referencia	
Masculino	2.5	1.8 – 3.4
Edad		
11-12 años	Referencia	
13-14 años	1.5	1.1 – 2.2
15-16 años	1.6	1.1 – 2.3
Hambre por insuficientes alimentos en el hogar*		
No	Referencia	
Si	0.9	0.7 – 1.1
Físicamente atacados una o más veces†		
No	Referencia	
Si	1.6	1.3 – 2.0
Participación en peleas físicas una o más veces†		
No	Referencia	

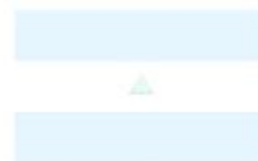
Si	2.4	2.1 – 2.7
Víctima de matoneo uno o más días*		
No	Referencia	
Si	1.3	0.9 – 1.6
Fuma cigarrillo uno o más días*		
No	Referencia	
Si	2.7	2.3 – 3.2

* En los últimos 30 días

† En los últimos 12 meses



ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBPE REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN L'NEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proyeccion_sociedad@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



Tabla 1 (Continuación). Asociaciones entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y variables relacionadas con conductas relacionadas con la salud y variables sociodemográficas. Encuesta Mundial de Salud del Escolar, 2007.

Variable	Razón de Prevalencia	Intervalo de Confianza 95%
Consumo de una bebida alcohólica uno o más días*		
No	Referencia	
Si	2.5	2.0 – 3.1
Ha tenido “borrachera” una o más veces en la vida		
No	Referencia	
Si	2.7	2.1 – 3.5
“Borrachera” que ha generado problema†		
No	Referencia	
Si	2.5	2.0 – 3.1
Ha consumido de algún tipo de droga‡		
No	Referencia	
Si	3.3	2.5 – 4.2
Han sido físicamente activo 60 minutos/día‡		
No	Referencia	
Si	1.3	0.9 – 1.8

* En los últimos 30 días

† Una o más veces durante la vida

‡ En todos los 7 días de la semana pasada

DISCUSIÓN

Se han encontrado importantes asociaciones entre algunas prácticas de riesgo y el inicio precoz de la vida sexual en adolescentes escolarizados. Se puede concluir que la mejor manera de contribuir a esta problemática es acompañando a los adolescentes y reconocer la sexualidad como parte del desarrollo humano, brindando los elementos necesarios para la toma de decisiones informadas y responsables, con base en la evidencia científica y no en conceptos religiosos, sin moralismos que separen las acciones de la realidad. De esta manera, se puede promover desde la infancia-pubertad el posponer el inicio de las relaciones sexuales en quienes no han comenzado y la protección o prácticas sexuales seguras en quienes ya comenzaron.

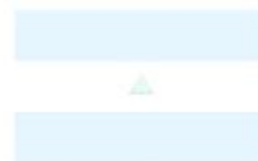
Los hallazgos demuestran que los adolescentes se deben considerar de una manera holística, ofreciendo información de calidad para sexualidad a través de estrategias integrales, que aborden todos los aspectos del adolescente que son relevantes en todos los ámbitos, sexual, mental, nutricional, emocional, etc. Estrategias como habilidades para la vida, proyecto de vida, autoestima, autoimagen, autoconcepto ofrecen al adolescente su reconocimiento y su proyección, su visión, y ofrece el empoderamiento necesario para el camino que debe trazar hacia sus metas, advirtiéndolo que encontrará obstáculos que no serán fáciles de superar siempre y cuando tenga claros sus objetivos.

CONCLUSIONES

El inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga está asociado con otras conductas riesgosas para la salud, empeorando la situación de salud actual y a futuro. Es importante la intervención intersectorial, intervenciones dirigidas también a todos estos factores de riesgo, intervenciones que también deben tener una estrategia especial, particular e individualizada dada las características de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PROFAMILIA. Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2010. Informe [Internet]. Bogotá: PROFAMILIA; 2016. 96 p. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
2. Baumann P, Bélanger RE, Akre C, Suris J-C. Increased risks of early sexual initiators: time makes a difference. Sex Health. septiembre de 2011;8(3):431–5.
3. Mårdh PA, Creatsas G, Guaschino S, Hellberg D, Henry-Suchet J, European Chlamydia Epidemiology Group. Correlation between an early sexual debut, and reproductive health and behavioral factors: a multinational European study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. septiembre de 2000;5(3):177–82.
4. Otero J, Pardo C, Piñeros M. Aplicación de encuestas a escolares para la vigilancia de factores de riesgo: experiencia operativa. Rev Colomb Cancerol. el 1 de enero de 2010;14(1):6–13.



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FIDE REFFRENCIA 800 (FORMATO RECAUDO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



CUIDADO DOMICILIARIO DE LAS ENFERMEDADES VÍRICAS TRANSMITIDAS POR VECTORES

Regina Cogollo Jiménez. Enfermera.
Universidad de Córdoba, Colombia

RESUMEN

Las enfermedades transmitidas por vectores ETV son trastornos causados por agentes patógenos, son prevenibles mediante medidas de promoción de la salud y protección fundamentadas. Según la Organización Mundial de la Salud OMS, representan más del 17% de las enfermedades infecciosas, cada año más de 1000 millones de casos y más de 1 millón de defunciones. **Objetivo:** Implementar acciones individuales, familiares y comunitarias para el cuidado domiciliario de las ETV en población vulnerable, mediante estrategias de promoción y prevención orientadas al autocuidado de Orem, contribuyendo a mejorar la salud desde el ámbito familiar. **Materiales y métodos:** Se desarrolló durante las prácticas formativas de Salud Familiar con 94 estudiantes de Enfermería de V semestre y 188 familias de estrato 0, 1 y 2 de Montería.

Se utilizó la Atención Primaria en Salud APS, teoría de autocuidado de Orem, proceso de Enfermería, visita domiciliaria y consejería para ETV. **Resultados:** Fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de ETV. Desarrollo de habilidades para la promoción del autocuidado de Orem. Aplicación del proceso de Enfermería en el cuidado de la Salud Familiar.

Identificación y modificación de factores de riesgo para ETV. Suministro de repelente y mosquitero a las familias. **Conclusiones:** Visibilización del cuidado en la familia y la comunidad.

Fortalecimiento de conocimientos y vivencias en la prevención de ETV.

Reconocimiento de la familia como agente de cambio para la prevención de ETV.

Palabras Claves: Cuidado domiciliario, Dengue, Virus Chikungunya, Virus Zika.

INTRODUCCIÓN

Cuidar es una clase de preocupación, por ello tiene elementos invisibles, intangibles, difíciles de contabilizar (1). Cuidar lo define Collière (2) como un acto vital, cuyo objetivo es, en primer lugar y por encima de cualquier cosa, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de esa forma trasegar contra la muerte.

Mientras que el Cuidador se basa en los aspectos instrumentales del cuidado (3), y de apoyo emocional al paciente, además de vigilancia médica, administración de medicación, manejo de síntomas y crisis médicas y operar tecnología como bombas de infusión, sueros intravenosos y ventiladores mecánicos (4).

Por lo que el cuidado humano debe ser permanente y estar ligado a su naturaleza y cotidianidad, a los modelos socioeconómicos y culturales imperantes y al

significado que se le ha dado a la salud, la vida y la muerte (5). De esta forma “todos o casi todos, cuidan y/o se cuidan”.

En la casa el cuidado es una actividad compleja que va más allá de realizar tareas de cuidado y actividades en el hogar (6).

El cuidado de Enfermería de familia o cuidado domiciliario se define como la asistencia de Enfermería con enfoque biopsicosocial centrada en la unidad familiar para ayudar a sus miembros a su autocuidado y a la consecución de mejores niveles de salud. El cuidado se da desde la familia, desde el domicilio o desde la consulta de Enfermería de AP (7), a través de un abordaje multidisciplinar, con enfoque biopsicosocial, en comunicación con los demás niveles asistenciales, y mantiene una relación de cercanía con el paciente y la familia del paciente.

En este cuidado se brinda la atención domiciliaria en el hogar y la familia que son elementos de gran importancia, juegan un rol preponderante en el bienestar y la promoción de la salud (8). La literatura usa los términos Enfermería domiciliaria (domiciliary nursing) y cuidado en el hogar o domiciliario (home care) sin hacer mayor distinción.

En el cuidado domiciliario (8) la familia juega un rol esencial, la participación de la familia en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como en el cuidado del enfermo es fundamental. El rol de la Enfermera domiciliaria en el cuidado domiciliario se relaciona directamente con la familia haciéndolos comprender la situación de salud y los invita a participar en el cuidado del paciente.

De igual manera, en el cuidado domiciliario (9) utilizando el espacio familiar y comunitario se posibilita el aprendizaje continuo y el intenso intercambio de experiencias.

Los servicios de Enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles (10).

Enfermería es una profesión eminentemente social (11) y se proyecta como la profesión del futuro, porque visiona al individuo como un ser multidimensional, sano o enfermo, auto organizado, participante y autor de su propia historia.

De esta manera, el cuidado de Enfermería como práctica social, se asocia a la inserción comunitaria o a las prácticas de inserción comunitaria y su significado está relacionado a la comprensión del contexto social del usuario, de la salud, de la familia y la comunidad.

La tendencia actual es promover en el ámbito de la salud el cuidado en el hogar, que actualmente está al alcance de quienes poseen un sistema especial de salud, que tienen seguros de salud privado o que, pueden financiar los gastos personalmente.

Las Enfermeras que brindan cuidado en el hogar tienen una relación positiva con la familia y al mismo tiempo hacen participar a éstos en el cuidado del paciente (12).

Según la Carta de Ottawa (13), la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorarla.

La promoción de la salud (13), se define como el conjunto de actividades encargadas de fomentar capacidades humanas, generar oportunidades para asumir estilos de vida, exigibilidad a las autoridades responsables, modificar los determinantes de la salud y desarrollar una cultura de la salud mediante: Formulación de políticas saludables - Movilización social - Empoderamiento social - Participación ciudadana - Orientación de los servicios - Educación en salud (14).

La Carta de Ottawa (13) identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

Abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales
Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud
Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad

Así mismo, la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, como la reducción de los factores de riesgo, también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (15). La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

La OMS señala que la Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (15). Tiene como objetivo mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella.

Respecto a la educación para la salud (16), comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

Por otro lado, las enfermedades transmitidas por vectores ETV (17) son trastornos causados por agentes patógenos en el ser humano, entre ellos los parásitos.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (18), representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas, cada año más de 1000 millones de casos y más de 1 millón de defunciones como consecuencia de Paludismo, Dengue, Zika, Chikunguña, Esquistosomiasis, Tripanosomiasis africana humana, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas, Fiebre Amarilla, encefalitis japonesa y oncocercosis. Más de 2500 millones de personas, en más de 100 países, corren el riesgo de contraer Dengue. Cada año, el Paludismo provoca más de 400 000 defunciones en todo el mundo, más en niños menores de cinco años.

El Dengue, la Enfermedad de Chikungunya y la Enfermedad por el virus Zika (19), son enfermedades que se extienden a gran velocidad, afectando a un porcentaje elevado de la población, se transmiten de persona a persona a través un virus de la picadura de mosquitos del genero Aedes.

Muchas de las enfermedades son prevenibles mediante medidas de promoción de la salud y protección fundamentadas.

Recomendaciones de la OMS para la prevención y control de las ETV (19):

Vigilar las viviendas cercanas a los lugares de cría de los mosquitos vectores. Reducir los depósitos de aguas naturales y artificiales para evitar criadero de mosquitos.

Aplicar insecticidas durante los brotes por vaporización, sobre las superficies de los depósitos o alrededor de éstos, para tratar el agua de los depósitos a fin de matar las larvas inmaduras.

Llevar ropa que reduzca al mínimo la exposición de la piel a los vectores. Aplicar repelentes a la piel o a la ropa (20).

Usar mosquiteros tratados con insecticidas MTI durante el día en niños, enfermos y ancianos.

Utilizar las espirales insectífugas y los vaporizadores de insecticidas en ambientes interiores.

Usar repelentes, pantalones largos y camisas de manga larga, o la instalación de mosquiteros en las ventanas en zonas de riesgo.

El “Cuidado domiciliario de las enfermedades víricas transmitidas por vectores” se desarrolló durante las prácticas formativas de Salud Familiar, es un aporte a la Proyección social en población vulnerable de estrato 0, 1 y 2 de Montería, con el fin de orientar el autocuidado de la salud de Orem, en el marco de la Atención Primaria en Salud APS.

La experiencia se desarrolló en escenarios reales, en ambientes familiares y comunitarios con la población sana o con problemas de salud, teniendo en cuenta la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores ETV.

Con el objetivo de implementar acciones individuales, familiares y comunitarias para el cuidado domiciliario de las enfermedades víricas transmitidas ETV en población vulnerable, mediante estrategias de promoción de la salud y prevención de las ETV orientadas al autocuidado de Orem, contribuyendo a mejorar la salud desde el ámbito familiar.

Pertenece al Grupo de investigación “Familia saludable” y a la línea de investigación “La salud en el contexto social” de la Facultad Ciencias de la Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

La experiencia “Cuidado domiciliario de las enfermedades víricas transmitidas por vectores” se desarrolló durante las prácticas formativas de Salud Familiar con estudiantes de Enfermería de V semestre en la asignatura Salud Colectiva III del Programa Enfermería de la Universidad de Córdoba, es un aporte a la Proyección social en población vulnerable de estrato 0, 1 y 2 de Montería, con el fin de orientar el autocuidado de la salud de Orem, en el marco de la Atención Primaria en Salud APS.

Teniendo en cuenta los ambientes familiares y comunitarios en la población sana o con problemas de salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores ETV.

Se utilizaron estrategias de intervención de educación para la salud para orientar sobre ETV y su prevención.

Consejerías sobre las recomendaciones para la prevención de ETV de Dengue, la Enfermedad de Chikungunya y la Enfermedad por el virus Zika (21, 22):

Eliminación de las zonas de cría cercanas al domicilio del caso confirmado, por lo que se contactará con las autoridades sanitarias y medioambientales.
Descanso domiciliario sin un aislamiento estricto del paciente.

Uso de repelentes apropiados. Los repelentes deben aplicarse 30-60' después de las cremas solares y evitar el contacto con mucosas (20).

Vestir ropa adecuada: Se deben minimizar las zonas del cuerpo expuestas vistiendo camisas de manga larga y pantalones largos. Se recomienda usar calcetines y calzado cerrado en vez de sandalias. Vestir ropa de color claro atrae menos a los mosquitos, también la impregnación con permetrina al 10-20% o el uso de ropa ya tratada. Se desaconseja el uso de ropa oscura o con estampados florales, jabones aromatizados, perfumes o aerosoles para el pelo, ya que pueden atraer insectos.

Aire acondicionado: es un medio muy efectivo para mantener fuera de la habitación mosquitos siempre que la habitación no tenga grietas alrededor de las puertas o ventanas. En los lugares con aire acondicionado no es necesario tomar otras precauciones en el interior.

Mosquiteras en puertas y ventanas: Las mosquiteras colocadas en puertas y ventanas reducen la exposición a insectos voladores.

Mosquiteras para dormir: Cuando no se dispone de aire acondicionado o mosquiteras en puertas y ventanas se recomienda usar mosquiteras que cubran el área de la cama para evitar picaduras durante las horas de sueño. Las mosquiteras deben ser resistentes y tener una trama con orificios menores a 1.5 mm. Existen mosquiteras tratadas con repelentes cuya eficacia es mucho mayor cuyo efecto puede durar varios meses si no se lavan.

Mosquiteras para cunas y cochecitos de bebés: son muy útiles ya que los menores suelen dormir más horas al día y en muchas ocasiones fuera de casa. Existen también mosquiteras adaptadas para hamacas y tela mosquitera para añadir a tiendas de campaña.

RESULTADOS

La experiencia en ambientes familiares y comunitarios permitió:

Visibilidad del Cuidado.

Aplicación del proceso de Enfermería en el Cuidado de la salud.

Desarrollo de habilidades para la promoción del autocuidado de Orem y el mantenimiento de la salud.

Fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores ETV.

Identificación y modificación de factores de riesgos para la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores ETV.

Utilización de la visita domiciliaria y consejería.

Intervención educativa para la salud para orientar sobre ETV.

Diseño y distribución de material educativo sobre ETV en las familias.

Demostraciones prácticas en talleres.

Observación y recorrido por la vivienda y calles aledañas.

Acompañamiento con intervenciones de eliminación de inservibles y criaderos de vectores.

Suministro de repelente y mosquitero tratado con insecticida MTI a las familias.

Entrega de informe escrito de las actividades realizadas.

CONCLUSIONES

El cuidado domiciliario es de gran importancia en la salud pública, por lo que debe ser incorporado en los programas de formación de los profesionales de la salud.

Los estudiantes de Enfermería formados en Salud familiar aportan a mejorar las condiciones de la población sujeto de cuidado.

Las visitas domiciliarias de monitoreo y evaluación familiar fortalecen la aplicación de las buenas prácticas y el apoyo familiar.

El Cuidado domiciliario de las enfermedades víricas transmitidas por vectores:

Visibiliza el Cuidado en la familia y la comunidad.

Fortalece los conocimientos, experiencias y vivencias en la promoción de la salud y prevención de las ETV.

Vincula las prácticas formativas de Salud Familiar en escenarios reales.

Fortalece la estrategia docencia - asistencial.

Reconoce a la familia el rol de principal agente de cambios para lograr la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores ETV.

Promueve en la familia y la comunidad la autogestión en el proceso de salud – enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De la Cuesta Benjumea C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Invest. educ. enferm. Medellín, 2009; 27(1).

Collière, MF. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGraw Hill-Interamericana. Madrid, 1997. p. 1-87.

Nolan M, Grant G, y Keady J. Comprender el cuidado de la familia: un modelo multidimensional de cuidado y afrontamiento. Open University Press. Buckingham, 1996; 8p.

Wilkinson M, Lynn J. Cuidado de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Tech Reg Anesth Pain Manage. 2005; 9: 122-32.

Rivero Martínez N. y cols. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. [citado enero 2017]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012&lng=es.

Jansson W, Nordberg G, Grafström M. Patrones de cuidado de ancianos en el cuidado de la demencia: un estudio observacional. J Adv Nurs. 2001; 34: 804-12.

Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria. Edita FAECAP. España, 2008.

Orb A, Santiagos A. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una perspectiva de la atención privada. Cienc. Enferm. Concepción, 2005; 11(1): 9-15.

Winslow W. Experiencias de los cuidadores familiares con servicios comunitarios: un análisis cualitativo. Enfermera de Salud Pública. 2003; 20: 341-48.

O.M.S. Organización Mundial de la Salud Comité de Expertos en Enfermería. Declaración Los servicios de Enfermería orientados a la salud de la familia. Ginebra, 1974. Allí los cuidados de Enfermería tienen una doble vertiente: asesoramiento y apoyo a las familias.

Santos Falcón GC, Erdmann AL, Backes DS. Significado del cuidado en la promoción de la salud. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16 (3): 419-24.

Stein Backes D, Lorenzini Erdmann A, Büscher A. Colocando en evidencia el cuidado de Enfermería como práctica social. Rev Latino-am Enfermagem Brasil, 2009; 17(6): 61-7.

WHO/HPR/HEP/95.1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra, 1986. [citado enero 2017]; Disponible en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>.

WHO World Health Organization. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra, 1998.

OMS Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos. Ginebra, 1984.

OMS Organización Mundial de la Salud - AMPRO/PAHO. Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación. Washington, 1996.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. EGI – ETV. Bogotá, 2013.

OMS Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores. Nota descriptiva N°387. Bogotá, 2016.

Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

IS

Arranz Izquierdo J, Pérez Escanilla F, Linares Rufo M. Guía de manejo en Atención Primaria de pacientes con Dengue, Chikungunya y Zika. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Madrid, 2016.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios marzo de 2016. Listado de repelentes de insectos de uso humano para mosquitos del género Aedes. [citado enero 2017]; Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cosmeticosHigiene/cosmeticos/docs/listado-repelentes-insectos-virus-Zika.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Vigilancia Entomológica y Control vectorial de Dengue, Bogotá, 2011.

Salas Botero D, Bocanegra D. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Chikunguña. Instituto Nacional de Salud INS. Bogotá, 2016.



ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y provección: soci@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



CRIANZA EN ENTORNOS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Doris Amparo Parada Rico
Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

El **objetivo** del trabajo es presentar la reflexión de las experiencias de crianza llevadas a cabo a través del tiempo en diferentes contextos frente a la prevención de infecciones en niños y niñas, especialmente en eventos transmitidos por vectores. **Materiales y métodos:** se realiza la búsqueda de artículos en bases de datos indexadas y documentos que indagán sobre la infancia, la crianza, enfermedades transmitidas por vectores, así como su forma de prevención en diferentes momentos históricos. **Resultados y discusión:** La crianza como un proceso sociocultural, histórico (1) y ontológico (2) lleva implícita una serie de representaciones sobre el cuerpo infantil, la infancia, el sujeto, el ciclo de vida, la familia y los vínculos sociales. (1, 3). En ese sentido se halla que la infancia es un sentimiento que emerge de acuerdo al momento histórico como lo refiere Ariès, (4) y que permite la emergencia de nuevas crianzas, las cuales a su vez integran nuevas formas de cuidado. Frente a las enfermedades transmitidas por vectores existen realidades diversas en la multipluralidad de contextos, en las cuales el cuidado y prevención está enlazado a la cultura y a situaciones sociales. **Conclusiones:** Es necesario realizar indagaciones acerca del cuidado en la prevención de enfermedades transmitidas por vectores contextualizadas que apunten al diseño de políticas públicas incluyentes y pertinentes. Hacernos la pregunta ¿estamos de nuevo frente a una infancia en abandono clasificada como propiedad de un Estado que desconoce de alguna manera sus contextos, prácticas y necesidades reales?.

Palabras Clave: Crianza del niño, relaciones padres-hijo, vectores de enfermedades, control de enfermedades transmisibles (Fuente: DecsBireme)

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de cuidado infantil pueden considerarse como producto de la construcción de saberes y prácticas por parte de los distintos conjuntos sociales y como emergentes estructurales de las condiciones históricas de una sociedad dada (Singer, 1990). De esta manera, se perciben prácticas de crianza “otras” o diferentes a las que se consideran hegemónicas y como un patrón, en las que hay elementos que responden a opciones culturales, pero también otros que derivan de la pobreza y la vulneración de sus derechos (Colangelo, 2014).

Además de lo anterior la evidencia demuestra la interacción bidireccional que existe en la socialización no sólo de niños y niñas en zonas desarrolladas, sino de la niñez en sociedades indígenas (Cohn, 2000; Nunes, 1999; Szulc, 2006), las cuales han replanteado el análisis de la crianza y de la socialización, mostrando que el niño no es un receptor inmaduro ni pasivo de un producto social acabado y generado sólo por los adultos, sino un actor social que participa activamente en su

propia inserción en la vida social y en la producción de cultura, construyendo sentidos y relaciones sociales a partir de su vivencia e interacción (Colangelo, 2014).

En ese sentido hay que realizar una travesía a través de la historia reconociendo las diferentes concepciones de infancia, crianza y de los cuidados que se dan de acuerdo a las mismas. En el año 1430, por ejemplo los niños eran considerados yugos, Los adultos no veían ternura en los niños, solo les producían temor y fobia, los padres disponían de ellos como quisieran. En 1530 los niños fueron considerados malos por naturaleza siglo xv, y como un sujeto de castigo y maltrato corporal. En la edad media, se inician los intereses por los niños y niñas, y emergen conceptos de infancia que van diferenciando como una etapa etaria desde los siete años y hasta los 21 años de la adolescencia.

El historiador francés Philippe Ariès (1973, 1986, 1987) hace visible el cambio en la actitud de los adultos frente a la infancia en el curso de la historia, demostrando como aparece “el sentimiento de la infancia”. Así mismo Lloyd DeMause (1991) realiza una clasificación por etapas de la historia de la infancia en las cuales deja claro como desde la concepción del adulto por lo que hoy se reconoce como niño, se va haciendo unas determinaciones y universalizaciones que implican rudeza, crueldad, amor y afecto de acuerdo a su época.

Se reconoce entonces las siguientes etapas señaladas por Lloyd de Mause (1991): Infanticidio- en la que se suponía que el niño no tenía alma y podía eliminarse por cualquier causa (Antigüedad-siglo VI), posteriormente aparece la etapa de Abandono (Siglos IV-XIII), en la que los niños eran dejados en orfanatos cuando no se deseaba tenerlos encasa por enfermedades o simplemente porque no deseaba tenerlo.

A los hospicios eran llevados los niños abandonados que nadie quería criar, los cuales estaban al cuidado de una dama de cría cuya función principal tenía que ver con la alimentación y donde se carecía de todo lo demás. Lo que se hace evidente en Colombia en la Casa de los Niños Expósitos de la ciudad de Santafé, la cual abrió sus puertas el día 11 de diciembre de 1642. Florentina Mora, quizás una de las funcionarias pioneras al servicio del Estado colonial, asumió el cargo de Madre de dicho establecimiento.

Sucede a esta etapa, la Ambivalencia (siglo XIV-XVII), Como el niño, cuando se le permitía entrar en la vida afectiva de los padres, seguía siendo un recipiente de proyecciones peligrosas, la tarea de éstos era moldearlo. No hubo imagen más popular que la del moldeamiento físico del niño, al que se consideraba como cera blanda, yeso o arcilla a la que había que dar forma, lo cual se evidencia incluso en sus vestimentas. El período comienza aproximadamente en el siglo XIV, en el que se observa un aumento del número de manuales de instrucción infantil, la expansión del culto de la Virgen y del Niño Jesús y la proliferación en el arte de la “imagen de la madre solícita”.

Luego la época de la Intrusión (Siglo XVIII) en la cual nace la pediatría, mejora general de los cuidados por parte de los padres, redujo la mortalidad infantil; posteriormente aparece la Socialización (Siglo XIX- mediados del XX). Y finalmente se presenta la denominada etapa de Ayuda (comienza a mediados del siglo XX). (*The History of Childhood*. (1976), psychohistory.)

De otra parte, con respecto al cuidado, puede verse como la cultura integra elementos relevantes que son tenidos en cuenta por las poblaciones y que permean las acciones de acuerdo al momento histórico. En Colombia por ejemplo, se puede ver el caso de Louis, nacido en 1601, al cual *le lavan la cabeza por primera vez (y con infinitas precauciones) al mes y medio de haber nacido. El primer baño completo lo tomó a los 7 años. Las costras, úlceras, irritaciones que acumulaban las criaturas de pecho bajo su indumentaria eran numerosísimas pero la suciedad y las excreciones -se decía- poseían un valor protector: Encima de la cabeza, ya abundantemente protegida por gorros, las madres y nodrizas mantienen, preservándola, una capa de grasa que llaman el "sombbrero" y destinada a proteger la parte superior del cráneo. Creen igualmente en las virtudes benefactoras y protectoras de la orina para los muslos del bebé; por esta razón simplemente se contentan con dejar que se sequen los pañales empapados de orina sin lavarlos (...). La suciedad corporal posee en las prácticas populares una función simbólica: forma parte del cuerpo frágil e inacabado del niño ni más ni menos que los pelos y las uñas.* (Bocanegra, 2007).

Hay otro elemento importante de señalar con relación a los pobres y a otros sectores, la precariedad habitacional de la población. Familias enteras vivían en cuartos muy reducidos y poco ventilados, compartían la misma cama, cocinaban y se aseaban en el mismo espacio. No existía el concepto de privacidad y no había un espacio propio para los niños, lo cual los llevó a compartir expresiones de amor, violencia, gritos entre sus padres. Fue así como Nicolás de la Cruz, el hijo de trece años de Mónica de la Cruz denunció a su padrastro el zapatero Domingo Calvo de las heridas que éste causó a su madre y que la llevaron a la muerte, dijo “que éste antes de colgarla de una pierna y suspenderla en el aire, sacó a los hijos del lugar cuando intentaban defenderla, olvidando sacar al más pequeño que apenas caminaba” (AGN, Santafé de Bogotá. Colonia, Juicios Criminales, 1780, Tomo 16, folios 23 – 84). (Bocanegra, 2014).

De esta manera no es solamente la cultura, sino las condiciones sociales de cada población en cada momento histórico se aúnan para delinear unas formas de cuidado que pueden ser diversas y contener otras realidades que no se conocen. Nuestro entorno Colombiano integra una nación multicultural por su diversidad étnica, rica en creencias y tradiciones. En ella se encuentran los pueblos indígenas, afrocolombianos, incluidas las comunidades raizales de San Andrés, la de San Basilio de Palenque, el pueblo Rom o gitano y otros... (Rodríguez et al., 2012). Esta pluridiversidad connota además ciertas prácticas de cuidado diversas que deben reconocerse, especialmente las que tienen que ver con el cuidado de niños y niñas.

De este modo, prácticas y representaciones diferentes sobre la niñez y la crianza, gestadas desde distintos grupos sociales podrán tornarse en aportes valiosos para la elaboración de prácticas de atención de la salud que pretendan responder a la compleja realidad a la que se dirigen. En ese sentido las experiencias relacionadas con el cuidado y la crianza en entornos con presencia de vectores, deben ser reconocidas para su identificación y promoción de hábitos de vida saludable, preservando costumbres y evitando el desarraigo de las culturas y creencias de cada comunidad, pero verificando que promuevan a su vez una mejor calidad de vida.

Con respecto a enfermedades transmitidas por vectores en las Américas, en un marco epidemiológico se calcula que casi 1,6 millones de niños en edad escolar necesitan medicación preventiva para esquistosomiasis, cerca de 500 millones de personas se encuentran en riesgo de dengue y 145 millones en riesgo de contraer Malaria en la región; 4 de los 10 países del mundo donde se registra el 75% de los casos globales de leishmaniasis cutánea, son de las Américas: Brasil, Colombia, Perú y Nicaragua. Desde 2000 a 2013, más de 1.100 casos confirmados por laboratorio fueron reportados en las Américas de fiebre amarilla. Todos estos datos estadísticos, no pueden ser más graves que cuando se identifica que el 99% de muertes evitables de niños y niñas ocurren en Asia, África y América Latina. (OMS, 2015)

La normatividad colombiana en relación al cuidado y prevención de enfermedades transmitidas por vectores ha generado lineamientos como por ejemplo, la Circular 03 del 8 de enero de 2016 del Chocó, en la cual se hace la siguiente referencia: *“Ante el aumento de casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el departamento del Chocó, se solicita intensificar acciones de promoción, prevención y control para el evento de EDA, así como la vigilancia para la oportuna identificación e intervención de casos. Por lo tanto se debe:*

Sensibilizar y capacitar a padres y cuidadores, a promotores de salud, jaibanás y médicos tradicionales en la estrategia AIEPI. ...

Esta circular puede plasmar la intención de cuidar a un grupo de población a través de sus líderes y cuidadores relevantes, sin embargo surge la pregunta: ¿cómo acercarse a las realidades culturales, creencias y rituales de una población, cuando en ocasiones no se ha despojado el personal de salud de prevenciones y aprehensiones que nacen desde una mirada universalista y homogeneizante de lo que para el significa cuidado?. ¿Cómo aportar a esta población teniendo en cuenta el respeto por sus creencias y cultura?.

MATERIALES Y MÉTODOS

A través de revisión sistemática en bases de datos como ScienceDirect, Scopus, Dialnet, Pubmed, Proquest, adolec; se indagó información en español, inglés y portugués de los últimos cinco años con las palabras clave: crianza, normativas para el control de vectores, cultura, prevención de enfermedades transmitidas por vectores; esta revisión retomó 50 publicaciones con los aspectos señalados.

RESULTADOS

Lejos de concebirse las experiencias de crianza como procesos con características universales, el equipo de salud debe reconocer “otros” modos de criar a los niños que no se ajustan a las pautas propuestas. Es decir, entender la diferencia y crear estrategias de acercamiento a una población diversa.

Cada una de las acciones cotidianas puestas en práctica para criar a un niño - alimentarlo, asearlo, vestirlo, hacerlo dormir-, por más insignificante o rutinaria que parezca, lleva implícita toda una serie de representaciones y clasificaciones sobre la niñez y el cuerpo infantil (Colangelo, 2014). Este proceso constituye una experiencia social y culturalmente mediada: no se correlaciona necesariamente con los procesos biológicos de concepción o nacimiento, ni empieza y termina en todas las sociedades al mismo tiempo. La constitución de una persona puede ser un proceso muy largo y trabajoso, que no termina hasta varios meses después del alumbramiento y que implica ciertas reglas estrictas o determinados rituales para poder ser llevado a cabo con éxito. De esta manera, junto con los cuidados corporales, es necesario considerar el papel que los cuidados rituales desempeñan en la crianza de un niño, haciendo de ésta un proceso que es tanto material como simbólico. (Colangelo, 2014).

DISCUSIÓN

Es necesario hacernos esta pregunta y permitir el “epojé”, es decir la suspensión de los criterios que hemos aprendido desde nuestra formación profesional en la cual los algoritmos, la relación de causa efecto, la concepción de la salud con la fragmentación de cuerpo mente ha priorizado; para acercarnos de manera más acorde a las realidades de nuestra población, de nuestras culturas que son ricas en tradiciones y que pueden aportar a las estrategias diseñadas.

En ese sentido debemos repensar si ¿Se continuará en el diseño de estrategias de manera homogeneizante o se tendrá en cuenta la particularidad de las regiones y los determinantes sociales que rodean a la población de niños y niñas? ¿Se respetarán las costumbres, creencias y rituales?... ¿Hasta dónde?

CONCLUSIONES

Es necesario realizar indagaciones acerca del cuidado en la prevención de enfermedades transmitidas por vectores que apunten al diseño de políticas públicas incluyentes y pertinentes de acuerdo a las necesidades reales de la población.

De nuevo aparece una pregunta y es finalmente pensar, ¿si estamos frente a una infancia clasificada nuevamente en abandono o en propiedad?. Esta pregunta tendremos que desarrollarla junto a otros profesionales dl equipo de salud y bajo una visión que respete la diferencia y contenga la inclusividad.

Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

Universidad Francisco
de Paula Santander



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. María Adelaida Colangelo (2014). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada (Buenos Aires).
2. Otálvaro **JC.**, Peñaranda F, Bastidas M, Torres N, Trujillo J. La crianza en una población vulnerada: más allá de los discursos institucionales. *Etnográfica* [Online], vol. 20 (2) | 2016, Online desde 29 Junho 2016, consultado em 06 Março 2017. URL : <http://etnografica.revues.org/4282> ; DOI : 10.4000/etnografica.4282
3. Bocanegra EM. Las prácticas de crianza entre la colonia y la independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. *Rev. latinoam.cienc.soc.niñez juv* 5(1): 2007 www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html
4. Ariès, P. História social da criança e da família. Editora Guanabara, Rio de Janeiro (primera edición en francés: 1973).
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Colombia. Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia 2010-2014. [Internet]. 2015 Disponible en: <http://www.unicef.org.co/sitan/assets/pdf/sitan.pdf>
6. Marín AL, Palacio MC. La crianza y el cuidado en primera infancia: un escenario familiar de inclusión de los abuelos y las abuelas. *Trabajo Social* [Internet]. 2016 ; 18): 159-176. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/58583>

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS

\$ 60.000

EGRESADOS UFPS

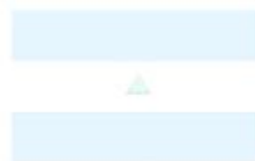
\$ 110.000

ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES

\$ 70.000

PROFESIONALES

\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO RECAUDO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: social@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



DETERMINACIÓN DE LA INHIBICIÓN QUORUM SENSING POR LA VARIANTE LACTONASA 852 SOBRE LA PRODUCCIÓN DE BIOPELÍCULAS EN BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIDROGORESISTENTES

Johana Alexandra Gallardo Castro
Universidad de Santander

RESUMEN

La regulación de la expresión génica asociada a la producción de biopelículas en bacterias Gram negativas es mediada por *Quórum Sensing* (QS). Estudios previos han demostrado la degradación de señales QS de la variante lactonasa₈₅₂ y la atenuación en infecciones producidas por *Pectobacterium carotovorum*, pero se desconoce el efecto sobre la producción de biopelículas en bacterias Gram negativas multi-drogo resistentes. En este estudio, se pretende estudiar la inhibición de señales QS y la formación de biopelículas en bacterias Gram negativas con multi resistencia antibiótica empleando la variante lactonasa 852. Se estudiarán cepas provenientes de muestras clínicas las cuales han sido previamente aisladas, identificadas, con patrón de resistencia antibiótica conocido. Se les evaluará la producción de señales acil homoserina lactona (AHL) y se cuantificará mediante el biosensor *Chromobacterium violaceum* (CV026); y se determinará la formación de biopelículas mediante la técnica micro titulación en placa. Las cepas que produzcan señales y formen biopelículas se someterán a estudios de inhibición QS con la variante lactonasa 852. Como resultado se espera que las señales AHL en bacterias Gram negativas resistentes antibióticos sean interrumpidas y se logre debilitar la estabilidad de las biopelículas, como una primera aproximación al control de la resistencia antibiótica.

Palabras Claves: Bacterias, Biopelículas, multidrogoresistencia, Quórum Sensing, Quórum Quenching.

INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud (OMS) la resistencia antibiótica incrementa progresivamente los costos médicos, la estancia hospitalaria y la mortalidad. Se estima que solo en la Unión Europea las bacterias farmacorresistentes causan cada año 25 000 muertes y generan un costo de US\$ 1500 millones en gastos sanitarios (OMS 2015); esta institución recomienda urgentemente prácticas en la prescripción y manejo de antibióticos. Aunque se desarrollen nuevos medicamentos, si no se modifican los protocolos actuales, la resistencia a los antibióticos seguirá representando una grave amenaza. (OMS 2015).

Las bacterias Gram negativas de ambiente hospitalario, se han caracterizado por ser un grupo muy propenso a desarrollar resistencia antibiótica, esto se debe a las falencias del personal, en cuanto a la formulación, el tiempo, la duración y el escalonamiento oportuno del antibiótico, estas acciones ocasionan que las bacterias se vuelvan resistentes; por ejemplo, *Acinetobacter baumannii* desarrolla fácilmente resistencia a antibióticos, influenciada por el potencial genético para

transportar y transferir diversos clones resistentes, que ocasionan una rápida propagación y persistencia a través de la formación de biopelículas, esto mediado por regulación del sistema de comunicación celular Quórum Sensing (Prashanth et al., 2012).

La regulación de la expresión génica asociada a la producción de biopelículas y factores de virulencia en bacterias Gram negativas es mediada por QS (Hammond et al., 2015).

Las bacterias resistentes antibióticos tienen vías de señalización que modulan el desarrollo de biopelículas que conllevan la virulencia, patogenicidad y resistencia antibiótica. Ocasionando el difícil tratamiento oportuno con antibióticos y creando diversos patrones de resistencia y un aumento en la mortalidad intrahospitalaria.

En Colombia, se ha presentado de forma significativa niveles de resistencia hasta el 37,1% a imipenem (carbapenémicos) en 2009 y 98,8 % a meropenem en aislamientos provenientes de unidades de cuidados intensivos en 2012 de *Acinetobacter baumannii* (Vanegas et al., 2015). A su vez, en Medellín, se observó un aumento del 28 al 35 % en la resistencia a meropenem y del 27 al 34 % a imipenem entre 2010 y 2012. Así mismo, se ha reportado la circulación en el país del gen blaOXA-23, relacionado con una resistencia elevada de *A. baumannii* a los carbapenémicos (Vanegas et al., 2015).

Se ha demostrado la degradación de señales QS a través de enzimas, como lactonasas, que hidrolizan el anillo lactona de las señales AHLs, interfiriendo la comunicación celular (Michael et al., 2016). El grupo de investigación de Biología Molecular y Biotecnología de la Universidad de Santander desarrolló mediante evolución dirigida una lactonasa variante 852, la cual ha demostrado capacidad de atenuar infecciones producidas por *Pectobacterium carotovorum*, controlando el proceso de pudrición blanda en modelos vegetales (Flórez et al 2014), estudios preliminares han demostrado que tiene efecto sobre la acumulación de señales AHLs en cultivos in vitro de *Pseudomonas aeruginosa* PAO1, sin embargo no se ha determinado si tiene efecto sobre la producción, desarrollo y estabilidad de biopelículas en bacterias Gram negativas multidrogorresistentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Es un estudio experimental de componente analítico, prospectivo donde se maneja 2 grupos de casos: casos de control y caso experimental.

Materiales y Equipos

REACTIVOS	EQUIPOS
LB	incubadora
Bacterias Gram negativas	vórtex

Enzima purificada 852	centrifuga
C8-HSL	Cámara de flujo laminar
Kanamicina	pipeta
CV026	micropipeta
SDS	Horno microondas
Agar LB	Sistema purificación agua (destilador)
cristal violeta	NanoDrop ND- 2000
Alcohol etílico	Nevera
Butanol	Balanza
glicerol	autoclave

Microorganismos

Las cepas utilizadas en este estudio se han obtenido de la clínica San José Cúcuta por el periodo de un año (2016 – 2017), se recolectaran bacterias Gram negativas con un patrón de sensibilidad y resistencia a antibióticos, test de Hodge positivo productoras de carbapenemasa, estas bacterias son aisladas a través de diversos cultivos como secreción bronquial, hemocultivo, urocultivo, liquido pleural, líquido cefalorraquídeo, liquido peritoneal, hisopado rectal entre otros, estos cultivos son aislados de pacientes que se encuentran hospitalizados en los diferentes servicios de atención como: urgencias, cirugía, unidad de cuidado intensivos adulto – quirúrgica - pediátrica – neonatal y hospitalización adulto, pediátrica. La información de resistencia y sensibilidad antibiótica de cada bacteria, es obtenida por el antibiograma del cultivo y su respectiva información de la historia clínica.

Se utilizara el biosensor *Chromobacterium violaceum* CV026, donada por el ICGEB -Italia (Dr. Vittorio Venturii) para la detección de señales AHL en las bacterias Gram negativas, así también se usara C8-HSL como control de detección; para los ensayos de *Quórum Queching* (QQ) se usará la lactonasa purificada 852 Todas las anteriores mencionadas hacen parte de la colección de sensores, cepas, y proteínas del Laboratorio de Biología Molecular y Biotecnología de la Universidad de Santander

Procedimientos

a. Detección de AHL en las bacterias Gram negativas

Para la detección de AHL en bacterias Gram negativas se utilizara, el biosensor (CVO26 que produce un pigmento violeta (Violaceína) en presencia de HSL.

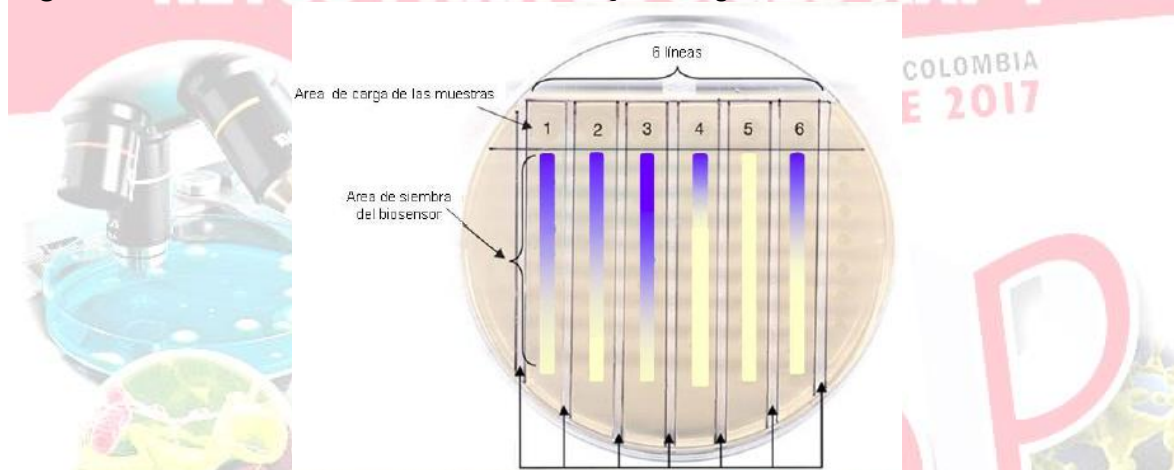
Para todos los ensayos se realizará una activación previa que consistirá en cultivar las cepas a estudiar, durante toda la noche en 5ml de caldo LB sin antibiótico a 37°C con 200rpm, a su vez, se colocará a crecer el biosensor CV026 en 5 mL de caldo LB con Kanamicina (100µg/mL) durante toda la noche a temperatura ambiente, sin agitación.

En simultánea en cajas de Agar LB suplementado con Kanamicina (100µg/mL) se realizarán cortar 6 carriles de 1cm de grosor con 5mm de separación, como se observa en la **Figura 3**.

Una vez concluidas las incubaciones se toman las cepas a evaluar, se centrifugan a 8000 rpm durante 20 minutos y se sirven 20 μ L en la parte superior de cada una de las líneas realizadas en la caja de petri. Se toma el biosensor y con un asa de argolla se realiza una estría bajo cada una de las muestras colocadas previamente (**Figura 3**) se dejará en incubación a temperatura ambiente por 3 días.

La interpretación corresponde a la presencia o ausencia de pigmentación. Si hay pigmentación se representa con (+) e identifica la presencia de AHLs.

Figura 3: metodo de difusion de señales QS en agar



Fuente: (Rueda et al., 2009)

b. Cuantificación de violaceína

Se tomarán las cepas a estudiar y se cultivarán en 5 ml de caldo LB a 37°C con 200RPM durante 12 horas. Aparte en 5 ml de caldo LB con Kanamicina (100 ug/mL) se cultivará el biosensor CV026 durante la noche.

Para la medición de violaceína se realizará el protocolo descrito por (Blosse et al., 2000), brevemente: trascurridas las incubaciones iniciales las bacterias Gram negativas cultivadas se centrifugarán a 7000 rpm por 15 minutos, se tomarán 20 μ L del sobrenadante obtenido y se inocularán en un nuevo cultivo junto a 20 μ L del biosensor CV026 en 5ml de caldo LB (Kanamicina100ug/mL). Se incubarán durante toda la noche a temperatura ambiente. Acto seguido, se tomarán 200 μ L del cultivo, Luego se mezclará con vórtex y se transfirieren a un tubo de micro centrifuga al que se le adicionarán 200ul de SDS al 10%, se mezclará con vórtex por 5 segundos y se incubará a temperatura ambiente durante 15 minutos. Pasada la incubación, se adicionarán 900 μ L de butanol saturado con agua (proporción 1:1) nuevamente se mezclará con vórtex por 5 segundos y se centrifugará a 13.000 rpm durante 5 minutos. Se tomará 1 μ L del sobrenadante obtenido y se cuantificará violaceína a OD₅₈₇ en el NanoDrop ND- 2000. Los controles se tratarán bajo las mismas condiciones que las muestras; como control positivo de pigmentación se utilizará C8HS. Cada ensayo se realizará por triplicado

c. Atenuación de las señales AHL en bacterias Gram negativas

Se toman las cepas a estudiar y se cultivan en 5 ml de caldo LB a 37°C con 200RPM durante 12 horas.

Luego, se centrifugan los cultivos a 7000rpm durante 15 minutos. Se toman 500µl del sobrenadante y se llevan a un tubo eppendorf donde se le adicionarán 3µl de la enzima purificada 852. Este sobrenadante se lleva a incubar a 37°C con 200rpm durante 60 minutos. Transcurrido el tiempo se lleva a cabo el protocolo de cuantificación de violaceína. Los controles para este ensayo son: CV026+ Sobrenadantes de interés sin tratar con lactonasa 852

CV026+ Lactonasa 852 sola

CV026+C8-HSL

CV026+ C8HSL+Lactonasa 852

d. Cuantificación de la estabilidad de biopelículas en la placa de micro titulación

Para la cuantificación de biopelículas en la placa de micro titulación se tomará el protocolo descrito (O'toole et al., 2011).

En 3-5 mL de caldo LB se va a inocular cada bacteria de interés y se va dejar crecer hasta la fase estacionaria (8 horas de incubación). Luego se va Diluir el cultivo 1: 10, y se tomará 100µl de cada uno y se ubicarán en cada pocillo cubriendo la placa, se llevará a incubar a una temperatura de 37°C a 200rpm, durante 12, 24 y 36 horas. Luego se añadirán 20µl de una solución de cristal violeta al 0,1% (pre-filtrada a través de un filtro de 0,44µm) a cada pocillo. El teñido se realizará incubando durante 10 minutos a temperatura ambiente, luego se lavarán los pocillos sucesivamente con tampón PBS tres veces y se secarán las placas durante 15 min. Luego se agregarán 100µl de Etanol al 95% a cada pocillo teñido, permitiendo que el colorante se solubilice cubriendo las placas, posterior se incuba de 10 a 15 min a temperatura ambiente. Transcurrido se mezclará brevemente el contenido de cada pocillo mediante pipeteo y se medirá la densidad óptica (OD) de cada una de estas muestras de 100µl a una longitud de onda de 600nm.

e. Análisis de datos

Las variables son cualitativas categóricas y cuantitativas. El análisis de datos se realizara como se describe en la **Tabla 4**.

Tabla 4: descripción de las variables

Variable	Tipo de variable	Medición	Validación estadística
Detección de AHL en las bacterias Gram negativas	Cualitativa categórica	Media, mediana, intercuantiles	Frecuencia absoluta, frecuencia relativa.

Cuantificación de violaceína	Cuantitativa Paramétrica y no paramétrica	Media, desviación estándar (normal) Mediana, interquartiles (no normal)	T student. Wilcoxon
Atenuación de las señales AHL en bacterias Gram negativas	Cuantitativa Paramétrica y no paramétrica	Media, desviación estándar (normal) Mediana, interquartiles (no normal)	T student para datos emparejados Wilcoxon para datos emparejados.
Cuantificación de biopelículas en la placa de microtitulación	Cualitativa categórica	Mide el antes y después. Análisis de probabilidad	McNemar para datos emparejados.

RESULTADOS

Mediante la realización de este estudio se espera los siguientes resultados: que las bacterias Gram negativas multidrogoresistentes produzcan señales acil homoserina lactona, que estas sean capaces de formar biopelículas y por ultimo desestabilizar las las biopelículas generadas por estos patógenos por la acción de la Lactonasa 852 como una primera aproximación al control de la resistencia antibiótica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, A. C. (2013). Quorum Sensing: Sistemas de comunicación bacteriana. CIENCIACTUAL, 2(1), 43-50.

Blosser, R. S., & Gray, K. M. (2000). Extraction of violacein from *Chromobacterium violaceum* provides a new quantitative bioassay for N-acyl homoserine lactone autoinducers. Journal of microbiological methods, 40(1), 47-55.

Dong, Y. H., Xu, J. L., Li, X. Z., & Zhang, L. H. (2000). AiiA, an enzyme that inactivates the acylhomoserine lactone quorum-sensing signal and attenuates the virulence of *Erwinia carotovora*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 97(7), 3526-3531.

Fetzner, S. (2015). Quorum quenching enzymes. Journal of biotechnology, 201, 2-14.

Florez Escobar, A. M., Gonzalez, A., Pedroza, C. J., Correa, E., Rueda, N. J., & Orduz, S. Identification, cloning and lactonase activity of recombinant protein of n-acyl homoserine lactonase (aiia) from *Bacillus thuringiensis* 147-115-16

strain. *Revista Colombiana de Biotecnología*; Vol. 16, núm. 1 (2014); 153-162 1909-8758 0123-3475.

Grandclément, C., Tannières, M., Moréra, S., Dessaux, Y., & Faure, D. D. (2015). Quorum quenching: role in nature and applied developments. *FEMS microbiology reviews*, fuv038.

Hammond, J. H., Dolben, E. F., Smith, T. J., Bhujji, S., & Hogan, D. A. (2015). Links between Anr and quorum sensing in *Pseudomonas aeruginosa* biofilms. *Journal of bacteriology*, 197(17), 2810-2820.

Hawver, L. A., Jung, S. A., & Ng, W. L. (2016). Specificity and complexity in bacterial quorum-sensing systems. *FEMS Microbiology Reviews*, 40(5), 738-752.

Hernández, C., Blanco, V. M., Motoa, G., Correa, A., Vallejo, M., & Villegas, M. V. (2014). Evolución de la resistencia antimicrobiana de bacilos Gram negativos en unidades de cuidados intensivos en Colombia. *Biomédica*, 34, 91-100.

Kalia, V. C. (2013). Quorum sensing inhibitors: an overview. *Biotechnology advances*, 31(2), 224-245.

LaSarre, B., & Federle, M. J. (2013). Exploiting quorum sensing to confuse bacterial pathogens. *Microbiology and Molecular Biology Reviews*, 77(1), 73-111.

Lee, J., Wu, J., Deng, Y., Wang, J., Wang, C., Wang, J., & Zhang, L. H. (2013). A cell-cell communication signal integrates quorum sensing and stress response. *Nature chemical biology*, 9(5), 339-343.

O'Toole, G. A. (2011). Microtiter dish biofilm formation assay. *JoVE (Journal of Visualized Experiments)*, (47), e2437-e2437.

Organización Mundial de la Salud. Conferencia Ministerial sobre resistencia a los antibióticos. (en línea) fecha (junio del 2014) disponible en (http://www.who.int/antimicrobialresistance/events/netherlands_meeting_june_2014/e/)

Prashanth, K., Makki, A. R., Saranathan, R., Pagal, S., & Vasanth, T. (2012). Antibiotic resistance, biofilms and quorum sensing in *Acinetobacter* species. INTECH Open Access Publisher.

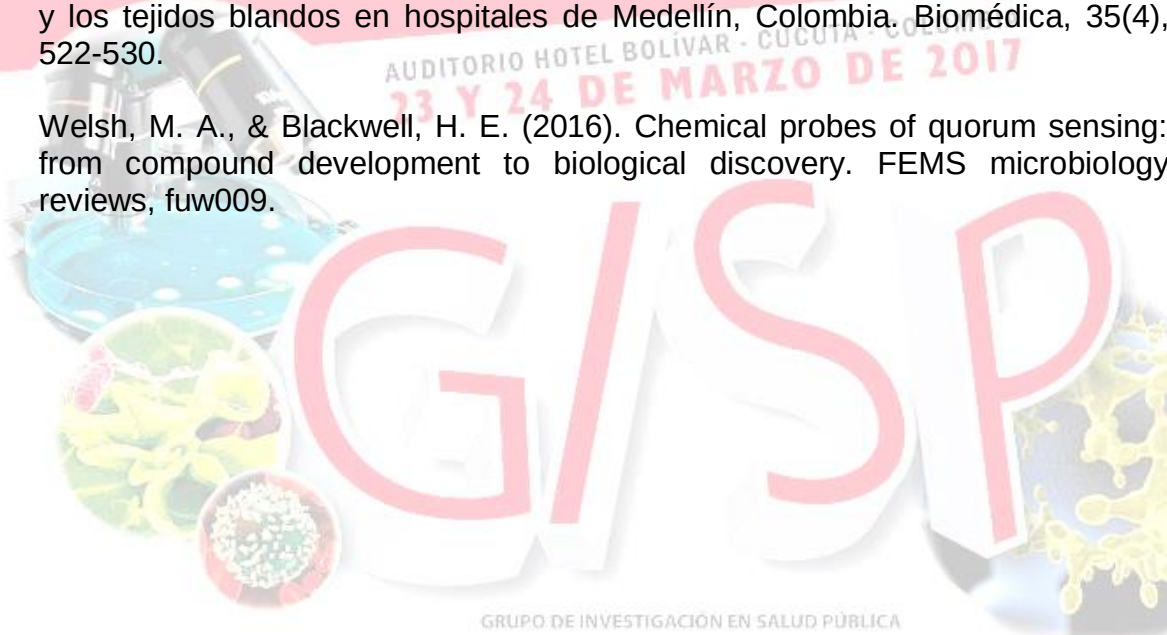
Qi, Q., Toll-Riera, M., Heilbron, K., Preston, G. M., & MacLean, R. C. (2016, January). The genomic basis of adaptation to the fitness cost of rifampicin resistance in *Pseudomonas aeruginosa*. In *Proc. R. Soc. B (Vol. 283, No. 1822, p. 20152452)*. The Royal Society.

Rueda N., (2016). Mejoramiento genético del gen *aiiA* que codifica para N- acil Homoserina Lactonasa de *Bacillus thuringiensis* por "Error Prone PCR.

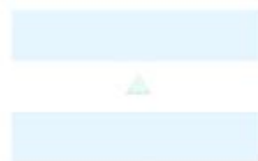
Thakur, P., Chawla, R., Tanwar, A., Chakotiya, A. S., Narula, A., Goel, R., & Sharma, R. K. (2016). Attenuation of adhesion, quorum sensing and biofilm mediated virulence of carbapenem resistant *Escherichia coli* by selected natural plant products. *Microbial pathogenesis*, 92, 76-85.

Vanegas, J. M., Higueta, L. F., Vargas, C. A., Cienfuegos, A. V., Rodríguez, É. A., Roncancio, G. E., & Jiménez, J. N. (2015). *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos causante de osteomielitis e infecciones de la piel y los tejidos blandos en hospitales de Medellín, Colombia. *Biomédica*, 35(4), 522-530.

Welsh, M. A., & Blackwell, H. E. (2016). Chemical probes of quorum sensing: from compound development to biological discovery. *FEMS microbiology reviews*, fuw009.



ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar escaneada la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveccion_socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



COMPORTAMIENTO DEL EVENTO DE TOSFERINA, NORTE DE SANTANDER 2014-2016

Yesenia Mairuth Quintero Carrascal,
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

RESUMEN

Su objetivo principal es dar cuenta del comportamiento de la vigilancia del evento de interés en salud pública tos ferina en el departamento de Norte de Santander desde el año 2014 a 2016. Como fuente de información se tomó el sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA años 2014, 2015 y 2016 para el evento de tos ferina; con una depuración de la base de datos previa en cuanto a casos descartados, con error de digitación y procedentes del exterior. El análisis se realizó a través de gráficas y tablas de frecuencia para las variables de persona, lugar y tiempo, características socio demográficas y características clínicas e indicadores. Posterior depuración de base de datos del evento de tos ferina se encontraron 491 casos notificados como probables desde la vigencia 2014 a 2016 procedentes de los diferentes municipios del departamento de los cuales 68 casos fueron confirmados por laboratorio, por clínica o nexo epidemiológico. El municipio que notificó el mayor número de casos corresponde a Cúcuta seguido de los municipios de Ocaña, El Tarra, El Zulia y Tibú. El sexo más frecuente fue el masculino con el 51,5 de los casos y el régimen de afiliación con mayor número de casos fue el subsidiado con el 50,2. El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 1 mes con el 27,9% seguido del 2 a 3 meses con el 25% y según el área de ocurrencia más común es la cabecera municipal con 75,9% de los casos.

Palabras Claves: Tosferina, Sivigila, comportamiento, notificación, casos.

INTRODUCCIÓN

La tosferina o pertussis es una enfermedad infecciosa de alta transmisión causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Esta enfermedad se caracteriza por ser de comienzo insidioso con una tos irritante que poco a poco se torna paroxística.

El periodo de incubación es de seis a 20 días, la mayoría de las veces entre siete y 10 días; luego del periodo de incubación se inicia con la fase catarral que puede progresar en tres a cuatro semanas a la fase paroxística que dura entre dos y cuatro semanas y luego pasa a la fase de convalecencia que dura de dos y cuatro semanas. El promedio de la enfermedad está alrededor de siete semanas.

La transmisión se produce por contacto directo de persona a persona por vía respiratoria, en particular en la fase catarral y paroxística inicial. Los pacientes no suelen ser contagiosos después de la tercera semana de la fase paroxística.

La enfermedad se presenta casi exclusivamente en la infancia, aunque se han descrito casos no típicos en adultos. El recién nacido es susceptible ya que los anticuerpos de la madre no son protectores y la incidencia aumenta desde los primeros meses de la vida.

Una de las medidas de prevención para el evento, con las que cuentan el país es el esquema nacional de vacunación de para tos ferina, el cual consta de tres dosis de la vacuna de DPT aplicadas así: primera dosis a los dos meses de edad; segunda dosis a los tres meses de edad y una tercera dosis a los seis meses, además de contar con dos refuerzos a los 18 meses y cinco años de edad.

También, se cuenta con la vacuna de DtaP a partir del año 2014 para las mujeres gestantes a partir de la semana 21 de embarazo, con el objeto de disminuir la mortalidad en lactantes menores de seis meses.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este análisis epidemiológico de tosferina se fundamentó en la descripción de su comportamiento teniendo como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona.

En cuanto al tiempo se tomaron las vigencias 2014, 2015 y 2016. En la variable de lugar el análisis se realizó por municipio de procedencia de los casos confirmados por clínica.

Para la variable persona se hizo análisis por edad, el régimen de afiliación, área de procedencia y datos clínicos. También se incluyeron los indicadores definidos dentro de la vigilancia. Las fuentes utilizadas fueron el Sivigila.

RESULTADOS

Entre los años 2014 al 2016 se notificaron un total de 491 casos probables de tosferina, de los cuales se confirmaron un total de 68 casos por laboratorio, clínica y nexo epidemiológico. En el 2014 se notificaron como probables 148 casos, en el 2015, 161 casos y en el 2016 se notificaron 182 casos; descartándose de igual manera 116 casos para el año 2014, 130 casos para el año 2015 y para el 2016 se descartaron 154 casos. Se evidencia un aumento en la notificación de casos en el último año en comparación con los dos años inmediatamente anterior y un aumento en la configuración final de estos, pasando en el 2014 del 81% de casos configurados como descartados al 91% en el 2016.

Para la vigencia 2016 se observó una disminución en los casos confirmados de tosferina a pesar de ser mayor el número de casos notificados. Se continúa evidenciando que las incidencias más altas se encuentran en la población menor de un año seguido del grupo de uno a cinco años.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados de tosferina, Norte de

Información: Santander 2014-2016
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

Universidad Francisco
de Paula Santander



2014			2015			2016		
Casos notificados	Casos Confirmados	Descartados	Casos notificados	Casos Confirmados	Descartados	Casos notificados	Casos Confirmados	Descartados
148	27	116	161	28	130	182	13	154

Fuente SIVIGILA

Según municipio de procedencia donde se presentó el mayor número de casos notificados fue Cúcuta para las vigencias 2014, 2015 y 2016; seguida de los municipios de Ocaña, El Tarra, El Zulia y Tibú; sin embargo para el año 2016 Cúcuta notificó el 76,9% de los casos seguido de los municipios de Villa del Rosario, San Calixto y Teorama con un porcentaje de 7,7% en cada uno de ellos.

Tabla 2. Distribución de casos confirmados de tosferina según municipio de procedencia, Norte de Santander 2014-2016

Municipio de Procedencia	2014		2015		2016	
	No. de casos confirmados	Porcentaje	No. de casos confirmados	Porcentaje	No. de casos confirmados	Porcentaje
Cúcuta	14	51,9%	17	60,7%	10	76,9%
Ocaña	4	14,8%	0	0,0%	0	0,0%
El Tarra	2	7,4%	3	10,7%	0	0,0%
El Zulia	2	7,4%	0	0,0%	0	0,0%
Tibú	2	7,4%	0	0,0%	0	0,0%
Abrego	1	3,7%	1	3,6%	0	0,0%
La Playa	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%
Salazar	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%
Los Patios	0	0,0%	4	14,3%	0	0,0%
Villa del Rosario	0	0,0%	2	7,1%	1	7,7%
San Calixto	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%
Teorama	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%
Arboledas	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%
Total	27	100,0%	28	100,0%	13	100,0%

Fuente SIVIGILA

El grupo de edad en el que más se observa notificación de casos confirmados de tosferina está entre los cero y un mes con 27,9%, seguido del grupo de dos a tres meses con el 25,0% y el de 4 a 5 meses con 17,6% de los casos.

Tabla 3. Distribución de casos confirmados de tosferina por grupo de edad, Norte de Santander 2014-2016

Grupo de Edad	2014		2015		2016		Total Casos	Porcentaje
	No. de casos confirmados	Porcentaje	No. de casos confirmados	Porcentaje	No. de casos confirmados	Porcentaje		
0 a 1 mes	7	25,9%	6	21,4%	6	46,2%	19	27,9%
2 a 3 meses	6	22,2%	8	28,6%	3	23,1%	17	25,0%
4 a 5 meses	7	25,9%	5	17,9%	0	0,0%	12	17,6%
6 a 11 meses	5	18,5%	3	10,7%	3	23,1%	11	16,2%
1 a 4 años	2	7,4%	6	21,4%	1	7,7%	9	13,2%
5 a 14 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15 a 44 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
45 años y más	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	27	100,0%	28	100,0%	13	100,0%	68	100,0%

Fuente SIVIGILA

De los 68 casos confirmados el 51,5% son hombres, el 50,2% pertenecen al régimen subsidiado y 40,9% al contributivo; el 75,9% residen en la cabecera municipal.

Tabla 4. Características demográficas y sociales de casos confirmados de tosferina, Norte de Santander 2014-2016

	Característica	Casos	Porcentaje
Sexo	Hombre	42	61,8%
	Mujer	26	38,2%
Tipo de Afiliación al SGSSS	Subsidiado	43	63,2%
	Contributivo	18	26,5%
	No Afiliado	3	4,4%
	Especial	4	5,9%
Área de ocurrencia del caso	Cabecera Municipal	61	89,7%
	Centro Poblado	1	1,5%
	Rural Disperso	6	8,8%

Fuente SIVIGILA

El 42,6% de los casos confirmados estaban en fase catarral, el 100% de los casos presentan infección respiratoria aguda. Respecto a las complicaciones solo el 2,9% registraron alguna complicación como atelectasia y neumonía (2 casos).

Tabla 5. Características clínicas y complicaciones de casos confirmados de tosferina, Norte de Santander 2014-2016

	Característica	Casos	Porcentaje
Etapas de la Enfermedad	Catarral	29	42,6%
	Espasmódica	35	51,5%
	Convaleciente	4	5,9%
Complicaciones	Si	2	2,9%
	No	66	97,1%
Tipo de Complicación	Convulsión	0	0,0%
	Atelectasia	1	1,5%
	Neumotorax	0	0,0%
	Neumonía	1	1,5%
	Otro	0	0,0%
	Desconocido/ Sin dato	66	97,1%

Fuente SIVIGILA

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

IS

El 52,9% de los casos se identificaron durante la consulta a urgencias, el 66,2 % fue hospitalizado, el 19,1% de los casos confirmados registraron primera dosis de vacuna de DPT, el 13,2% registraron segunda dosis, el 13,2% tercera dosis, primer refuerzo 1,5%.

Tabla 6. Antecedentes de casos confirmados de tosferina, Norte de Santander 2014-2016

	Característica	Casos	Porcentaje
Identificado por	Consulta externa	1	1,5%
	Urgencias	36	52,9%
	Hospitalización	31	45,6%
	Búsqueda activa comunitaria	0	0,0%
Hospitalización	Si	45	66,2%
	No	23	33,8%
Tipo de Complicación	Cero	36	52,9%
	Una	13	19,1%
	Dos	9	13,2%
	Tres	9	13,2%
	Primer refuerzo	1	1,5%
	Segundo refuerzo	0	0,0%

Fuente SIVIGILA

Con respecto a la tendencia del evento se observa que hay disminución de los casos confirmados para la vigencia 2016, en comparación con la vigencia 2014 y 2015.

DISCUSIÓN

La tosferina es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa, con ciclos epidémicos que ocurren cada 3 a 5 años y actualmente es considerada como un evento en resurgimiento a nivel mundial, la razones aún no están claras pero las investigaciones incluyen inmunidad disminuida, mejoramiento en el diagnóstico, cambios genéticos en el agente causal, dentro de las principales causas.

Para el año 2014 se notificaron 148 con 27 casos confirmados y 116 casos descartados, para el 2015 se notificaron 161 casos, de los cuales 28 fueron confirmados y 130 fueron descartados, a período epidemiológico décimo tercero de 2016, se notificaron al sistema individual del Sivigila un total de 182 casos notificados de los cuales 13 fueron confirmados por laboratorio y 154 casos fueron descartados. Para el presente análisis se tuvieron en cuenta los casos confirmados.

Los municipios en los que se concentró la mayor notificación fueron: Cúcuta, seguida de los municipios de Ocaña, El Tarra, El Zulia y Tibú

El número de casos confirmados para el 2016 fueron 13 y al comparar con el año 2015 se observa una disminución del 58%.

Para el evento de tosferina, el objetivo de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es reducir la incidencia a un caso por 100.000 habitantes y al comparar la incidencia de Norte de Santander que registró 0,2 casos por 100.000 habitantes para el 2016 se cumple con este objetivo propuesto.

Para las vigencias 2014, 2015 y 2016 no hay muertes registradas.

A partir de 2014, se realizó la introducción de la vacuna de TdaP para las mujeres en embarazo con aplicación posterior a la semana 26 de gestación con el fin de transmitir anticuerpos de *pertussis* a través del cordón umbilical al producto y así disminuir la letalidad por esta enfermedad en los dos primeros meses de vida y posterior aplicación de la primera dosis de DPT.

CONCLUSIONES

De los 491 casos notificados al Sivigila para las vigencias 2014 a 2016, se tuvieron en cuenta para realizar este análisis 68 casos, ocho casos fueron suprimidos por proceder del exterior.

Según grupo de edad el 27,9 % corresponden al grupo de cero a un mes seguido del grupo de edad de dos a tres meses con 25,0 %.

De los casos confirmados se resaltan de las características demográficas y sociales de la población afectada, que el 61,8% corresponde al sexo masculino, el 63,2 % pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo pertenecen el 89,7%; el 89,7 % correspondían a la cabecera municipal.

El 42,6% de los casos confirmados estaban en fase catarral, el 100 % de los casos presentan infección respiratoria aguda y de estos el 97,6 % de los casos presentaron tos, los signos y síntomas que se registraron con mayor frecuencia fueron tos paroxística, cianosis, vómito y apnea. Respecto a las complicaciones el 2,9% registraron alguna complicación, como atelectasia y neumonía, el 52,9% de los casos se identificaron en el servicio de urgencias y el 66,2 % fueron hospitalizados.

De los 68 casos confirmados el 86,8% (59 casos) corresponden a población menor de un año, el 19,1 % de los casos confirmados registraron primera dosis de vacuna de DPT, el 13,2% registraron segunda dosis, el 13,2% tercera dosis y primer refuerzo el 1,5%

De los 182 casos notificados al Sivigila para el 2016, el 26,43% de los casos cuentan con investigación de campo en las primeras 72 horas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SIVIGILA 2010. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

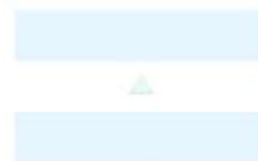
Organización Panamericana de la Salud. Control de la difteria, tos ferina, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B. Guía Práctica. Publicación científica y técnica N° 604. 2005.

Protocolo tosferina. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Informe de comportamiento de evento de tosferina. Instituto Nacional de Salud. Colombia.



ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar evidencia de la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveccion_socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



MI RELACION CON EL OTRO. UNA ALTERNATIVA FRENTE AL CONTAGIO DEL VIH

Nohora Del Carmen Ortega Cadena
Natalia Revelo Cuaspa
Universidad Mariana

RESUMEN

La infección del VIH y SIDA, hoy en día se constituye en un problema de salud pública que requiere de intervenciones orientadas desde el fortalecimiento de toma de decisiones en adolescentes y jóvenes; los cuales debe ser partícipes de los procesos de promoción de la salud, desde modelos educativos orientados a fomentar el cuidado de sí mismo. El plan la U te cuida desde la línea de prevención de infecciones de transmisión sexual VIH y SIDA, propone intervenciones educativas orientadas a disminuir el contagio de VIH desde el reconocimiento de la persona. Parte de un proceso investigativo y retoma el modelo disciplinar de Kristen Swanson y del modelo educativo propuesto por Ausbel, el aprendizaje significativo, con la metodología de Aprender Haciendo, es implementado en algunos de los programas académicos de la universidad con estudiantes de primer semestre en articulación con los servicios de promoción y prevención. Realizado en tres fases la de acercamiento, fundamentación y educación, permite reconocer la vulnerabilidad de las personas jóvenes frente a una infección que es inherente al comportamiento y toma de decisiones en un entorno que promueve condiciones riesgosas frente al contagio. Siendo necesario la continuidad de intervenciones desde la gestión del cuidado partiendo del reconocimiento de los determinantes sociales en salud donde se promuevan acciones interdisciplinarias en la prevención del contagio de infecciones sexualmente transmitidas e implementar procesos educativos desde los servicios amigables de las instituciones prestadoras de servicios de salud e instituciones educativas donde se consoliden modelos integrales de atención a los adolescentes.

Palabras Claves: Adulto joven, educación en Enfermería, VIH.

INTRODUCCIÓN

Hace más de una década, las personas conocieron sobre la aparición del Virus de Inmunodeficiencia humana, de acuerdo a la ONUSIDA (1) “un total de 39,5 millones de personas vivían con el VIH en el 2006, incluyendo los 3,4 millones de adultos y niños infectados por el VIH estimados en el mismo año, 400.000 más que en 2004. Entre los de 15 años o más, los jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en el 2006”, de acuerdo a la organización Mundial de la salud (2) las infecciones de transmisión sexual afectan de forma desproporcionada a las mujeres y las adolescentes. Cada año en el mundo, una de cada veinte adolescentes contrae una infección bacteriana por contacto sexual y se observan infecciones a edades cada vez más tempranas. De acuerdo al Ministerio de Protección Social(3) “las estimaciones de infecciones en Colombia

de acuerdo al boletín epidemiológico, situación de VIH/ Sida 2013, desde 1985 hasta el 31 de diciembre del año 2013, se han notificado 92.379 casos de VIH/Sida, desde 1985 hasta el año 1992 la tendencia de notificación de casos estuvo en ascenso”; esta problemática para la salud publica trae consigo tasas de mortalidad altas, estando relacionada con el estilo de vida de las personas, en la toma de decisiones respecto a su sexualidad y el autocuidado en las mismas.

Al respecto Tamayo-Zuluaga (4) afirma que “la reducción del riesgo de contraer VIH y las conductas de prevención dependen del conocimiento que se tiene sobre la infección, por lo cual en Colombia, se han realizado investigaciones que describen los conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH/sida de los jóvenes, en donde se observa que la problemática se focaliza en la escasa preparación que tienen para enfrentar su vida sexual con responsabilidad, lo cual da como resultado el incremento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH.”. Por lo tanto, se resalta que el cuidado de enfermería, con relación al conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA se basa en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, puesto que ideas erróneas en este tema, ocasiona un comportamiento irresponsable especialmente de la población joven, tal y como lo argumenta Cantillo Uribe (5) “pese a que los estudiantes universitarios tengan un nivel educativo elevado, aún se evidencia un desconocimiento acerca de esta problemática por conductas como la prostitución y la promiscuidad entre otras conductas de riesgo que contribuyen al contagio de la enfermedad.”.

Por su parte Machi MI et al (6) consideran que “el crecimiento constante de la epidemia de SIDA se sustenta más que en las deficiencias de las estrategias de prevención, en la incapacidad del mundo para aplicar los instrumentos altamente eficaces de que dispone con miras a contener la propagación del VIH”, sin embargo es importante retomar que los adolescentes y jóvenes universitarios deben adaptarse a un entorno donde de acuerdo a Mazo Vélez (7) están enfrentados a factores de vulnerabilidad como fallas y carencias en educación sexual y reproductiva, presiones de grupo, tendencia al aumento de estilos de vida de elevado riesgo sexual como el uso de drogas y alcohol, alto recambio sexual, uso de condón en pocas o ninguna de sus relaciones sexuales, creencias, tabúes y concepciones erróneas sobre el VIH/SIDA”

En esta intervención, se establece la importancia de la educación en salud a la comunidad estudiantil universitaria, a partir de brindar herramientas a las personas desde la promoción del cuidado de sí mismo, para la toma de decisiones informadas frente a una problemática como lo es el contagio del VIH y SIDA, donde la persona debe ser partícipe del proceso partiendo de su propia historia de vida los cuales deben adaptarse al entorno que promueve “las relaciones sexuales como parte de ser aceptado y tener una madurez emocional”(8) , así como también, el uso de estrategias lúdico pedagógicas que permiten que los estudiantes se apropien con mayor facilidad para la adquisición de los conocimientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

La experiencia sistematizada, es el resultado de las recomendaciones formuladas del estudio de investigación estudiantil titulado estilos de vida frente al VIH/SIDA de los estudiantes del programa de Enfermería entre las edades de 16 a 22 años, de la Universidad Mariana, en el periodo 2010-2011(9) la finalidad del estudio ¿fue conocer, cuales son los estilos de vida saludables frente al VIH/SIDA, que tienen los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Mariana, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, conocimientos, factores de riesgo y protectores, que rodean a la población. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, con enfoque positivista. La población de estudio fueron todos los estudiantes del programa de enfermería entre las edades de 16 a 22 años y como técnicas e instrumento de recolección de información se utilizó la encuesta.

Por lo tanto, la experiencia sistematizada se articula con la propuesta formulada desde la Proyección social, articulada desde la práctica formativa que forma parte del Plan la U te cuida, aprobado desde Vicerrectoría de Bienestar Universitario desde el proyecto institucional denominado universidad saludable.

Se propone en la experiencia sistematizada la aplicación del modelo educativo en salud, desde los conceptos pedagógicos propuestos por el aprendizaje significativo donde se retoma a Ausbel, con la metodología denominada “aprender haciendo”, y la aplicación de técnicas participativas donde a través de la mismas los universitarios desarrollan las intervenciones educativas desde la participación de los universitarios. Por otra parte en esta misma línea se ha extendido la propuesta a una institución de educación media.

El enfoque disciplinar retoma el modelo de Kristine Swnason,(10) donde “proporciona un modelo para brindar el cuidado humano mediante el cual se plantea una interacción con la persona cuidada” además en esta teoría, el cuidado se define como “una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”.

Desde esa perspectiva, se reafirma el objetivo de la enfermería en mantener la salud desde el ámbito de la promoción y prevención, hasta las actividades de acompañamiento en las etapas terminales de la vida, puesto que el profesional de enfermería valora a los sujetos de cuidado durante todo el ciclo vital e interviene según las características propias e individuales en este caso los adolescentes.

Se utilizaron técnicas e instrumentos como la encuesta estructurada en forma pre test, con un total de 13 ítems, donde 10 de ellos fueron relacionados con conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA con opción múltiple de respuesta y 3 de ellas se relacionaron con las prácticas sexuales de riesgo asumidas por el estudiante con opción dicotómica, como también la encuesta en forma pos test con un total de 10 ítems.

La metodología del aprender haciendo, fue utilizada en la formulación y ejecución del proyecto educativo de los estudiantes del programa de enfermería titulada “Prevenir el VIH / SIDA está en tus manos ¡edúcate!”, en el cual se formuló la problemática relacionada con los conocimientos que tienen los estudiantes universitarios en tres programas académicos de la institución, con el fin de desarrollar estrategias lúdico pedagógicas para el autocuidado. Para ello, se retomó los principios de la pedagogía de John Dewey (12) quien establece que el aprender-haciendo es una forma de enseñanza práctica, centrado en la experiencia de los estudiantes y que implicara a la vez un hacer y una prueba, siendo el primer indicador de un buen método de enseñanza y la primera muestra de su validez, consiste en que esté en relación con las preocupaciones de la experiencia personal del estudiante, el segundo indicador es que al actuar, el estudiante logre una visión clara de su experiencia, a la vez que un aumento de eficacia en el desempeño y el trabajo práctico, decía Dewey suministra magníficas oportunidades para aprender, no solo como información, sino como un conocimiento adquirido a través de las situaciones de la vida”. La población de estudio fueron 176 hombres y mujeres entre 17 años hasta 23 años de edad de los tres programas académicos de la Universidad Mariana, ya que se ha evidenciado que un número significativo de estos estudiantes desconocen totalmente del VIH/SIDA y otras Infecciones de transmisión sexual.

RESULTADOS

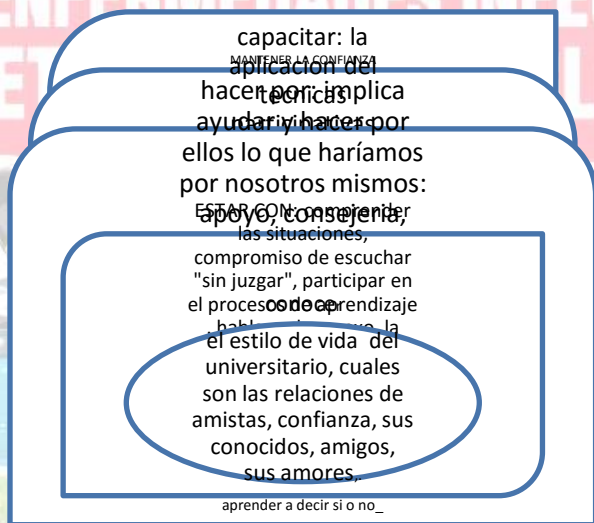
El *Plan la U te cuida* es una propuesta de intervención formulada desde la gestión del cuidado de enfermería, donde se proponen líneas estratégicas a la comunidad universitaria sobre temas específicos de salud, priorizados a través de los diferentes actores, además apoyados en procesos investigativos estudiantiles donde proponen realizar educación en salud sobre temas importantes como lo es la prevención de enfermedades infecciosas incluida el VIH y SIDA orientadas a mejorar las condición de vida.

La estrategia implementada se denomina “de universitarios para universitarios”(13), donde el estudiante de enfermería interactúa con el universitario y también con adolescentes, donde se enfatiza la relación de pares en el momento de educar al otro, para ello se realiza la intervención en dos sentidos la primera a través de la implementación de un modelo educativo en salud, y la aplicación disciplinar, que permite desarrollar las competencias disciplinares a través de la aplicación del modelo de Kristine Swason, en el cual enfatiza la relación interpersonal al respecto los estudiantes de enfermería afirman:

Para educar a los universitarios sobre la prevención de VIH vamos a acoger un modelo educativo que comprenda los diferentes roles y el entorno en que hoy en día se desarrollan para comprender mejor las actitudes, conocimientos y pensamientos que ellos tienen respecto del tema es necesario aplicar un modelo desde enfermería que nos ayude a llegar a ellos y facilitar una comunicación más productiva para relacionarnos fácilmente y desarrollar un ambiente saludable que

nos permita educar, comprender, orientar, apoyar, escuchar y aconsejar.”
Estudiante enfermería

En el desarrollo de la aplicación del modelo se realiza desde las cinco categorías del cuidado que ella propone: conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la fe; estas categorías en el proyecto VIH-SIDA se aplicó de la siguiente manera:



FUENTE: PLAN LA U TE CUIDA PROPUESTA AMOR SIN REMORDIMIENTOS

En la implementación se ha realizado por medio de tres fases: la primera de acercamiento a la comunidad universitaria, selección del modelo disciplinar y de educación en salud, donde en la primera etapa se propone la propuesta denominanda: “*amor sin remordimientos*”, donde los objetivos de aprendizaje se orientaron a conocer la dinámica de las relaciones de los universitarios, enfocados la comprensión de la sexualidad y toma de decisiones, a partir del reconocimiento de sí mismo, por lo tanto en la dinámica de los talleres se retoma la relación con el otro, la relación con lo otro, y el recuento con el totalmente con el otro, a partir de la reflexión de la exposición de riesgo frente al VIH y SIDA, pero tratando temas como lo es el noviazgo, el matrimonio, la familia y proyecto de vida.

Posteriormente se realiza la propuesta, denominada “*el arte de amar inicio de algo o inicio de nada, una realidad frente al VIH/SIDA*”,(15) título inspirado desde la propia experiencia del universitario y explicado a través de la lectura del libro de Erich From el Arte de amar, donde se busca brindar apoyo y conocimiento necesario sobre las infecciones de transmisión sexual para brindar herramientas en toma de decisiones para la vivencia de la sexualidad con responsabilidad, desde la vivencia del joven en el entorno social, además se trata temas como educar a los jóvenes universitarios en la prevención y conocimiento sobre

VIH/SIDA, a través de esta propuesta se identifica, desconocimiento sobre la enfermedad, modo de transmisión de la misma, un porcentaje alto solo la relaciona con las relaciones sexuales, y la transmisión vertical de madre a hijo, y desconocimiento de otras formas de contagio y formas de prevención.

Además afirman que los métodos de planificación familiar ofrecen seguridad frente a la infección, esta inherente al “deseo de encontrar nuevas experiencias” y no “hay la percepción de riesgo de contagio” puesto que el hecho de no recibir información o educación sobre la infección se percibe por parte de los jóvenes “que no es tan grave la infección, hay tratamiento, si se presenta te colocas penicilina”. (Voces de universitarios)

Por medio de los talleres participativos los cuales permiten conocer como el universitario percibe las relaciones de amistad o vivencia de su sexualidad, se encuentra en gran media que se dedican un tiempo importante en actividades relacionadas con el la música, el “baile”, hobbies, estudio, deportes, de acuerdo a los resultados no se da mucha importancia a aspectos relacionados con la religión o condiciones éticas sobre todo lo relacionado con las relaciones de “pareja” pues hay una “libertad” para decidir o no tener una relación sexual desligada del afecto, enamoramiento o el “sentirse amado” (voces universitarios)

Por otra parte las intervenciones indican como el universitario se adapta a un entorno donde no exige condiciones de compromiso, fidelidad, o conocimiento del otro a través del noviazgo frente a una relación sexual, la consideran como una época donde la sociedad es permisiva frente a lo considerado lo bueno y lo malo dándole gran importancia a la educación recibida en la familia, que se orienta desde “los valores inculcados desde el hogar” , por lo tanto el hombre como la mujer toman una decisión libre frente a su propio comportamiento “asumiendo consecuencias de lo que pase” incluidas “a que te de una infección”

Por lo tanto se desarrollan talleres participativos orientadas a la educación sobre la infección pero también sobre temas relacionados a fomentar el cuidado de sí mismo donde se invita a reflexionar sobre la infecciones de transmisión sexual, y sobre el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, donde a través de esta metodología se retoman el conocimiento previo, y donde la persona reflexiona sobre la educación brindada con una intención, a través del aprender haciendo, aprender reflexionando, aprender compartiendo, aprender evaluándose y aprender para la autorrealización, frente a la condición del percepción del riesgo las personas afirman;

“Al darme cuenta que había estado en contacto con una persona portadora, y que podía estar contaminado, mis sueños podían cambiar tanto a nivel académico, en mi familia en mi núcleo de amigos.” Anónimo

A través de las intervenciones se da a conocer la importancia del cuidado de sí mismo, pero también sobre la responsabilidad con el otro;

“Como podemos darnos cuenta el VIH es una enfermedad que cambia la vida de la persona que lo posee de una manera radical citando lo mencionado por el profe Paul “yo compartí el mensaje con una sonrisa y deje para mí el resultado de la prueba sin mencionarlo a nadie, lo que no sabía era que al hacer esto estaba transmitiendo la enfermedad”

La reflexión invita al reconocimiento de evaluar frente al vivir y convivir con la infección, donde se fortalecía la importancia del autocuidado frente a las relaciones sexuales ocasionales o sin protección.

“Cuando me di cuenta que mi resultado había sido positivo y que tenía la enfermedad me sentí triste, y sabía que todo iba hacer más complicado a lo largo del resto de mi vida.” Anónimo.

En la tercera etapa se propone no solo la intervención al ambiente universitario sino también se observa la necesidad del trabajo con instituciones de educación media donde el universitario se relaciona con el adolescente promoviendo la figura de Pares, donde el lenguaje, experiencias, conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual son más aceptadas y comprendidas desde un igual, la propuesta se denomina

Adolescencia, educación, prevención y salud, donde se realiza un acercamiento desde el conocimiento de los adolescentes.

La siguiente etapa permite informar las medidas preventivas sobre el VIH/SIDA en estudiantes universitarios en los diferentes programas de otras facultades de la institución, con el fin de desarrollar estrategias lúdicas pedagógicas para el autocuidado en el periodo septiembre a noviembre de 2016

La realización del proyecto educativo “Prevenir el VIH/SIDA está en tus manos ¡edúcate! “ fue basado en el cuidado de enfermería según el modelo de Dorotea Orem, donde es importante resaltar que la toma de decisiones debe satisfacer las necesidades de los seres humanos, siendo este modelo donde define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales ya que es indispensable incluir la promoción y prevención para el mantenimiento de la salud, explicando el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados y son: 1) cuidados universales, son las acciones que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo. 2) Déficit de autocuidado, es decir cuando la persona necesita de alguien que le ayude a realizar sus necesidades básicas 3) cuidado terapéutico, es decir las acciones que se llevan a cabo para mejorar la salud llamado también tratamiento”. Este proyecto se enfoca en la primera categoría de Dorotea y que en función a este modelo se postula la importancia de educar para que se adopten prácticas de autocuidado frente al VIH/sida

permitiendo mantener la integridad y mejoramiento en la calidad de vida de los estudiantes de la Universidad Mariana.

Se evidenció en los estudiantes universitarios las falencias en los conocimientos que presentan los estudiantes de los programas académicos de I semestre de la Universidad Mariana frente al VIH / SIDA, para lo cual se realizó el esquema de priorización del problema.

De la misma forma, se realizó un esquema de la situación deseada o esperada en los estudiantes universitarios frente al VIH/SIDA, mediante la ejecución e intervención de enfermería frente a esta problemática.

A través de los resultados obtenidos en el pre-test, se pudo identificar el déficit en los conocimientos que poseen los estudiantes acerca del VIH/SIDA, lo cual permitió educar a partir de sus falencias, articulando la metodología del aprender haciendo, ya que se evidenció que un porcentaje representativo desconoce totalmente sobre la temática, lo cual hace que los jóvenes sean aún más vulnerables, ligado a que las respuestas sobre conductas sexuales de riesgo, varios de ellos respondieron haber tenido relaciones sexuales bajo efectos de drogas o alcohol, tener más de 2 parejas sexuales en el último año y no usar ningún método de barrera como preservativo femenino o masculino en las relaciones sexuales. Igualmente, por medio de las estrategias lúdico-pedagógicas, se logró llamar la atención de los estudiantes universitarios y así ampliar los conocimientos que tienen los estudiantes acerca de las formas básicas de esta enfermedad. Finalmente, mediante los instrumentos de concientización o sensibilización, se logró que los estudiantes adopten prácticas de autocuidado, para mejorar su calidad de vida en cuanto a la salud y bienestar.

Debido a los conocimientos teóricos que se adquirieron durante el desarrollo del programa se logró poner en práctica lo aprendido permitiendo que los estudiantes de enfermería fortalezcan destrezas y habilidades para desempeñarse adecuadamente en una determinada población. Así mismo estimula el proceso de enseñanza - aprendizaje con nuevas estrategias que contribuyen a su formación integral e intelectual, fomentando el trabajo en equipo y el aprendizaje cooperativo para alcanzar los objetivos que se plantearon en el proyecto. Para ello se hizo uso de herramientas audiovisuales, escritas, actividades formativas y didácticas con el propósito de que la comunidad estudiantil comprenda con mayor facilidad los conocimientos que se pretendieron inculcar.

DISCUSIÓN

La gestión del cuidado que realiza la profesional de enfermería propone intervenciones desde modelos educativos orientados a fortalecer el autocuidado con base a decisiones informadas partiendo de un modelo humanista que reconoce a la persona desde su propia realidad, la relación con el otro, y con lo otro, propone partir desde la historia de vida de cada persona, puesto que influyen la experiencia de los recuerdos, los anhelos, la comprensión y toma de una decisión que parte desde la armonía interior para formar relaciones sanas, (18) además de

encontrar y reconocer en el otro ese mundo, la historia de vida del otro, apoyar y construir un proceso de intimidad, donde debe fluir la comunicación como un proceso para crecer y esto promueve el respeto por el otro, y reconocer la vulnerabilidad del otro, donde esa relación con el totalmente otro, permite “encarnar” los valores de ser y valorar las limitaciones y consecuencias de una decisión que se toma, por lo tanto la educación en la prevención de infecciones de transmisión sexual debe partir y reconocer a la persona, en un entorno, donde los conocimientos y actitudes frente a la infección son importante para poder realizar efectivamente cambio de comportamientos.

Por otra parte del estudiante que actúa como par y educador en este acercamiento permite brindar educación apropiada a las personas sobre infecciones específicas como lo es el VIH y SIDA, como lo afirma MACCHI ML, (19) “Para que los programas de cuidado y prevención sean efectivos los jóvenes deben ser comprometidos en el diseño e implementación de los mismos. La retención de los niños en las escuelas ayuda a la protección de los mismos contra la infección por VIH. La adolescencia temprana en edades de 10 a 14 años, es un tiempo en el que los patrones permanentes de conductas saludables pueden ser establecidos, como posponer el inicio sexual que puede mitigar la expansión de VIH/SIDA. Establecer patrones saludables desde el inicio es más fácil que cambiar conductas riesgosas ya establecidas.”

Por su parte Cevallos (20) citada por Gonzales Varcel afirma la importancia de realizar intervenciones educativas sobre sexualidad donde expresa, la necesidad de esa información ante la presencia generalizada de una sexualidad activa en los jóvenes afirma "hay que enfrentar la realidad, los jóvenes van a tener sexo con o sin la información que les demos, y por eso hay que darles información e instrumentos para que tomen las decisiones oportunas."

A través del desarrollo de las intervenciones desde la propuesta del modelo educativo se observa que “los jóvenes vivencian que no necesariamente debe haber una relación seria para sostener una relación sexual, eso depende de la persona y como sea criado, realmente para tener una relación sexual depende de con quien este, donde este y la situación que se dé” de acuerdo a González Valcárcel(22) “es substancial reconocer que el mayor desconocimiento estuvo en no identificar que una persona con apariencia sana puede estar infectada, no siendo coincidente este resultado con otras investigaciones donde es identificado correctamente en más del 89 % de los jóvenes o también creer que por tener una pareja estable puede estar exento de contraer el virus, cuestiones que es importante reconocer correctamente en este grupo de edad, dado que la mayoría está iniciando sus relaciones sexuales, lo que significa en términos prácticos que aproximadamente las tres cuartas partes de los jóvenes con estas consideraciones están en riesgo de contraer el virus si no se protegen adecuadamente” siendo importante incluir en los modelos educativos conceptos específicos de la infección, mecanismo de transmisión, exposición al riesgo y manifestaciones clínicas de la enfermedad entre otros temas.

Toledo (23) expresa que para los jóvenes en este grupo de edad, “los riesgos que presenta el VIH pueden ser particularmente difíciles de comprender. Como este virus tiene un largo período de incubación, el comportamiento arriesgado de una persona no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas, esto puede estar explicando el comportamiento riesgoso de algunos adolescentes estudiados en cuanto al cambio frecuente de pareja”. Desde esta perspectiva la educación se debe fortalecer desde procesos participativos de las personas donde perciba el riesgo de un contagio frente a una realidad como es el VIH, por lo tanto se debe implementar procesos educativos organizados desde los servicios amigables de las instituciones prestadoras de servicios de salud, instituciones educativas donde se deben proponer modelos integrales de atención a los adolescentes con temas relacionados a la abstinencia retardo de inicio de relaciones sexuales y proyecto de vida, así mismo establecer en los centros de bienestar universitarios procesos de consejería y ayuda en conocer sobre la enfermedad.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería, ha sido evidenciado en diferentes intervenciones educativas de universitarios para universitarios, siendo un reto desde el área de la salud pública, ya que guarda estrecha relación con la promoción y educación en salud para la prevención de enfermedades como es el caso del VIH/SIDA, especialmente con el autocuidado de las personas más vulnerables como son los jóvenes, así mismo, se articula con las normas y políticas en salud vigentes en nuestro país donde se abordan los determinantes sociales en salud para que los sujetos en condición de riesgo disminuyan estas situaciones que pueden afectar cualquier etapa de la vida. Esta normatividad dispone de la ejecución del proyecto hacia la población estudiantil utilizando estrategias por las cuales se busca mayor acceso a la salud y a los servicios de prevención para no contagiarse por VIH/Sida. También permite que el personal de enfermería desde su campo de acción brinde información precisa para despejar interrogantes en cuanto al tema de VIH, así como la atención y detección de personas que presentan factores de riesgo, implementando actividades educativas que promuevan la conservación de la salud y hábitos de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

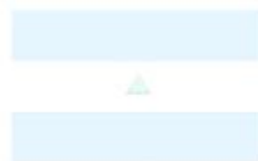
- (1) **ONUSIDA**: Prevención integral del VIH. Informe sobre la Epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA: 2006.
- (2) República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Pautas para la asesoría y realización de pruebas Voluntaria de VIH. Con enfoque diferencial y vulnerabilidad.
- (3) República de Colombia. Ministerio de Protección social. Guía Clínica basada en la evidencia para la atención en la infección de VIH para adolescentes mayores de 13 años y adultos.
- (4) Tamayo-Zuluaga B, Macías-Gil Y, Cabrera-Orrego R, Henao-Peláez JN, Cardona-Arias JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín,

- Colombia. Rev Cienc Salud. 2015;13(1): 9-23. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01
- (5) Cantillo Uribe, L., García Vergara, K., Martínez Marenco, L., Vega Recuero, J., & Díaz Montes, C. E. I. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes universitarios en pregrado de una universidad en la ciudad de Cartagena de indias año 2011-II modalidad presencial (Tesis Doctoral, Universidad de Cartagena).
 - (6) MACCHI ML, BENÍTEZ LEITE S, A CORVALÁN, NUÑEZ C, ORTIGOZA D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2008 Abr [citado 2017 Feb 20] ; 79(2): 206-217. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200012>
 - (7) Mazo-Vélez Yesica, Domínguez-Domínguez Luz Enid, Cardona-Arias Jaiberth Antonio. Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. Medicas UIS [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Feb 20] ; 27(3): 35-45. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000300005&lng=en.\(articulo2\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000300005&lng=en.(articulo2))
 - (8) Universidad mariana. programa de Enfermería. Plan la u te cuida. línea infección de transmisión sexual. 2014
 - (9) CERON LUBO, Juan Pablo – PALOMINO CABRERA, Ángela María. ESTILOS DE VIDA FRENTE AL VIH/SIDA DE LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA ENTRE LAS EDADES DE 16 A 22 AÑOS, DE LA UNIVERSIDAD MARIANA, EN EL PERIODO 2010-2011. Asesorado por. Chaves Claudia Amanda. Programa de Enfermería. Facultad Ciencias de la salud. Universidad Mariana
 - (10) República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Protocolos para la atención de Enfermería en la salud sexual y reproductiva de la mujer.20147
 - (11) Republica de Colombia Ministerio de salud y protección Social. Protocolos para la atención de Enfermería en Salud sexual y reproductiva de la mujer.2014
 - (12) Schmidt, Sandra. El Aprender Haciendo viene desde John Dewwy. 2006 http://www.ecolegios.org.pe/Curso/cursovirtual/Modulos/modulo2/3Secundaria/m2_secundaria/Aprender_haciendo-John_Dewey.pdf
 - (13) Plan la U te cuida, Universidad Mariana. Facultad Ciencias de la Salud, Programa de enfermería. Proyección Social. 2012
 - (14) Formación jornadas pedagógicas. El humanismo desde el modelo pedagógica
 - (15) Plan la U te cuida, Universidad Mariana. Facultad Ciencias de la Salud, Programa de enfermería. Proyección Social. 2012

- (16) Jagueri Reina, C/Suare Chamorro, P. Promoción de la Salud y prevención de la Enfermedad. Enfoque en salud familiar. Bogota DC editorial medica Internacional 1998 pp139
- (17) CISNEROS, Fanny. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. 2002, 7p
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>. (11 de noviembre 2016)
- (18) Universidad Martiana. Jornadas Pedagógicas para formación de educadores profesionales Encuentro con Jesucristo en el corazón. 2010
- (19) MACCHI ML, BENÍTEZ LEITE S, A CORVALÁN, NUÑEZ C, ORTIGOZA D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2008 Abr [citado 2017 Feb 22]; 79(2): 206-217. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200012>
- (20) (22) González Valcárcel Bertha, Núñez Aragón Elsa, Couturejuzon González Lourdes, Amable Ambrós Zoraida. Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 Jun [citado 2017 Feb 16] ; 34(2): . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200006&lng=es
- (21) Universidad Mariana. Programa Enfermería Plan la U te Cuida, propuesta el Arte de Amar el inicio de algo o el inicio de nada. Año 2015
- (23) Toledo Vila H deJ, Navas Pinzón JA, Navas Pinzón LC, Pérez Manrique N. Los adolescentes y el SIDA. Rev Cubana Med Trop. 2002;54 (2):

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 820901817 a favor de la UFPS FBPE REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



SITUACIÓN DE LEISHMANIASIS EN NORTE DE SANTANDER DURANTE VIGENCIAS 2014 AL 2016

Heiddy Patricia Vargas Rodríguez
Instituto Departamental de Salud Norte de Santander.

RESUMEN

Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas y las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, se considera como un problema creciente en salud pública, debido al cambio en patrones epidemiológicos ocasionados por el proceso de domiciliación del vector con hábitos de picadura intradomiciliaria y la urbanización del ciclo de transmisión, donde el ciclo selvático puede acercarse a las viviendas humanas y facilitar su interacción con un mayor número de personas, incrementando el riesgo de afectación en mujeres y todos los grupos de edad.(1,2). **Objetivo.** Describir la situación de leishmaniasis del departamento Norte de Santander vigencias 2014 al 2016. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, donde se describen los datos estadísticos del evento de leishmaniasis de los años 2014, 2015 y 2016. Se realizó una caracterización de las variables sociodemográficas de los casos notificados en el SIVIGILA durante este periodo en el Departamento Norte de Santander. **Resultados:** De acuerdo al análisis realizado de los 36 municipios a riesgo en el departamento se notificaron en 33 municipios (91,6%) casos de L. cutánea, la frecuencia relativa acumulada del municipio de Arboledas fue de mayor proporción con el 22%, seguidos por Cucutilla 10%, Chinácota 9%, Cáchira 7%, Bochalema 6%, Pamplonita 6% Salazar 6%, Gramalote 4% Durania 4 %. Reemergencia de la enfermedad en municipios con más casos. Según la variable sexo el más afectado es el masculino con el 63%. De acuerdo a los grupo de edad, el más afectado es de 15 a 19 años con 14%. Los casos en mayor riesgo corresponden al área rural con el 81%. **Discusión:** La afectación prevalece en hombres en edades productivas, por sus actividades de tipo rural en áreas boscosas. La Leishmaniasis cutánea ha sido constante y atribuida a las actividades económicas, la migración, la dinámica vectorial, que condicionan esta enfermedad en el escenario rural. **Conclusión:** Este análisis demostró que en los últimos años se han venido incrementando los casos para leishmaniasis, es importante hacer un seguimiento continuo y sistemático del comportamiento de leishmaniasis en el departamento, con el fin de presentar datos e información útil y oportuna para la toma de decisiones, y orientar a la prevención y el control epidemiológico en el marco de la estrategia de gestión integral para las enfermedades transmitidas por vectores.

Palabras Claves: Leishmaniasis, comportamiento epidemiológico, leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral.

Información: INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es producida por parásitos protozoarios pertenecientes a la familia *Trypanosomatidae*, género *Leishmania*, mundialmente se ha identificado que al menos 20 especies de *Leishmania* las cuales son responsables de las

distintas formas clínicas con que puede presentarse la enfermedad es transmitida por vectores (flebotomos) y se ve influenciada por factores ambientales y climáticos.^{1,2}

Se presentan tres formas de la enfermedad: la forma cutánea de la enfermedad, causa úlceras en la piel y puede resultar en un desfiguramiento similar a los efectos de la lepra. La leishmaniasis mucosa, puede destruir parcial o totalmente las membranas mucosas de la nariz, la boca, la garganta, las cavidades y tejidos circundantes.^{1,2} La forma visceral la más severa, produce fiebre alta, pérdida sustancial de peso, hinchazón del bazo y el hígado y anemia, ocasionando la muerte en más del 90% de los casos, si no son tratados.^{1,2}

Se desconoce la incidencia y prevalencia real de la enfermedad, porque solo en 52 de los países endémicos, la leishmaniasis es de notificación obligatoria. Sin embargo los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana por estos protozoos flagelados.³

En América, la leishmaniasis representa un problema significativo en salud pública debido a su alta morbilidad con distribución en algunas partes de México, América Central y América del Sur, a excepción de Chile y Uruguay. Para leishmaniasis visceral su mayor incidencia se presenta en el norte del Brasil.³

Se estima que en Colombia, existen alrededor de 11 millones de personas en riesgo, donde la transmisión principalmente se da en el área rural. La Leishmaniasis cutánea en Colombia es la forma más frecuente y ampliamente distribuida con entre 95% y 98% de los casos; la leishmaniasis mucosa, que es el resultado de la diseminación del parásito, y que se puede presentar de semanas a años después de la lesión cutánea (1% a 4%) y leishmaniasis visceral (entre el 0,1 y 1,5 %).⁴

En este orden de ideas, en Colombia, durante la década de los 90 se notificaban en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis por año, cifra que aumentó progresivamente al punto de pasar en los años 2005 y 2006 a cerca de 20.000 casos cada año notificados al sistema y durante el 2007 un descenso en los casos a cerca de 14.000 y luego en el 2008 a 8246, aumentando luego en el 2009 y 2010 a 15455 casos y 14843 respectivamente y luego en el 2011 con 9241 casos.⁴

En Norte de Santander, se han identificado y caracterizado focos en los municipios de Bochalema, Cáchira, Pamplonita, Durania, Ragonvalia, Arboledas y Chinácota. Se mantiene la vigilancia para Leishmaniasis visceral en el municipio de Bochalema. La mortalidad por Leishmaniasis visceral, en su histórico con un caso atípico del municipio de Bochalema en el año 2006 y una mortalidad mas en la vigencia 2014 del departamento el cual no se logro precisar el municipio de procedencia.^{5, 6}

En el departamento, la tasa de morbilidad por Leishmaniasis cutánea en el año 2016 fue, de 37.5 por cada 10 mil habitantes expuestos al riesgo y respecto al total de la población del departamento fue de 8,09 por cada 10 mil habitantes.^{5,6}

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo de los casos de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral durante el periodo 2014 al 2016.

La fuente utilizada para la recolección de los datos corresponde al Sistema de Información en Salud Sivigila individual, de los casos notificados de las tres formas clínicas de la enfermedad (leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral).

Se tomó la base de datos suministrada por el Sivigila, y se llevó a cabo la depuración para eliminar los registros duplicados, organizando los registros ascendientemente por número de identificación y luego por fecha de notificación, tomando en cuenta los criterios de registros con diferencias de semanas epidemiológicas mayores a 12, fecha de notificación y de ajuste igual.

Se realizó una descripción a partir de las variables: semana epidemiológica, edad, sexo, departamento, municipio y área de ocurrencia de los casos, ocupación del paciente, tipo de seguridad social en salud, pertenencia étnica, grupo poblacional, fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta; obtenidos de las fichas de datos básicos. Las variables número y ubicación de las lesiones, mucosa afectada, signos, síntomas, antecedentes de tratamiento, tratamiento realizado y dosis, fueron obtenidas de la ficha de datos complementarios.

La matriz de registro se realizó de acuerdo al nivel de medición, los valores y la codificación establecido en las fichas de notificación. Los datos se procesaron en el programa Excel, utilizando frecuencias absolutas y relativas para la generación de registros retrospectivos de la situación del evento, estimando la magnitud en lugar y persona; estableciendo su tendencia y detectando cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo.



Tabla 1. Casos notificados de leishmaniasis cutánea según municipio de procedencia. Porcentaje. Norte de Santander, Colombia. Periodo 2014 - 2016.

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



Municipio de Procedencia	2014	%	2015	%	2016	%	Total	%
Arboledas	70	23%	174	36%	158	15%	402	22%
Cucutilla	13	4%	35	7%	144	14%	192	10%
Chinacota	5	2%	41	8%	127	12%	173	9%
Cachira	42	14%	36	7%	43	4%	121	7%
Bochalema	19	6%	23	5%	65	6%	107	6%
Pamplonita	10	3%	18	4%	76	7%	104	6%
Salazar	2	1%	5	1%	96	9%	103	6%
Gramalote	8	3%	23	5%	50	5%	81	4%
Durania	20	7%	23	5%	33	3%	76	4%
Tibu	17	6%	8	2%	51	5%	76	4%
La Esperanza	17	6%	11	2%	18	2%	46	2%
Ragonvalia	5	2%	15	3%	17	2%	37	2%
Sardinata	14	5%	7	1%	15	1%	36	2%
El Zulia	4	1%	3	1%	22	2%	29	2%
Cucuta	1	0%	6	1%	17	2%	24	1%
Santiago	3	0%	3	1%	20	2%	23	1%
Toledo	5	2%	7	1%	11	1%	23	1%
Los Patios	4	1%	3	1%	12	1%	19	1%
Ocaña	13	4%	2	0%	4	0%	19	1%
Desconcido	3	1%	8	2%	11	1%	22	1%
Lourdes		0%	2	0%	15	1%	17	1%
Abregos	5	2%	3	1%	6	1%	14	1%
El Tarra	5	2%	2	0%	7	1%	14	1%
Herran		0%	7	1%	7	1%	14	1%
Villa Caro	3	1%	1	0%	10	1%	14	1%
Hacari	4	1%	6	1%	3	0%	13	1%
Convención	3	1%	4	1%	2	0%	9	0%
Villa del Rosario		0%	6	1%	2	0%	8	0%
EL Carmen	2	1%		0%	5	0%	7	0%
San Calixto	5	2%	2	0%		0%	7	0%
Teorama	4	1%	2	0%	1	0%	7	0%
Bucarasica	3	1%	1	0%	1	0%	5	0%
Labateca		0%	1	0%	2	0%	3	0%
Puerto Santander		0%	1	0%	1	0%	2	0%
San Cayetano	1	0%		0%		0%	1	0%
Total	307	100%	489	100%	1052	100%	1848	100%

Fuente: Sivigila, 2017

Los casos de leishmaniasis cutanea del departamento Norte de Santander notificados desde el 2014 al 2016 corresponden con 1848 casos concentrados en los municipios de Arboledas, Cucutilla, Chinacota, Cachira, Bochalema y Pamplonita.

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFPS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO: BECAUCO EN LÍNEA). Favor enviar escaneada la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@ma.losm y proyeccion_socia@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

GP

IS

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos de leishmaniasis. Porcentaje. Norte de Santander, Colombia. Periodo 2014 - 2016.

Variable	Categoría	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Sexo	Masculino	205	67%	317	65%	643	61%	1165	63%
	Femenino	102	33%	172	35%	409	39%	683	37%
Tipo de Regimen	Subsidiado	216	70%	399	82%	810	77%	1425	77%
	Contributivo	28	9%	34	7%	114	11%	176	10%
	No Afiliado	31	10%	32	7%	46	4%	109	6%
	Excepción	13	4%	20	4%	65	6%	98	5%
	Especial	19	6%	4	1%	13	1%	36	2%
	Indetermina		0%		0%	4	0%	4	0%
Pertenencia la Etnia	Otros	300	98%	486	99%	1045	99%	1831	99%
	Negro	3	1%	2	0%	2	0%	7	0%
	ROM gitano	3	1%		0%	2	0%	5	0%
	Raizal	1	0%		0%	3	0%	4	0%
	Indigena		0%	1	0%		0%	1	0%
Area	Rural	262	85%	396	81%	846	80%	1504	81%
	Cabecera	30	10%	67	14%	143	14%	240	13%
	Centro	15	5%	26	5%	63	6%	104	6%
grupos de Edad	Menor de 1		0%		0%	4	0%	4	0%
	1 a 4 años	12	4%	16	3%	39	4%	67	4%
	10 a 14 años	43	14%	81	17%	109	10%	233	13%
	15 a 19 años	46	15%	62	13%	148	14%	256	14%
	20 a 24 años	42	14%	46	9%	114	11%	202	11%
	25 a 29 años	28	9%	36	7%	80	8%	144	8%
	30 a 34 años	22	7%	29	6%	71	7%	122	7%
	35 a 39 años	15	5%	37	8%	63	6%	115	6%
	40 a 44 años	19	6%	31	6%	65	6%	115	6%
	45 a 49 años	12	4%	24	5%	43	4%	79	4%
	5 a 9 años	20	7%	35	7%	99	9%	154	8%
	50 a 54 años	9	3%	27	6%	50	5%	86	5%
	55 a 59 años	13	4%	28	6%	46	4%	87	5%
	60 a 64 años	7	2%	8	2%	45	4%	60	3%
	65 y mas años	19	6%	29	6%	76	7%	124	7%

Fuente: Sivigila, 2017

De acuerdo con la variable de lugar y persona se registraron casos en 34 municipios del departamento Norte de Santander. El 63 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 77 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el área más recurrente con el 81% fue el área rural, el 99% de los casos pertenece a otros, el mayor porcentaje de casos (14 %) se registraron en pacientes entre 15 y 19 años.

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

IS

Tabla 3. Comportamiento de otras variables de interés en los casos leishmaniasis. Porcentaje. Norte de Santander, Colombia. Periodo 2014 - 2016.

Variable	Categoría	2014	%	2015	%	2016	%	Total	%
Fuente:	Estudiante	85	28%	168	34%	271	26%	524	28%
	Hogar (ama de casa)	48	16%	90	18%	207	20%	345	19%
	Agricultores de cultivos transitorios	60	20%	75	15%	151	14%	286	15%
	Agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de arboles y arbustos)	31	10%	67	14%	118	11%	216	12%
	Soldados de las fuerzas militares	19	6%	18	4%	39	4%	76	4%
	Menor de edad	14	5%	9	2%	47	4%	70	4%
	Militar	11	4%	1	0%	5	0%	17	1%
	Mineros y canteros	6	2%	0	0%	10	1%	16	1%
	Cesante o sin ocupación o desempleado	4	1%	2	0%	7	1%	13	1%
Hospitalización	Otros	29	9%	59	12%	197	19%	285	15%
	SI	8	3%	4	1%	24	2%	36	2%
	NO	299	97%	485	99%	1028	98%	1812	98%
Recibió	SI	24	8%	67	14%	122	12%	213	12%
Tratamiento anteriormente	NO	283	92%	422	86%	930	88%	1635	88%
Coinfección con VIH	SI	0	0%	2	0%	10	1%	12	1%
	NO	17	6%	248	51%	701	67%	966	52%
	SIN INFORMACIÓN	290	94%	239	49%	341	32%	870	47%
Localización de lesión	Cara	35	11%	58	12%	120	11%	213	12%
	Tronco	54	18%	66	13%	182	17%	302	16%
	Miembros superiores	132	43%	193	39%	389	37%	714	39%
L.Cutanea	Miembros inferiores	133	43%	237	48%	491	47%	861	47%

Sivigila, 2017

Las principales frecuencias relativas acumuladas de las ocupaciones de los casos de Leishmaniasis cutánea corresponden a estudiantes en un 28%, hogar (ama de casa) representaron el 19%, agricultores de cultivos transitorios 15% y agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de árboles y arbustos) 12%, los porcentajes más bajos se registraron en soldados de las fuerzas militares y menores de edad (4%), militar, mineros y canteros y cesantes sin ocupación o desempleados (1%)

Con referencia a los antecedentes de hospitalización, solo el 2% lo requirió, mientras que 98 % de los casos no fueron hospitalizados. El 88% refieren no haber sido tratados anteriormente, con un 12 % de casos que si tienen antecedentes de haber tomado tratamiento.

Las lesiones de leishmaniasis cutánea en mayor porcentaje se ubicaron en miembros inferiores (47%), mientras que en menor porcentaje situadas en cara (12%).

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 850901817 a favor de la UFPS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO RECAUDO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2017@guilma.com y proveccion_sociedad@fas.edu.co

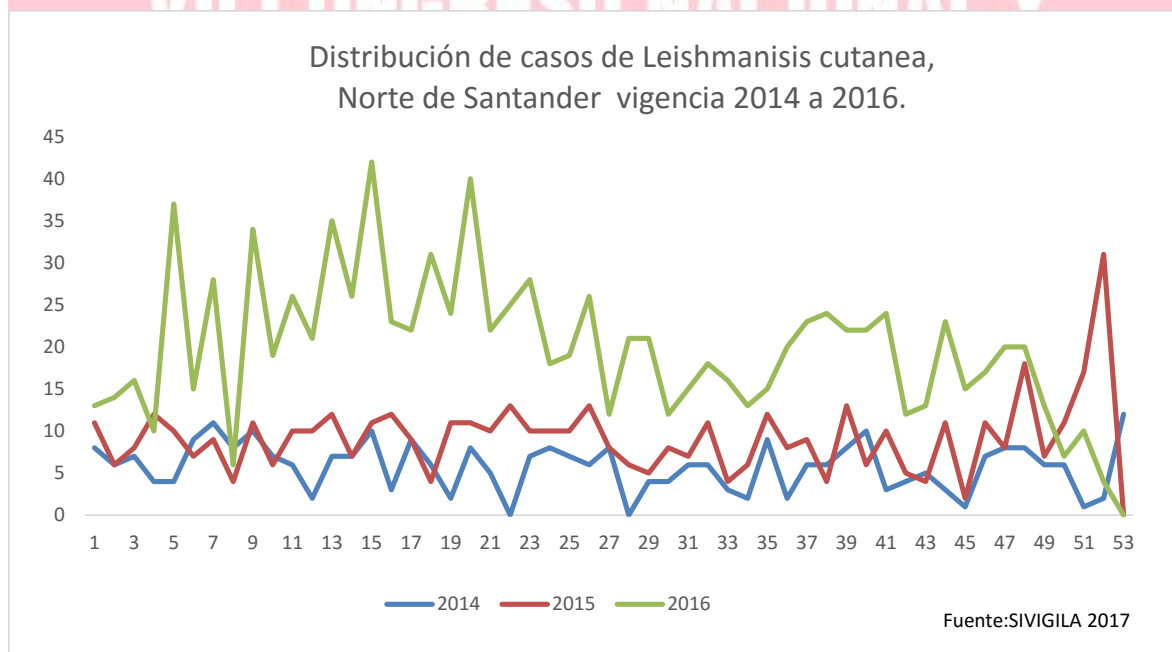
Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

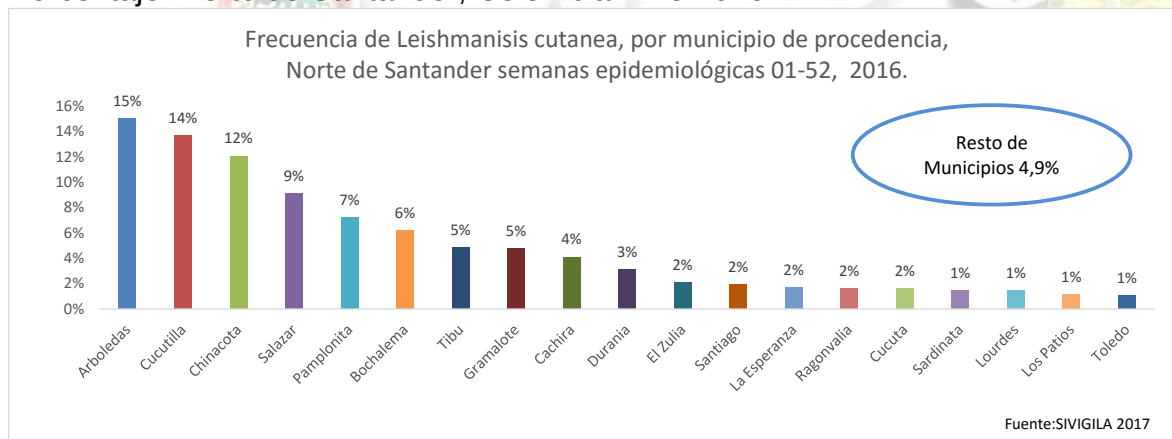
IS

Gráfica 1. Distribución de casos de Leishmaniasis cutánea, según porcentaje. Norte de Santander, Colombia. Periodo 2014 - 2016.



Según la notificación realizada al sistema de información SIVIGILA, en el año 2014 se informaron 307 casos, para el 2015, 489 casos y para el 2016 un total de 1052 casos confirmados de L. cutánea.

Gráfica 2. Frecuencia de Leishmaniasis cutánea, por municipio de procedencia. Porcentaje. Norte de Santander, Colombia. Año 2016.



La distribución de los casos nuevos registrados de leishmaniasis cutánea en Norte de Santander para el año 2016 representaron una tasa de incidencia de 36,1 casos por 100.000 habitantes en riesgo (población del área rural). Los municipios con la mayor frecuencia registrada Arboledas, Cucutilla, Chinacota, Salazar, Pamplonita y Bochalema.

Tabla 4. Distribución de casos de Leishmaniasis mucosa, Norte de Santander, Colombia Periodo 2014 - 2016.

Municipio de Procedencia	2014	2015	2016	Total
Chinacota			1	1
Pamplonita	1			1
Tibu	1			1
Villa Caro			1	1
Desconocido		1	2	3
Total	2	1	4	7

Fuente: Sivigila, 2017

Para la Leishmaniasis mucosa, se notificaron 7 casos para el departamento Norte de Santander de estos 3 casos no se logró identificar la procedencia del caso.

Tabla 5. Comportamiento demográfico y social de los casos de leishmaniasis mucosa. Porcentaje. Norte de Santander, Colombia. Periodo 2014 - 2016.

Variable	Categoría	2014	%	2015	%	2016	%	Total	%
Sexo	Masculino	2	100%	1	100%	3	75%	6	86%
	Femenino		0%		0%	1	25%	1	14%
Regimen de Afiliación	Subsidiado	2	100%		0%	1	25%	3	43%
	Excepción		0%	1	100%	1	25%	2	29%
	Contributivo		0%		0%	1	25%	1	14%
	No Afiliado		0%		0%	1	25%	1	14%
Pertenece a Etnia	Otros	2	100%	1	100%	4	100%	7	100%
Area	Rural	2	100%	1	100%	3	75%	6	86%
	Centro Poblado		0%		0%	1	25%	1	14%
Grupo de Edad	25 a 29 años		0%		0%	3	75%	3	43%
	30 a 34 años		0%	1	100%		0%	1	14%
	40 a 44 años	1	50%		0%		0%	1	14%
	45 a 49 años		0%		0%	1	25%	1	14%
	65 y mas años	1	50%		0%		0%	1	14%

Fuente: Sivigila, 2017

Con referencia en leishmaniasis mucosa, el 86% pertenece al sexo masculino predominante en el grupo de edad de 25 a 29 (43%).

El régimen de afiliación se encuentra distribuido, un 43% al subsidiado y un 14% refiere estar no afiliado.

El 86% pertenece al área rural y el 100% pertenece a otra etnia.

En relación a leishmaniasis visceral, se presentó un solo caso en el año 2014 el cual corresponde a un menor de 15 años, masculino no afiliado y no se logró identificar el lugar de procedencia del caso quedando como desconocido.

En cuanto a la letalidad para leishmaniasis, se registró un solo caso de leishmaniasis visceral específicamente en el 2014.

DISCUSIÓN

El comportamiento de los casos de Leishmaniasis cutánea, respecto a años anteriores es similar debido a que, en la dinámica poblacional se cuenta con factores constantes como la migración, el conflicto armado, comportamiento vectorial, entre otros, que condicionan esta enfermedad en pacientes que en su mayoría son hombres en edad productiva, cuyas actividades son de tipo rural y los llevan a ingresar a zonas selváticas, deforestadas e intervenidas por la actividad humana.

La leishmaniasis en Norte de Santander continúa siendo un problema creciente en salud pública, dado al cambio en patrones epidemiológicos por el proceso de domiciliación del vector con hábitos de picadura intradomiciliaria y la urbanización del ciclo de transmisión, donde el ciclo selvático puede acercarse a las viviendas humanas y facilitar su interacción con un mayor número de personas, incrementando el riesgo de afectación en mujeres y todos los grupos de edad.

A lo largo de los últimos años, ha habido una expansión del ámbito geográfico y de los factores de riesgo de transmisión de la leishmaniasis cutánea. A pesar de ser una enfermedad predominantemente ocupacional, relacionada con actividades agrícolas, operaciones militares, construcción de carreteras y nuevas empresas agrícolas en bosques y otras zonas enzoóticas; la extensa deforestación ha producido un aumento rápido de los casos y una transmisión peridoméstica, periurbana e incluso urbana.

Las dificultades en el acceso al sistema de salud y de desplazamiento, las concepciones culturales que se tienen acerca de la enfermedad, la falta de oportunidad en el proceso de notificación y la disminución de la implementación de vigilancia rutinaria orientada a la vigilancia activa del evento, han llevado al incremento de casos en el departamento.

En la forma visceral, la susceptibilidad se asocia a los menores de 15 años en condiciones que generan un aumento de esta, como: las deficientes condiciones socioeconómicas, ya que las malas condiciones en las viviendas y las deficiencias de saneamiento pueden promover el desarrollo de lugares de cría y reposo de los vectores; la malnutrición, dado a que las dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y zinc, aumentan el riesgo de que progrese la enfermedad. También hay mayor susceptibilidad en pacientes inmunosuprimidos y especialmente infectados con el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) por reactivación o primo-infección de leishmaniasis visceral.

CONCLUSIONES

El 99% de los casos de las leishmaniasis se presentaron en la forma clínica cutánea, 1% en la forma mucosa y visceral. Se observó un comportamiento demográfico y social propio de la enfermedad, donde los municipios que aportan el mayor número de casos de leishmaniasis cutánea, con las incidencias más altas son Arboledas, Cucutilla, Chinacota y Salazar. Las leishmaniasis se ven influenciadas por los factores sociales y económicos del país, las actividades laborales, y el difícil acceso a los servicios de salud, como las más importantes.

Según la línea de tendencia del comportamiento del evento en el año 2016 respecto al año 2015, se presentó un incremento del 76%. El incremento de los casos obedece a la reactivación de focos de los municipios de Bochalema, Cáchira, Pamplonita, Arboledas en situación de brote desde el año 2014 y la reemergencia en municipios como Herrán y Villa Caró.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia en Salud Pública de leishmaniasis. Colombia; 2010.
- 2 Ministerio de la Protección Social. Guía de atención Clínica Integral del Paciente con leishmaniasis. Bogotá; 2010.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: Reporte epidemiológico de las Américas. No1. Abril 2013.
- 4 Instituto Nacional de Salud. Informe del evento leishmaniasis, séptimo periodo epidemiológico. Colombia; 2016.
- 5 Instituto Departamental de Salud Norte de Santander. Informe de enfermedades transmitidas por vectores. Norte de Santander; 2016.
6. Instituto Departamental de Salud Norte de Santander. Plan de contingencia de leishmaniasis. Norte de Santander; 2016.



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO DECAUDEN EN LINEA). Favor enviar escaneada la consignación con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2016@gmail.com y proveer en: social@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



TUBERCULOSIS RESISTENTE EN NORTE DE SANTANDER

Nohora Erlinda Cadena

Valeria Sofía López

Instituto Departamental de Salud Norte de Santander

RESUMEN

Con relación a la resistencia se observa un incremento progresivo año a año pasando de 3 casos en el 2011 a 27 casos en el 2015, esta situación está repercutiendo en el no cumplimiento del indicador de éxito terapéutico a nivel departamental. A partir de esta situación, surge el interés por realizar la presente investigación con el propósito de identificar los determinantes sociales relacionados con presencia de TB resistente en el departamento, de manera que se puedan implementar intervenciones en salud que sean efectivas y adecuadamente direccionadas y focalizadas de acuerdo a los determinantes sociales que inciden en esta problemática a nivel departamental. **Objetivo.** Estimar la asociación entre los determinantes de salud y la resistencia en pacientes con tuberculosis en Norte de Santander. **Materiales Y Métodos.** Para el logro de los objetivos propuestos se desarrollará un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal. La población estará conformada por los pacientes inscritos en el programa de Tuberculosis del Instituto Departamental de Salud. 2005-2015. El estudio se realizará con la información que reposa en el Instituto departamental de Salud de norte de Santander, el cual recoge la información procedente de los 40 municipios de jurisdicción y lo ubica como uno de los departamentos con más casos de TB a nivel país, de igual forma se destaca la revisión de la información de los casos procedentes del municipio de Cúcuta la cual es la sexta ciudad a nivel país con mayor incidencia de casos de TB. El análisis se realizará a través del programa SPSS versión 7.2, cálculo e interpretación de medidas descriptivas, comparación de grupos y prueba de Chi cuadrado de independencia, estimación de la OR bajo un nivel de significancia del 95%.

Palabras claves: tuberculosis, resistencia, determinantes

INTRODUCCION

La tuberculosis (TB) se constituye en un problema de salud pública en Colombia y en el mundo. Al abordar la problemática de la TB, es necesario tener en cuenta que la reemergencia mundial se debe a múltiples factores que perpetúan el problema tales como: la inequidad social, el incremento de las poblaciones de riesgo, la pandemia de la infección del VIH/SIDA, las deficiencias en los programas de control de la tuberculosis y uno que adquiere relevancia en los últimos años: la fármaco resistencia (FR), término que comprende la Tuberculosis Multidrogo-resistente (TB-MDR) (resistencia a la isoniácida y rifampicina), y la Tuberculosis Excesivamente drogo-resistente (TB-XDR) (resistencia a la isoniácida, rifampicina, quinolonas y a un aminoglicósido).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año hay 9 millones de casos nuevos de TB. Anualmente, aproximadamente 1.5 millones de personas mueren de TB, situándola como la segunda causa principal de muerte por enfermedad infecciosa después del VIH. Aproximadamente 490.000 nuevos casos de tuberculosis farmacorresistente surgen cada año en el mundo, causando 110,000 muertes. Aproximadamente 2 mil millones de personas (1 de cada 3 en el mundo) están infectadas por *Mycobacterium tuberculosis*. Entre éstas cerca de 50 millones lo están por cepas resistentes a los medicamentos (1).

Se estima que la TB Multidrogorresistente (MDR) constituye alrededor de un 5% del total de casos nuevos de TB lo que significa una incidencia de aproximadamente 8 x 100.000 habitantes. En el grupo de pacientes previamente tratados, la frecuencia de TB MDR presenta una tasa de curación del 66,0%, con tasas de abandono mayores al 10,0% (2). Menos del 3% del número total estimado de casos de tuberculosis multirresistente y ultrarresistente reciben tratamiento acorde con las normas recomendadas por la OMS (3).

En un estudio se realizó un análisis retrospectivo de la TB multidrogoresistente (MDR), observándose un incremento del 55,8% desde el año 2001 (43 casos MDR) al 2009 (120 casos MDR), comportamiento que obedece a factores como el aumento en el uso del cultivo, dinámica de transmisión de la enfermedad y poco abordaje de las principales causas generadoras de resistencia a fármacos en este periodo (4).

En un estudio realizado en Colombia en el 2012, se reportó que la Tuberculosis resistente se presenta en mayor proporción en las Mujeres (65%); en el rango de edad de 25 a 34 años seguida de los 15 a 24 años; el 51% de los casos notificados pertenecen al régimen subsidiado. El 92,5% de los casos notificados fueron TB Pulmonar y 7,5 extrapulmonar. La clasificación según antecedente de tratamiento 61 casos eran previamente tratados y 33 casos nuevos (5). Moreno, García y Muñoz, encontraron que 2,2% de la muestra estudiada presentaba con TB resistente, se evidenció que el abordaje terapéutico desacertado, favorece no solo el desarrollo de MDR, sino también la propagación del bacilo y por ende el control de la enfermedad (6).

En Norte de Santander, la incidencia de TB ha presentado un leve aumento en los últimos años pasando de 28 en el 2011 a 31 por cien mil habitantes en el 2015. Respecto a la mortalidad ajustada por edad y subgrupos de causas en la población masculina, la mortalidad por tuberculosis ocupa el tercer puesto dentro de las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres del departamento, y su comportamiento ha sido variable durante el 2005 y 2013, registrándose tasas que oscilan entre 4.1 y 7.6 muertes por cada 100.000 hombres(15). Durante el periodo 2007 a 2011, la letalidad por tuberculosis, primordialmente la tuberculosis pulmonar, ocupó el segundo lugar,, con tendencia a su disminución durante los últimos dos años. Frente a la letalidad por tuberculosis, en el 2011 para hombres fue igual a 6,4% y para las mujeres fue igual a 3,7%; de manera que la letalidad por este evento en el departamento es 0,74

veces mayor en los hombres. La tasa de letalidad por tuberculosis es significativamente mayor a la de Colombia, convirtiéndose en un problema de priorización a nivel del Departamento

Con relación a la resistencia se observa un incremento progresivo año a año pasando de 3 casos en el 2011 a 27 casos en el 2015, esta situación está repercutiendo en el no cumplimiento del indicador de éxito terapéutico a nivel departamental. Esta situación puede tener consecuencias imprevisibles debido a que la población portadora de cepas resistentes pueden ser la fuente de una epidemia de tuberculosis incontrolable (7) .

De ahí la importancia de identificar los determinantes sociales relacionados con la incidencia TB resistente. Dentro de los determinantes relacionados con los servicios de salud se encuentra: un tratamiento irregular, prescripción incorrecta de regímenes terapéuticos, la falta de continuidad en los tratamientos; las limitadas facilidades para los pacientes; la deficiente infraestructura asistencial y el manejo inadecuado de los efectos adversos que pueden limitar su efectividad, conllevando al desarrollo de la farmacoresistencia (8, 9, 10).

Dentro de los determinantes relacionados con el paciente, se encuentra el conocimiento acerca de la tuberculosis y el creer en la efectividad de la medicación, que influye en la decisión de un paciente para finalizar o no el tratamiento; y las experiencias y vivencias dan como resultado lo que las personas hacen para curarse(11).

Otro factor es la pobre adherencia al tratamiento (8, 9). Igualmente, el abandono al tratamiento el cual se presenta especialmente en el hombre, que refiere algún tipo de malestar durante el tratamiento, con antecedente de abandono previo, de consumo de drogas recreativas, que no demostró un excelente nivel de satisfacción con la información recibida, así como aquel paciente que consideró que no contaba con el tiempo necesario para acceder al programa de TB. Siendo factores de protección que disminuyen el abandono: presentar una educación superior, tener pareja, confiar en el tratamiento, contar con un ambiente familiar adecuado, no considerar excesiva la cantidad de medicamentos, presentar buena relación con el personal de salud, haber recibido visita domiciliaria a los 3 días de ausencia y considerar la información recibida entre buena y excelente (12).

Igualmente se han encontrado factores sociales y del entorno, relacionado con la TB resistente, como el aislamiento de algunas poblaciones, la falta de viviendas, la estigmatización social de los enfermos (10), la pobreza (12).

En Colombia, las causas de los cambios recientes en el comportamiento de la tuberculosis no han sido ampliamente estudiadas, no obstante, algunos estudios han empezado a explorar varios posibles determinantes, entre los que están, los efectos del sistema de salud la ley 100 de 1993, el desplazamiento por migración interna debido al conflicto armado, los sistemas de conocimiento de la enfermedad por medio de la información brindada por el equipo de salud, la aparición de

resistencia a los fármacos antituberculosos y la estigmatización de las personas con tuberculosis por creencias de transmisión sin fundamento científico (13).

La Asamblea Mundial de Salud, de la cual Colombia hace parte, se firmó la Resolución WHA62.15, donde los Estados Miembros se comprometen a hacerle frente a la amenaza de la TB-MDR y la TB-XDR. Reconociendo que la aparición y la propagación de la tuberculosis multirresistente y ultrarresistente se ven facilitadas por una detección insuficiente de los casos y porque no se aplica adecuadamente el tratamiento de observación directa (DOTS) (3).

En ese sentido las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) exigen más investigación sobre la tuberculosis farmacorresistente debido a su ascendente crecimiento a nivel mundial y poniendo en manifiesto importantes lagunas en el conocimiento de la tuberculosis como la baja calidad del tratamiento, su duración y el manejo de la enfermedad (14).

En la población del departamento de Norte de Santander, existe una alta prevalencia de determinantes sociales y estructurales que pueden estar contribuyendo a la presencia de TB resistente. En el departamento, un alto porcentaje de la población con condiciones socioeconómicas favorables para la TB, como se evidencio en el análisis situacional de salud del departamento que mostro que el 30.4% de la población en Norte de Santander se encuentra con necesidades básicas insatisfechas; Los municipio con mayor proporción de NBI son Hacarí, San Calixto, El tarra y el Carmen, con cifras que superan el 66%, todos estos municipios ubicados en la regional Ocaña. El 17.2% de los hogares en el Departamento no cuentan con acceso a agua mejorada, siendo igual proporción a la observada en el país. El 13.6% no cuenta con adecuada eliminación de excretas, porcentaje por debajo del nivel nacional, pero sin diferencias importantes(15).

El coeficiente Gini para Norte de Santander en 2012 se ubicó en 0.49, valor por debajo del estimado a nivel nacional (0.54). El 11.0% de la población del Departamento son personas en miseria, situación acentuada en la zona rural del Departamento (29.3%). El 11.0% de la población del Departamento son personas en miseria, situación acentuada en la zona rural del Departamento (29.3%). El 11.8% de la población del Departamento vive en hacinamiento; dicha proporción en la zona rural es del 18.5% y en la zona urbana del 10%.

Según los resultados del censo general del 2005, el 23.1% de los hogares en Norte de Santander, cuentan con personas sin ninguna instrucción escolar; es decir, analfabetas; dicha proporción está por encima de la observada en el país (18.5%), aunque sin diferencias significativas. La mayor parte de estos hogares se concentran en la zona rural de los municipios. En cuanto al mercado laboral los resultados obtenidos para el 2013 indican que la tasa de desempleo para Norte de Santander fue de 13,0% y para Cúcuta de 15,6%.

La alta prevalencia de TB resistente en el departamento junto con el consiguiente bajo éxito terapéutico en estos pacientes en el Departamento Norte de Santander,

evidencia la necesidad de direccionar las estrategias para mejorar las tasas de éxito terapéutico, de acuerdo con los determinantes que están incidiendo en su ocurrencia. A partir de esta situación, surge el interés por realizar la presente investigación con el propósito de identificar los determinantes sociales relacionados con presencia de TB resistente en el departamento, de manera que se puedan implementar intervenciones en salud que sean efectivas y adecuadamente direccionadas y focalizadas de acuerdo a los determinantes sociales que inciden en esta problemática a nivel departamental.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio

Para el logro de los objetivos propuestos se desarrollará un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal.

Población y Muestra

Pacientes inscritos en el programa de Tuberculosis del Instituto Departamental de Salud. 2005-2015

Criterios de Inclusión

Pacientes que se hayan inscritos al programa desde 1 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2015

Paciente del cual se evidencia calidad en el registro de la información por parte de la IPS.

Procedimientos y Recolección de los Datos

El estudio se realizara con la información que reposa en el Instituto departamental de Salud de norte de Santander, el cual recoge la información procedente de los 40 municipios de jurisdicción y lo ubica como uno de los departamento con más casos de TB a nivel país, de igual forma se destaca la revisión de la información de los casos procedentes del municipio de Cúcuta la cual es la sexta ciudad a nivel país con mayor incidencia de casos de TB.

Procesamiento de la información

El análisis se realizara a través del programa SPSS versión 7.2, calculo e interpretación de medidas descriptivas, comparación de grupos y prueba de Chi cuadrado de independencia, estimación de la OR bajo un nivel de significancia del 95%.

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FIDE REFERENCIA 800 (FORMATO RECAUDO EN LINEA). Favor enviar a: registro@ufps.edu.co o a la oficina de ciudadanía y lugares expedición de la UFPS y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: registro@ufps.edu.co para los trámites y procesos en: sociedad@ufps.edu.co

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Tuberculosis Fármacorresistente: Una Guía Práctica para la Atención Médica del Paciente. (Epidemiología y antecedentes). Revisión de la epidemiología de la TB. PÁG: 05. Disponible en: http://sntc.medicine.ufl.edu/Files/drtbspanish/documents/tb_farmacorresistente_guia.pdf. Citado el 7 de Junio del 2016

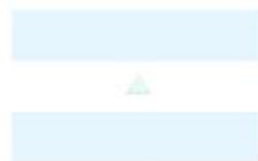
2. Llanos F. Velásquez J. Gottuzzo E. García P. En el estudio tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos?, Revista Peruana Médica Especializada Salud Publica. (Perú): 2012; 29(2):259-264. (Disponible en internet): (Citado el 30 de mayo del 2016).
3. 62ª asamblea mundial de la salud. Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente. OMS62.15. 22 de mayo de 2009. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R15-sp.pdf. Citado el 7 de junio del 2016
4. Fundación Neumológica Colombiana M de la protección social, Instituto Nacional de Salud O panamericana de la salud. Guía para el manejo programático de pacientes con tuberculosis farmacorresistente [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: [http://cimce.org/Gu%C3%ADa%20para%20el%20manejo%20program%C3%A1tico%20de%20pacientes%20con%20tuberculosis%20farmacorresistente.p](http://cimce.org/Gu%C3%ADa%20para%20el%20manejo%20program%C3%A1tico%20de%20pacientes%20con%20tuberculosis%20farmacorresistente.pdf)df
5. Instituto Nacional de Salud, Colombia, Tuberculosis Farmacorresistente nuevo evento de notificación obligatoria Código 825. Salud Pública, 2012. Citado el 04 de Diciembre del 2013.(En línea disponible en): <http://www.ins.gov.co/Noticias/Memorias%20Reunin%20Nacional%20de%20Vigilancia%20y%20Control%20e/2-3-TB%20resistente.pdf>. Citado el 04 de junio del 2016.
6. Pedraza Moreno, LM, García Alvarado, CA y Muñoz Sánchez, AY. Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de Bogotá D.C. (Colombia). (En línea disponible en internet): <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.128721>. Citado el 8 de junio del 2016.
7. Coll P. Fármacos con actividad frente a Mycobacterium tuberculosis. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21(6):299–308.
8. Llanos F. Velásquez J. Gottuzzo E. García P. En el estudio tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos?, Revista Peruana Medica Especializada Salud Publica. (Perú): 2012; 29(2):259-264. (Disponible en internet): (Citado el 4 de junio del 2016).
9. Abbate e. vescovò m. natiello m. cufre m. garcia a. ambroggi m. poggi s. simboli n. ritacco v. Tuberculosis extensamente resistente (xdr-tb) en argentina: aspectos destacables epidemiologicos, bacteriológicos, terapéuticos y evolutivos. Revista Argentina de Medicina Respiratoria (2007). N° 1: 19-25. (Disponible en internet): Citado el 4 Junio del 2016).
10. Montero E. La resistencia a múltiples fármacos: una amenaza para el control de la tuberculosis. Revista Panamericana en Salud Publica. 16. (1). Cuba:(2004). (Disponible en internet):Citado el 4 de Junio del 2016.
11. OMS, Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. (En línea disponible en internet): http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=. Citado el 8 de Junio del 2016.
12. Dante R. Culqui, César V. Munayco E., Carlos G. Grijalva, Joan A. Cayla, Olivia Horna-Campos, Kenedy Alva Ch. y Luis A. Suarez O. Factores

- asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional. Perú. (En línea disponible en internet: <http://www.archbronconeumol.org/es/factors-associated-with-the-non-completion/articulo/90128693/>. Citado el 8 de Junio del 2016.
13. Idrovo, Álvaro. Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá Colombia. Biomédica, Publicado por el Instituto Nacional de Salud. (Colombia). 2004. Disponible en línea de internet <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84324404.pdf> Citado: 02 de Marzo del 2013.
 14. Diario ABC en salud. La OMS reclama más investigación en la tuberculosis farmacorresistente. Madrid. (En línea disponible en internet): <http://www.abc.es/salud/noticias/reclama-investigacion-tuberculosis-farmacorresistente-9867.html>. Citado el 7 de Junio del 2016.
 15. Instituto Departamental de Salud, Norte de Santander. Analisis de Situación de Salud – Norte de Santander 2015.
 16. Alberto Mendoza Ticona^{1a}, Eduardo Gotuzzo Herencia, Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), historia y situación actual, Acta Med Per 25(4) 2008, Perú, revisado el día 05 de septiembre del 2016, disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n4/a11v25n4.pdf>
 17. Alberto Mendoza-Ticona^{1a}, Luis Asencios-Solís^{1b}, Neyda Quispe-Torres^{1b}, Elena Leo-Hurtado^{1b}, Evidencia de tuberculosis con resistencia extendida a drogas de segunda línea (TB XDR) en el Perú, Scielo, Rev. perú. med. exp. Salud publica v.24 n.3 Lima jul./set 2007, Perú, consultado el día 05 de septiembre del 2016, disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300019
 18. Luis Asencios, Marco Galarza, Neyda Quispe, Lucy Vásquez, Elena Leo, Eddy Valencia, Juan Ramírez, Margoth Acurio, Rosario Salazar, Alberto Mendoza Ticona, Omar Cáceres, Prueba molecular Genotype® MTBDRplus, una alternativa para la detección rápida de tuberculosis multidrogorresistente, Scielo, Rev. perú. med. exp. salud publica v.29 n.1 Lima mar. 2012, Perú, consultado el día 26 de agosto del 2016, disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100014&script=sci_arttext
 19. Miguel ángel salazar lezama, alfredo torres cruz rafael ricardo valdez vázquez enrique lópez segundo, resultados de tratamiento de tuberculosis resistente en 91 pacientes del instituto nacional de enfermedades respiratorias: 2001-2003, Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. vol.17 no.1 México mar. 2004 disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000100003
 20. Rodrigo Arturo Arnez-Durán, Luis Alberto Ayllón-Anzaldo, Rosario Castro-Soto, Daniel Lozano-Beltrán, El Método MODS, una Alternativa para el Diagnóstico de la Tuberculosis y la Detección de Cepas Multidrogorresistentes, Scielo, Bolivia, Rev Cient Cienc Méd v.13 n.2 Cochabamba dic. 2010, consultado el día 27 de agosto del 2016, disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332010000200007&script=sci_arttext

21. M. S. Jiménez, M. Casal, Situación de las resistencias a fármacos de Mycobacterium tuberculosis en España, Grupo Español de Micobacteriología (GEM), consultado el día 10 de septiembre del 2016, disponible en: <http://seq.es/seq/0214-3429/21/1/jimenez.pdf>
22. A. Méndez Echevarría, F. Baquero Artigao, M.J. García Miguela, P. Rojo Conejob, Y. Ballesteros Díez, B. Rubio Gribblec, J. García Rodríguez, F. del Castillo Martínez, Tuberculosis multirresistente en la edad pediátrica, Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital La Paz. Servicio de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Pediatría. Hospital de Getafe. Servicio de Microbiología. Hospital La Paz. Madrid. España. 2005, consultado el día 10 de septiembre, disponible en: file:///C:/Users/CAROLINA/Downloads/13108940_S300_es.pdf 8.
23. Luis Miravet Sorribesa, Alberto Arnedo Penab, Juan B. Bellido Blascob, María Angeles Romeu García, María Gil Fortuño, Patricia García Sidro, Pascual Cortés Miró "Brote de tuberculosis multirresistente en dos colegios de educación secundaria, Arch Bronconeumol 2016; 52:70-5 - Vol. 52 Núm.2 DOI: 10.1016/j.arbres.2015.03.010, consultado el día 10 de septiembre del 2016, disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/brote-tuberculosis-multirresistente-dos-colegios/articulo/S0300289615001131/>
24. Nelson Enrique Arenasa, Sandra M. Coronado c, Adriana García, d, Liliana Quintero y Jorge Enrique Gómez-Marín, Características clínicas y sociodemográficas de los casos con tuberculosis resistente en el municipio de Armenia, Quindío (Colombia), Revista Scielo, Vol.16, No.3 Bogotá Julio/Sept. 2012, Consultado el 25-08-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922012000300004
25. David A. de Paz a, Laura Potes a, Edgardo Quiñónez a, Luisa Fernanda Martínez b, Magda Cepeda c, Nora Guarín d, Juan Diego Vélez e, Fernando Rosso e, José Fernando García-Goez, Resistencia a fármacos antituberculosis en pacientes coinfectados con tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana, en un hospital de referencia de 2007 a 2010 en Cali (Colombia), Revista Scielo, Vol.16, No.3, Bogotá Julio/Sept. 2012, Consultado el 25-08-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922012000300006
26. Claudia Llerena , Santiago Elías Fadul , María Consuelo Garzón , Graciela Mejía , Dora Leticia Orjuela , Luz Mary García , Hilda Beatriz Álvarez , Fernando Javier Ruiz, Resistencia de Mycobacterium tuberculosis a los fármacos antituberculosos en menores de 15 años en Colombia, Revista Scielo, Vol.11, No.2, 2011, Consultado el 25-08-2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v30n3/v30n3a09.pdf>
27. Ingrid T. Gómez, Claudia R. Llerena y Angie P. Zabaleta, Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad. Colombia, 2010-2012, Revista Scielo, Vol.17, No.1, Bogotá, Junio 2015, Consultado el 22-08-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000100009

28. Claudia Llerena y Angie Zabaleta, Evaluación por el laboratorio de los casos de tuberculosis en profesionales del área de la salud, Revista Redalyc.org, Vol. 39, Núm. 4, Octubre-Diciembre, 2014, Consultado el 22-08-2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163132885004>
29. Liliana María Pantoja-Rojas y Edna Margarita Roa-Vargas, Factores relacionados con el diagnóstico de la tuberculosis mediante la prueba Chi-cuadrado para Bogotá (Colombia), Revista Scielo, Vol.33, No.2, Bogotá, Mayo-Ago. 2012, Consultado el 22-08-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362012000200003
30. Diego Alberto Molina Ramírez, Prevalencia de Corresistencia Isoniazida – Etionamida en una Cohorte de Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente y Resistente a Isoniazida en Colombia 2012 – 2013, Revista universidad nacional, Consultado el 26-08-2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/44340/1/71784557.2013.pdf>
31. Marly Yaneth Rojas Ortiz, Perfil de resistencia de tuberculosis pulmonar a Isoniazida, Rifampicina y sus combinaciones mediante Pruebas de Susceptibilidad a Fármacos antituberculosos, Colombia 2009 a 2013, Revista universidad nacional, Consultado el 26-08-2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46637/1/2759186.2014.pdf>
32. Laura Inés Plata-Casas, Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis, Revista ciencia y cuidado, Vol. 12, No. 2, Jul - Dic 2015 Cúcuta, Consultado el 26-08-2016. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>
33. Cecilia Navarro Quintero, Jaime Leonardo Rueda Rincón, José Leonardo Mendoza Ojeda, Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB, Revista ciencia y cuidado, Vol. 10, N° 1, Julio 2013, Consultado el 26-08-2016. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/275>

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 820901817 a favor de la UFPS FIDE REFINANCIA 800 (FORMATO RECAUDO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@unfpa.edu.co y proveer en: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS EN USUARIOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN (UBA) COMUNEROS, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2016.

Myriam García Gómez
Luz Karime Mayorga García
Vanessa Cordero Villamiza
Valentina Gallego Gómez
Viviana Guevara Cantillo
Luis Eduardo Rojas
Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis en usuarios que consultan en la Unidad Básica de Atención Comuneros durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2016. **Materiales y métodos:** El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado en 100 usuarios que consultan la UBA Comuneros, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando una encuesta diseñada por los investigadores la cual consta de tres dimensiones: Caracterización de la población, factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre la TB. **Resultados:** Se encuentra que están en un rango de edad entre los 18-27 años, la mayoría de sexo femenino, las ocupaciones actuales de los usuarios es la de amas de casa y estudiantes, con un nivel de escolaridad alcanzada de bachillerato completo, la mayoría de los usuarios encuestados son solteros, cuentan con seguridad social subsidiada, con estrato 1, y más de la mitad cuentan con vivienda propia siendo comuneros el barrio donde residen más usuarios con un tiempo de entre 8 meses a 10 años viviendo en el sector. **Conclusiones:** Se observa que en la población de los usuarios que consultan la UBA comuneros el nivel de conocimiento es alto, la información la han adquirido la mayoría por medio de las charlas educativas proporcionadas desde el 2008 por los estudiantes de enfermería de la UFPS y las TIC's, aunque un cuarto de la población aún desconoce la tuberculosis. **Palabras claves:** Tuberculosis, factores de riesgo, conocimientos.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la enfermedad infectocontagiosa crónica más frecuente en el mundo, actualmente es la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles después del SIDA, afecta principalmente a las personas en edad productiva. Según la Organización Mundial de la Salud esta enfermedad ocasiona 1,9 millones de muertes cada año en el mundo, se presenta con una frecuencia anual aproximada de 8 millones de casos nuevos.

En Colombia en el año 2010 se implementó el plan estratégico: “COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010-2015” para la expansión y el fortalecimiento de la estrategia “alto” a la TB. Su principal objetivo ha sido la prevención y control de la tuberculosis en el territorio colombiano, anualmente se notifican más de 11.000

casos nuevos de TB lo que indica que aún sigue siendo un serio problema de salud pública.

En Norte de Santander se diagnosticaron 400 casos de tuberculosis, en el 2013. De esos casos, 369 son nuevos y 31 previamente tratados, la mayoría en zonas urbanas. A nivel local la tasa de morbilidad para este evento es de 0.26 casos por 1.000 habitantes en el Municipio de Cúcuta.

Existen factores propios del individuo que favorecen al desarrollo de la enfermedad, tales como la edad, el estado nutricional, la pobre educación de los pacientes en este tema. Sin embargo, existen factores protectores de la TB, dentro de los cuales se encuentran los conocimientos y la conciencia que posee la población, ya que estos juegan un papel fundamental en la detección y control de la enfermedad además permite obtener buenos resultados en las estrategias de control. Por tanto, se hace necesario desarrollar actividades y estrategias en la cual exista participación por parte de la comunidad aumentando sus conocimientos.

En Cúcuta y propiamente en Colombia existen pocos estudios en la cual se evalúen los conocimientos que poseen los usuarios asistentes a centros de salud, ya que en estos lugares constantemente se brinda educación acerca de las enfermedades transmisibles entre ellas la tuberculosis. Por lo tanto el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis en los usuarios que asisten a la Unidad Básica de Atención UBA Comuneros de Cúcuta, teniendo como base los conocimientos brindados por los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander desde el año 2008

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Para la recolección de datos se tuvo en cuenta la población asistente a la UBA Comuneros los tres últimos meses anteriores al estudio, es decir Julio, Agosto y Septiembre, registrando una población de 13052 personas, información obtenida a través de los registros de asistentes en la oficina de Salud Pública de la UBA Comuneros, la muestra se obtuvo a través de un muestreo estratificado, obteniendo un total de 373 participante, debido a la intención de la investigación con fines únicamente académicos se escogió finalmente una muestra de 100 personas participantes.

La población de estudio la constituyeron hombres y mujeres, mayores de edad quienes residían en el barrio "Comuneros" de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander estrato 1-2-3 en la Unidad Básica de Atención Comuneros (UBA Comuneros) en la cual se han realizado intervenciones educativas con esta temática desde el año 2008. El procedimiento al llegar al centro de atención inició con la presentación del objetivo, y la selección de un mayor de edad que quisiera participar de forma voluntaria. Posterior se procedía a leer el consentimiento informado y una vez aceptado se diligenciaba la encuesta.

Para la recolección de la información, sobre factores sociodemográficos, factores de riesgo y conocimientos sobre la Tb, se construyó un instrumento tipo encuesta denominado “Nivel de conocimientos en pacientes y/o usuarios acerca de la Tb” teniendo en cuenta los objetivos planteados y la revisión de la literatura. La validez del instrumento se realizó por medio de 3 expertos en el tema, de la Universidad Francisco de Paula Santander, Facultad Ciencias de la Salud, quienes revisaron cada ítems haciendo sus respectivas observaciones sobre la estructura y construcción de las preguntas, dichas observaciones se tuvieron en cuenta para el cuestionario definitivo. Además se realizó una prueba piloto con 10 usuarios de la Unidad Básica de Atención de los Patios, la cual al aplicarse no se evidenció preguntas, dudas acerca del instrumento, deduciendo objetivamente que este estaba listo para aplicarse.

El instrumento se basó en la revisión de la literatura y otros estudios como: “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del área metropolitana de Bucaramanga, Santander” y “Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis multidrogorresistente en población general del Centro de Salud Mirones Bajo”. Siendo aplicado dentro de la investigación denominada “Nivel de conocimiento sobre tuberculosis en usuarios que consultan en la Unidad Básica de Atención (UBA) Comuneros, durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2016”. Se tuvieron en cuenta 35 ítems, con respuestas en su mayoría dicotómicas y otras politómicas, distribuidas en tres dimensiones la cuales son:

Primera dimensión: Caracterización sociodemográfica del encuestado que cuenta con 10 ítems

Segunda dimensión: Factores de riesgos del encuestado que cuenta 11 ítems, en esta dimensión se pretendía conocer a que factor estaban expuesto los participantes para desarrollar la Tuberculosis, teniendo en cuenta conceptos como: Drogadicción, alcoholismo, hacinamiento, y enfermedades como el VIH-SIDA, Diabetes, HTA, Cáncer, entre otras.

Y la tercera dimensión: Conocimientos acerca de la tuberculosis que poseen los encuestados, cuenta con 17 ítems, incluyendo definición, tipos, signos y síntomas, modo de transmisión, tratamiento y diagnóstico.

El instrumento contaba con consentimiento informado al entrevistado.

El análisis de la información se realizó por medio de la herramienta de “Microsoft Excel 2013” en tablas dinámicas.

RESULTADOS

Los datos se recolectaron en el periodo de septiembre a noviembre del año 2016.

Dimensión sociodemográfica

Se encuentra que del total de personas encuestadas, la mayoría son mujeres (58%) en edades entre los 18 y 27 años (32%) y que de acuerdo a su género, la gran parte tienen como ocupación ser amas de casa (23%), seguido de

estudiantes (20%), ya que a su vez, es una población joven, quienes son en su mayoría solteros (40%), de régimen subsidiado (62%), con un grado de escolaridad de bachillerato completo (37%), con estrato socioeconómico 1 en un 59%, tal como se puede precisar en la tabla 1.

Cabe precisar que dentro de esta dimensión también se obtuvo que la mayor parte de la población reside en una vivienda propia, en los sectores aledaños a la UBA Comuneros en donde se realizó el estudio, como lo son, el barrio Comuneros, Las Américas, Chapinero, Motilones, etc.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los usuarios de la UBA Comuneros

Característica								
EDAD						GENERO		
18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	68-79	Masculino 42%		
32%	26%	12%	20%	6%	4%	Femenino 58%		
OCUPACION								
Ama de casa	Empleado	Vendedor Ambulante	Comerciante Independiente	Estudiante	Desempleado	Jubilado	Minero	
23%	17%	6%	17%	20%	7%	5%	3%	
ESTADO CIVIL								
Soltero	Casado	Unión Libre		Separado		Divorciado	Viudo	
40	34	21		3		2	0	
SEGURIDAD SOCIAL								
Contributivo		Subsidiado		Régimen especial		Ninguno		
31		62		2		5		
GRADO DE ESCOLARIDAD								
Primaria incompleta	Primaria completa	Bachillerato incompleto	Bachillerato completo	Tecnología incompleta	Técnico	Universidad incompleta	Carreera universitaria	Sin estudios
4	4	15	39	7	17	3	10	1
ESTRATO SOCIOECONOMICO								
1		2			3			
59		27			14			

Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de IV semestre de enfermería de la UFPS en el II-2016, sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis en usuarios que consultan la Unidad Básica de Atención Comuneros (UBA).

Dimensión factores de riesgo

En los resultados obtenidos, se encontró que el 83% de las personas encuestadas no fuman, de igual forma, gran parte de la población no consume frecuentemente bebidas alcohólicas, no presentan ninguna enfermedad en un 68% de la población. Deduciendo así, que la población encuestada, presenta buenos hábitos con respecto al consumo de sustancias nocivas para la salud.

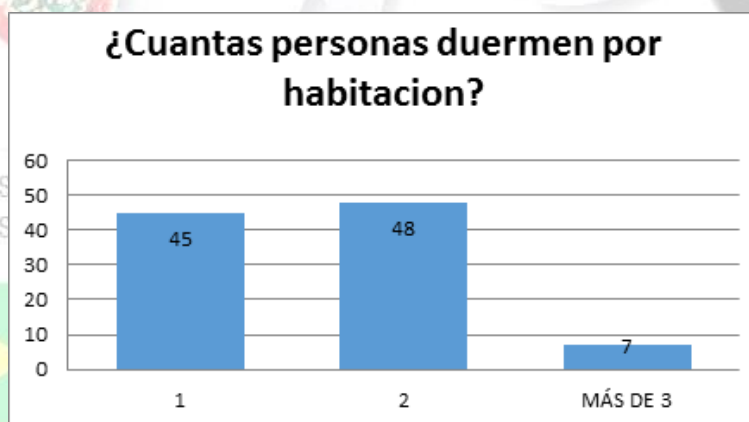
En relación con los factores de hacinamiento se encontró que de acuerdo a la cantidad de personas que viven en una misma vivienda, en relación con la cantidad de habitaciones y personas que allí duermen, como se observa en la gráfica 1 y gráfica 2.

Gráfica 1. Total de habitaciones en las viviendas.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de IV semestre de enfermería de la UFPS en el II-2016, sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis en usuarios que consultan la Unidad Básica de Atención Comuneros (UBA).

Gráfica 2. Total de personas que duermen por habitación



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de IV semestre de enfermería de la UFPS en el II-2016, sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis en usuarios que consultan la Unidad Básica de Atención Comuneros (UBA).

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

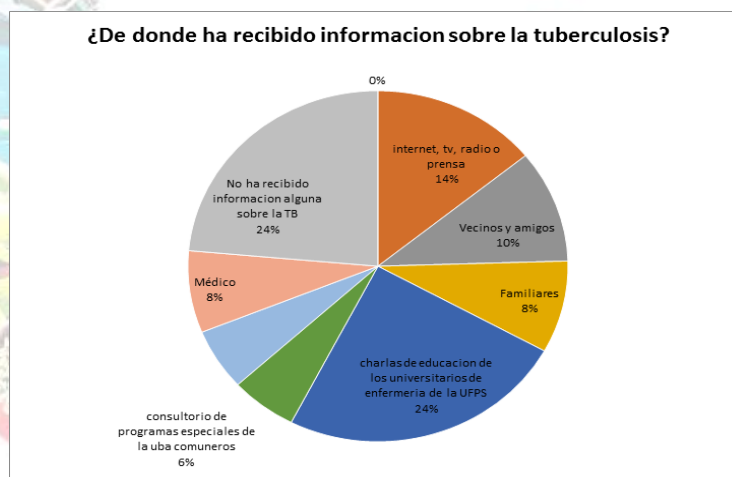
UFPS
Universidad Francisco
de Paula Santander

QIP

ds

Así mismo se interrogó acerca de si las habitaciones cuentan con ventanas encontrando que en un 89% las habitaciones poseen ventanas y en un 72% las personas las mantienen abiertas durante el día, lo cual es un factor importante para la disminución del riesgo de proliferación de los bacilos que favorecen la aparición de la enfermedad. **Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis**
Con el objetivo de evaluar el impacto que han tenido las actividades de educación que la Universidad Francisco de Paula Santander con los estudiantes del programa de Enfermería ha realizado en la Unidad desde el año 2008, se interrogó acerca de si los participantes habían recibido o no información acerca de la enfermedad, encontrando un resultado positivo en un 70% de los encuestados y el medio por el cual recibió la información fue en su mayoría por medio de los estudiantes de la UFPS del programa de Enfermería en un 24%, resultado similar al obtenido en los pacientes que no han recibido información acerca del tema en un 24%, como se puede observar en la gráfica 3.

Gráfica 3. Medio de adquisición de conocimientos sobre la tuberculosis



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de IV semestre de enfermería de la UFPS en el II-2016, sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis en usuarios que consultan la Unidad Básica de Atención Comunerós (UBA).

De acuerdo al concepto sobre tuberculosis, las personas encuestadas respondieron en un 78% acertadamente, de igual forma los tipos de tuberculosis existentes se encontró que un 84% de los participantes conocen acerca de los tipos, el órgano más afectado son los pulmones en un 83%. Con respecto al modo de transmisión el 87% de los encuestados conocen como se transmite la enfermedad y cuáles son sus síntomas.

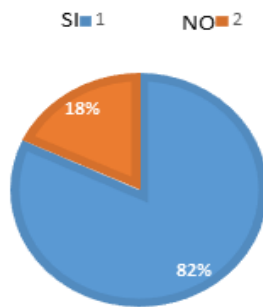
La mayor parte de los encuestados reconoce que la enfermedad tiene cura, tratamiento y que existe una vacuna para protegerse de la enfermedad.

De igual forma conocen que enfermedades como el VIH/SIDA, la diabetes entre otras enfermedades que atacan el sistema inmunitario aumentan el factor de riesgo para contraer la enfermedad. Como se puede observar en la gráfica 4.

Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 57 344 251 251

Gráfica 4. Enfermedades que favorecen la aparición de la Tb.

¿LAS ENFERMEDADES QUE DISMINUYAN LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO TALES COMO EL VIH/SIDA, DIABETES, CANCER, ENTRE OTRAS. AUMENTA EL RIESGO DE ENFERMAR DE TB?



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de IV semestre de enfermería de la UFPS en el II-2016, sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis en usuarios que consultan la Unidad Básica de Atención Comuneros (UBA).

Los participantes encuestados, respondieron correctamente en cuanto al abandono del tratamiento genera multidrogorresistencia en un 89%, también reconocieron si una persona presenta los síntomas debe acudir al médico en un 95%.

Los participantes reconocen correctamente las formas de diagnosticar la enfermedad, ya que en un 40% respondieron correctas a los diferentes exámenes diagnósticos de la enfermedad.

Para evaluar qué nivel de conocimientos tenían los participantes de la encuesta, se realizó una escala evidenciada en la tabla 2, en donde se tuvieron en cuenta 15 preguntas de las 17 presentes en la dimensión de nivel de conocimientos acerca de la Tb, excluyendo las dos primeras debido a que solo interrogaban acerca del conocimiento de la enfermedad y su forma de adquisición de conocimiento sobre ella. La escala evaluaba un nivel de conocimiento bajo, medio y alto; encontrando a los usuarios de la UBA Comuneros en un conocimiento alto acerca de la enfermedad con un promedio total general de 10 a 15 respuestas correctas en los 100 encuestados.

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000

DISCUSION

De acuerdo con la información identificada en nuestro estudio podemos realizar un análisis de los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios que han sido realizados con el mismo fin; De los resultados analizados es llamativo que cerca de un 78% del total de las personas encuestadas respondieron que la TB es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa y alrededor del 87% reconoce cual es el modo en que la enfermedad se transmite. Los resultados de la investigación Vanessa Delgado-Jaime (1) se asemejan a los de la investigación realizada, el cual expresa que un 80,38% de la población conoce que la TB es una enfermedad pulmonar contagiosa, pero que un preocupante 50,78% reconoce que es transmisible, lo cual aumenta la probabilidad de contagio.

Sobre las manifestaciones, se encontró que del total de los encuestados 100 (56%) identifican la tos, y la expectoración como síntomas clave de TB, siendo el síntoma cardinal de la enfermedad. Este resultado es superior al encontrado por Zuluaga y Betancur (2) quienes describen un 30,2% de conocimiento de su población estudiada; y similar a Jurcev y cols (3) quienes encuestaron a 386 personas en Croacia, observando un alto porcentaje de conocimiento acerca de la TB, ya que el 86% refirieron que era una enfermedad contagiosa, que se transmite por toser (83,4%), reconociendo que el síntoma más notable e importante es la hemoptisis (92,2%).

En cuanto a la forma en que se transmite la tuberculosis, se encontró que el 87% de las personas reconoce que es transmitida cuando la persona enferma de tb, habla, tose o estornuda al frente de una persona sana, así mismo, Corona y Morales (4) encontraron que la forma de transmisión que reconoce la población es que la TB se adquiere por mala alimentación, uso de objetos personales del enfermo, la higiene inadecuada ("contagio") y por el tabaquismo.

En la **Tabla 1** se observa que de los 100 participantes en el estudio, el 58% (58) fueron mujeres, mientras que el 42% (42) fueron del sexo masculino, esto demuestra que las mujeres en su rol materno y de cuidadoras son las que más poseen conocimientos acerca de la enfermedad, ubicándolas en un rango de edad de entre 18-27 años con un 32% y entre 28-37 años el 26% sin embargo, Ramírez y col (5) realizaron un estudio transversal en Veracruz, México a pacientes con TB y sus familiares evaluando el nivel de conocimiento sobre TB donde se encontró con respecto a las variables sexo y edad que no hay asociación significativa con el conocimiento de la enfermedad teniendo en cuenta su nivel de escolaridad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en torno al medio de comunicación por el que se adquiere información sobre TB, alrededor del 24% de las personas adquirió sus conocimientos por medio de las charlas educativas de los estudiantes de enfermería de la UFPS lo cual es un dato importante en el cual se ve el trabajo de los estudiantes, pero es la contraparte es bastante preocupante ya que un 24% de las personas dice no haber recibido información sobre la tb, un 14% respondió que habían recibido información sobre la TB por medio de internet, tv, radio o prensa. Analizando los resultados acerca de los conocimientos sobre los tipos de tb, el 84% de la población reconoce que existe tb pulmonar y extrapulmonar, lo cual muestra que tienen un conocimiento claro acerca de los tipos de manifestación de la tb. También cabe recalcar que el 40% de los usuarios reconoce que las pruebas diagnósticas de la tb son por medio del BK, prueba de tuberculina y RX de tórax. Datos similares a los reportados por Zuluaga y cols (6), quienes en su estudio muestran resultados parecidos en cuanto a los tipos de TB que identificaban y conocían las personas.

A pesar de ser un estudio que se enmarca en una actividad académica que puede generar sesgos en la recolección de la información, el tamaño de la muestra es adecuado para encontrar diferencias significativas en cuanto a los conocimientos que poseen los usuarios en el sitio de estudio, más específicamente en los medios por los que adquieren la información, el conocimiento como tal acerca de la

enfermedad y que harían o a donde acudirían en caso de sospechar el padecimiento de la enfermedad.

Dentro de las fortalezas del estudio está la sensibilización de la comunidad frente a estos problemas, ya que es una necesidad sentida debido a la gran prevalencia de la enfermedad en la región y a la necesidad de que las personas tengan el conocimiento de la misma con el fin de disminuir y eliminar su incidencia.

CONCLUSIONES

A pesar de las diversas investigaciones existentes, se observa la necesidad de implementar la investigación dirigida hacia el conocimiento de los pacientes sobre la tuberculosis, ya que se ha dado enfoque en gran parte es al conocimiento, prácticas y aptitudes de los trabajadores y estudiantes del sector salud sobre la tuberculosis.

Por otro lado, se observa que en la población de los usuarios que consultan la UBA comuneros el nivel de conocimiento es alto, la información la han adquirido la mayoría por medio de las charlas educativas proporcionadas desde el 2008 por los estudiantes de enfermería de la UFPS y las TIC's, aunque un cuarto de la población aún desconoce la tuberculosis.

En los usuarios de la UBA comuneros encuestados se encuentra que están en un rango de edad entre los 18-27 años, la mayoría de sexo femenino, las ocupaciones actuales de los usuarios es la de amas de casa y estudiantes, con un nivel de escolaridad alcanzada de bachillerato completo, la mayoría de los usuarios encuestados son solteros, cuentan con seguridad social subsidiada, con estrato 1, y más de la mitad cuentan con vivienda propia siendo comuneros el barrio donde residen más usuarios con un tiempo de entre 8 meses a 10 años viviendo en el sector.

También se evidencia que en los usuarios de la UBA comuneros el factor de riesgo para padecer TB que más predomina es fumar, seguido por el consumo de bebidas alcohólicas y el embriagamiento al consumirlas; en cuanto a las enfermedades que actualmente padecen los usuarios menos de un cuarto de la población presenta riesgo por padecer Diabetes y VIH/SIDA, además otra parte de la población desconoce si actualmente padece alguna enfermedad que lo coloque vulnerable para adquirir la tuberculosis.

Por último, los usuarios de la UBA comuneros no presentan factor de riesgo por hacinamiento y presentan buena ventilación en sus viviendas por lo que disminuyen la probabilidad de factores de riesgo para la incubación de la mycobacterium tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS Tuberculosis Año 2016(Internet) Disponible en: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/> Temas de salud

- 2 James Chin; 2001 El control de las enfermedades transmisibles Publicación Científica y Técnica No. 581 Decimoséptima edición (Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública) Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf>
- 3 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública; Versión 04; 2016 – 05 – 10 Tuberculosis Disponible en: Instituto Nacional de Salud <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Tuberculosis.pdf>
- 4 La vacuna antituberculosa; Documento de posición de la OMS; Organización Mundial de la Salud, 1994 (WHO/TB/94.179) Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002; Disponible en: http://www.who.int/immunization/wer7904BCG_Jan04_position_paper_SP.pdf
- 5 Fernando Fernández; Última actualización: febrero 2011 Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Versión completa Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado01/introduccion>
- 6 Tuberculosis Nota descriptiva N°104 Marzo de 2016 Organización Mundial de la salud; Centro de prensa (Internet) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- 7 Día de la Tuberculosis 2015 v7 20-03-2015 OMS disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dossier%20D%C3%ADa%20de%20la%20TB%202015%20v7%2020-03-2015%20-%20FINAL.pdf> PDF
- 8 Vanessa Delgado; Geraldine Tarazona; Laura Cadena; Salud Pública. 2015; 6: 42-53 Artículo de investigación; Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3228-16803-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3228-16803-2-PB%20(1).pdf)
- 9 Organización Mundial de la Salud CONVOCATORIA No. 050-15 (Internet) Pdf file:///C:/Users/Usuario/Downloads/050_15_P1%20ET-TdR-PN-ConsolidaTB-141015.pdf
- 10 Rafael Antonio Pabón ; Marzo 30, 2014 Revista Contraluz Cúcuta; Tuberculosis. 369 nuevos casos en Norte de Santander Disponible en: <http://contraluzcucuta.co/articulos/tuberculosis-369-nuevos-casos-en-norte-de-santander/>
- 11 Metodología de la investigación, 2010. Disponible en: <http://metodologia02.blogspot.com.co/p/justificacion-objetivos-y-bases.html>
- 12 Charo Davalos Ramirez. 2011. La justificación de la investigación. Disponible en: <http://elblogdecharitodr.blogspot.com.co/2011/11/la-justificacion-de-la-investigacion.html>
- 13 Organización mundial de la salud OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2015. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf
- 14 Corona. A. Morales. G. Pérez. L. Acosta. O. Gonzales. E. (2000). Revista Cubana Medica Trop. “Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis. 1994-1996”. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v52n2/mtr06200.pdf>
- 15 Aguilar. M. Cortés. C. Zenteno. R. (2008). Med. UNAB. “Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México”. Disponible

en:

https://www.researchgate.net/profile/R_Zenteno/publication/26569835_Conocimiento_y_actitudes_sobre_tuberculosis_del_personal_medico_de_Veracruz_Mexico/links/0fcfd5143817716130000000.pdf

16 Mushtaq M. Majrooh M. Ahmad W. Rizwam M. Luqman M. (2010). International Union Against Tuberculosis and Lung Disease "Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Punjab, Pakistan". Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2010/00000014/00000003/art00013>

17 Laurante. J. Remuzgo. F. Gallardo. J. Huapaya. L. (2010). Rev. Perú. epidemiol. (Online). "Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente". Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619933&indexSearch=ID>

18 Zarzuelo. R. (2012), Dra. Gustafsson. M. (2012) "Conocimientos sobre tuberculosis en pacientes que concurren al hospital SAMCO Dr. Reynaldo Barrionuevo de la ciudad de capitán Bermúdez". Universidad abierta Interamericana. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111941.pdf>

19 Martínez. D. Arroyo. L. Borroto. S. Gonzales. E. (2015). Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. Conocimientos y percepción del riesgo de tuberculosis en los trabajadores de la atención primaria de salud. La Lisa, La Habana. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/348>

20 Zuluaga. L. Betancur. C. Abaunza. M. Londoño. J. (1991). OPS y OMS. "Encuesta de conocimientos sobre la Tuberculosis. Comuna nororiental de Medellín, Colombia" <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18177/v111n5p414.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21 Cardona J. Hernández A. (2012). Revistad del Rosario. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana". Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/2678/2220>

22 Instituto Nacional de Salud INS. Boletín Epidemiológico. Semana 45 del año 2015. Tuberculosis. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2045.pdf>

23 Pereira E. (2015). CvLAC Colciencias. "Conocimiento, actitudes y prácticas sobre Tuberculosis en un barrio de la ciudad de Cúcuta, Colombia. Disponible en: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001383760#proyectos

24 Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Nota descriptiva N°104 Marzo de 2016 Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

25 Revista CES Salud Pública. (2015), Tuberculosis. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander. Disponible en:

<http://bdbiblioteca.ufps.edu.co:2057/docview/1734284158/8629DE49B96F4823PQ/1?accountid=43636>

26 Ministerio de salud de la Nación de Argentina, 2009. Tuberculosis. Guía de enfermedades infecciosas: tuberculosis. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/problemas-priorizados-salud/guia_tuberculosis.pdf

27 Diccionario de leyes. Factores sociodemográficos. Disponible en: <http://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>

28 Programa Nacional de tuberculosis. Prueba de PPD. Manual para la aplicación y lectura de la prueba tuberculina. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/manual_PPD.pdf

29 Salud pública de México / vol.42, no.4, julio-agosto de 2000. Prevalencia e incidencia. Principales medidas de epidemiología. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>

30 Cheesman, S, Dra. Conceptos básicos de la investigación. Conocimiento. Disponible en: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>

31 Historia del conocimiento. Conocimiento. Disponible en: <https://sites.google.com/site/groupccygv/wiki-del-proyecto/introduccion/historia-del-conocimiento#TOC-La-evolucion-del-conocimiento-unida-a-la-evolucion-del-ser-humano>

32 Nuestro municipio – Alcaldía de Cúcuta. 2016. Cúcuta Norte de Santander. Disponible en: http://cucuta-nortedesantander.gov.co/informacion_general.shtml

33 Ministerio de salud y protección social. Biblioteca digital. Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010-2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-estrategico-colombia-libre-tb-2010-15.pdf>

34 Instituto nacional de salud. Decreto número 272 de 2004. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/conocenos/Documents/Decreto%20272%20de%202004.pdf>

35 Alcaldía de Bogotá. El presidente de la república del año 2006. Consulta la normal. Decreto 2323 de 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20829>

36 Ministerio de la protección social. Alcaldía de Bogotá. Circular externa 0058 de 2009. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37349>

37 Ministerio de Salud. RID Repositorio Institucional Digital. Circular 001 de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

38 Ministerio de Salud. RESOLUCION N° 008430 DE 1993. Universidad del Rosario, Bogota, Colombia (internet). Revisión 2014/11/6. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf

39 Vanessa Delgado-Jaime, Laura del Pilar Cadena-Afanador, et al. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander. CES Salud Pública. 2015; 6: 40-51. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/f97f7d98e87443f42234285babff0a7f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037661>

40 Zuluaga L, Betancur C, Abaunza M, et al. Encuesta de conocimientos sobre la tuberculosis en la comuna nororiental de Medellín, Colombia. Bol of sanit panam.1991; 111: 414-19.

41 Jurcev A, Popovic S, Milovac S, et al. Tuberculosis knowledge among patients in out-patient settings in Split, Croatia. Int J Tuberc Lung Dis. 2008; 12: 780-785.

42 Corona A, Morales G, Chalgub M, et al. Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis. 1994-1996. Rev Cubana Med Trop. 2000; 52:110-

CONGRESO NACIONAL Y VI ENFERMEDADES INFECCIOSAS RETOS PARA EL SIGLO XXI".

AUDITORIO HOTEL BOLÍVAR - CÚCUTA - COLOMBIA
23 Y 24 DE MARZO DE 2017



G/ISP

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS

\$ 60.000

EGRESADOS UFPS

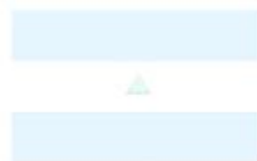
\$ 110.000

ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES

\$ 70.000

PROFESIONALES

\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2017@gmail.com y proveer en: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CONDUCTAS SOBRE TUBERCULOSIS EN USUARIOS: UNIDAD BÁSICA DE LOS PATIOS

Daniela Alexandra Fuentes Sosa
Yurky Yuleyma Ortega Gelvez
Diana Valentina Mojica Torres
Paola Bibiana Parada Pérez
Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

Objetivo: determinar los conocimientos, actitudes y conductas (CAC) sobre tuberculosis en los usuarios que asisten a la UBA Patios Centro, durante los meses de septiembre-Diciembre del 2016. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 87 usuarios mayores de 18 que asisten a la UBA Patios Centro en el mes de Octubre, que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación. Se aplicó un instrumento tomado de una investigación realizada en México en el año 2009, por Project Concern International (PCI), a través de su programa Solución a la Tuberculosis. **Resultados:** la mayoría de la población estudiada presenta regulares conocimientos acerca de la tuberculosis en un 45%, buenas actitudes y conductas para la atención de la TB en un 81% equivalente a 70 usuarios. **Conclusiones:** es de suma importancia brindar educación direccionada a las necesidades de atención en salud de la población, con charlas educativas encaminadas a la identificación de signos y síntomas específicos de la tuberculosis, generando conocimientos, actitudes y conductas que contribuyan a la prevención de la misma. **Palabras Claves:** problema de salud pública, enfermedad infectocontagiosa, muerte.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, la cual afecta casi siempre los pulmones. Esta enfermedad es un problema de salud pública, ya que, es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial en los países subdesarrollados y en vía de desarrollo, presentándose frecuentemente en las mujeres entre los 15 y los 44 años y es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH. (1) Su incidencia desde el 2000 ha disminuido un 1,5% anual y se calcula que disminuirá para el 2016 un 18%, la prevalencia en el 2015 disminuyó un 42% a la de 1990 y la tasa de mortalidad un 47% entre 1990 y 2015 alcanzándose en cuatro regiones de la OMS: Américas, Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. (2-3)

En Colombia anualmente se reportan cerca de 12.000 casos de Tuberculosis. Las entidades territoriales de Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá aportan cerca del 40% de los casos nuevos de Tuberculosis del país. Cada año se presentan alrededor de 1000 muertes por la tuberculosis pero, aun así, la tasa de mortalidad

por Tuberculosis ha disminuido cerca del 40%, pasando de 3,45 casos por 100 mil habitantes en 1999 a 2,1 en 2010 (4-5).

Un estudio emitido por el Instituto Departamental de Salud (IDS) indicó que en el año 2015 el 52% de los municipios de Norte de Santander presentaron casos de Tuberculosis, donde Cúcuta ocupa el primer puesto con 310 casos de 423, es decir, el 71%; seguido de Los Patios (24), Villa del Rosario (23) y Tibú (13). (6- 7-8)

Por otra parte, en Los Patios, la Tuberculosis, resulta ser un problema de salud pública muy común dentro de esta población actual que ha venido afectando tanto a hombres y mujeres de todas las edades.

Lo expuesto anteriormente, precisa la importancia de trabajar con los usuarios que asisten a la unidad básica de los Patios, durante los meses de Septiembre-Diciembre del 2016 con el propósito de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre tuberculosis, teniendo en cuenta que es un problema de salud pública que involucra a toda la comunidad, y no ha sido estudiado a nivel regional y local desde este enfoque, lo cual nos permitirá ahondar en una problemática que incide directamente sobre la salud pública de la región y determinar si la raíz del problema se encuentra en el déficit de alguno de estos aspectos.

La tuberculosis constituye, por sus características, un modelo ideal para la enseñanza de muy variados aspectos médicos, entre los que destacan: modelo de enfermedad social, epidemiológico, terapéutico, de cooperación internacional y de prevención. Su importancia social emana de características como: Importante mortalidad, persistente alta morbilidad, dependencia de factores socioeconómicos y un coste social elevado (9).

En abril de 1993, la OMS, declaró la TB como una urgencia mundial, considerándola una enfermedad reemergente o de aparición reciente en algunos países desarrollados e incrementándose en los en vías de desarrollo (9). Además, a nivel nacional, también se habla de la alta incidencia de tuberculosis y el aumento de la mortalidad a causa de la enfermedad, o de enfermedades anteriores que permiten el desarrollo de la misma (en el caso del VIH/SIDA).

Ante la situación presentada, la OMS, además de elaborar estrategias para la prevención, tratamiento, control, vigilancia, financiación, y programas de investigación de la enfermedad, busca estimular la producción, la traducción y la divulgación de conocimientos valiosos acerca de la tuberculosis (10), lo cual permitiría que los usuarios que asistan a centros de salud, puedan adoptar actitudes frente a la enfermedad y mejorar su práctica en aspectos de promoción y prevención de la tuberculosis:

En el municipio de Los Patios, se hace evidente esta problemática, y el personal de las instituciones de salud refiere que ésta surge a partir de aspectos

relacionados a los conocimientos, actitudes y práctica que posee la comunidad, frente a la tuberculosis, de allí el enfoque del presente estudio.

A raíz de ese panorama y de la necesidad de involucrar al profesional de enfermería, surge esta investigación, no solo como una iniciativa clara para la determinación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la tuberculosis de usuarios de una Unidad Básica de Atención en el departamento, sino también como un aporte a nivel científico, que permita ahondar en una problemática que incide directamente sobre la salud pública de la región, para determinar si la raíz del problema se encuentra en el déficit de alguno de estos tres aspectos. (11)

En los resultados de una literatura consultada de Cardona-Arias JA, Hernández-Petro AM, se encuentran porcentajes en la escala de nivel de conocimiento: un 76% indicó un grado alto o muy satisfactorio, mientras en las actitudes un 77% mostró un resultado bajo o insatisfactorio; la frecuencia de buenas prácticas fue 48%, lo cual indica que la reducción beneficiosa de posibles casos de tuberculosis no se alcanzará en cuanto la comunidad aplique correctamente en su práctica cotidiana los conocimientos acerca de la enfermedad. (11).

Considerando lo anterior, emana la importancia de que tanto el personal de Enfermería como las estudiantes de la U.F.P.S que realicen las prácticas en la UBA Patios Centro, conozcan la tuberculosis tanto en su fisiopatología, como en la epidemiología, factores de riesgo, detección, diagnóstico, tratamientos, y sus potenciales complicaciones, para, a partir de ello, realizar capacitaciones a los usuarios que asistan a la institución mencionada, con el fin de aumentar los niveles de conocimiento acerca de la tuberculosis y generar en ellos actitudes que permitan el reconocimiento de la importancia de la implementación de buenas prácticas en lo que refiere a dicha enfermedad.

En cuanto al aspecto legal que comprende el manejo de la tuberculosis, se encuentra la estrategia de la OMS Alto a la Tuberculosis, que sostiene el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 de la Alianza Alto a la Tuberculosis, describe los principales enfoques necesarios para prevenir y controlar la tuberculosis, haciendo hincapié en la importancia de la detección de casos por medio de cultivos bacteriológicos de calidad asegurada, (12) lo que es de relevante importancia en el presente estudio, ya que es una herramienta que puede también contribuir a mejorar los conocimientos de la comunidad, para fomentar actitudes y conductas adecuadas frente a la problemática de la tuberculosis.

En el presente estudio se tomaron en cuenta, a su vez, las siguientes normatividades: Resolución 412 de 2000, Decreto 3518 de 2006, Decreto 3039 de 2007, Resolución 425 de 2008, Circular Externa 000058 de 2009, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles), Objetivos de Desarrollo del Milenio; con las cuales se pretendía que las instituciones de salud las adoptaran con el fin de poner en práctica las

estrategias, políticas y herramientas de mejora acerca de la problemática de la tuberculosis, reduciendo la morbi-mortalidad de la misma, detectando oportunamente los casos, brindando el tratamiento adecuado y a su vez, hacer la respectiva notificación y seguimiento de los mismos. (12-13- 14)

Se pretendía también la implementación de dichas estrategias, para el desarrollo de las campañas educativas allí propuestas hacia la comunidad, por parte de las instituciones de salud, con el fin de aumentar los conocimientos acerca de la tuberculosis en la comunidad, para que las personas puedan desarrollar actitudes y conductas acorde a este gran problema de salud pública, promoviendo su salud y previniendo la enfermedad.

Bajo este esquema normativo, las actividades de prevención, vigilancia y control de la TB en Colombia se ejecutan de forma descentralizada, y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema. (12)

La tuberculosis es una enfermedad que requiere un tratamiento cuyo costo, en el 2014, por paciente tratado de TB farmacosensible, osciló entre US\$ 100 y US\$ 500 en la mayoría de los países con alta carga de la enfermedad. A su vez, el costo por paciente tratado de TB-MR, fue de US\$ 5.000 a US\$ 10.000. Es aquí donde la investigación juega un papel importante, ya que mediante la implementación de las estrategias planteadas con el fin de disminuir la incidencia de la tuberculosis, el aumento del nivel de conocimientos acerca de la enfermedad, así como el fomento de actitudes y prácticas adecuadas de la misma, se lograría una reducción en costos para las instituciones de salud, y se podrían invertir en recursos que puedan necesitar otro tipo de usuarios. (13)

Este estudio es un aporte importante para la profesión de enfermería en la región ya que sirve como guía a profesionales en formación para el diseño de programas educativos que fomenten la buena práctica en la prevención de esta enfermedad.

El estudio presenta utilidad, al permitir que se pueda consultar más adelante y haga parte de los antecedentes a nivel regional en otras investigaciones que surjan por parte de Enfermería; así mismo, con base en los resultados se puedan planear y ejecutar estrategias y actividades dirigidas a aumentar el nivel de conocimientos acerca de la tuberculosis, fomentando actitudes que permitan una buena práctica en cuanto a la prevención de la enfermedad, así como a evitar el contagio a personas del entorno en que se desarrolla el enfermo, lográndose lo anterior por medio de formación al usuario y la realización de campañas educativas a pacientes, familias y comunidades.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal; para el tamaño de la muestra se contó con una población de 120 usuarios que asistieron a la UBA patios centro durante los meses de octubre- diciembre del 2016, para la obtención de la muestra se realizó la fórmula cuyo resultado fueron 87 pacientes. La elección de la muestra se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia (intencional); una vez determinado el tamaño de la muestra, fue obtenida a partir de uno de cada cinco usuarios que asistieron a la UBA Patios Centro.

Como criterios de inclusión se tenía pacientes que deseen participar en la investigación, pacientes mayores de edad, y como criterios de exclusión Personas con trastorno mental e incapacidad cognitiva, personas que no deseen participar en el estudio.

La recolección de la información a los usuarios se realizó tomando como base, uno de cada cinco usuarios que asistieron a la UBA Patios Centro. Una vez en frente del usuario, se explicó la finalidad del estudio y se obtuvo su consentimiento por escrito para participar en el estudio, se comenzó a realizar la encuesta por medio de la entrevista directa procediendo a seleccionar las opciones en cada una del instrumento, haciendo claridad sin inducir respuestas cuando fuese necesario.

El instrumento utilizado para medir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis fue tomado de una investigación realizada en México en el año 2009, por Project Concern International (PCI), a través de su programa Solución a la Tuberculosis. Es un cuestionario sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta por parte de los participantes, ya que posee confiabilidad interna y análisis de validez de construcción lógica. (15)

Este instrumento está compuesto por seis secciones de las cuales solo se tomaron tres para aplicar en el estudio, ya que los otros no cumplen con los objetivos de esta investigación; las secciones seleccionadas fueron Información general, en la cual se encuentra lo relacionado a la clasificación sociodemográfica el cual consta de 10 preguntas, los conocimientos sobre la tuberculosis, que permitió medir los conocimientos que presentaba la población objeto; esta variable consta también de 10 preguntas y por ultimo tenemos las actitudes y conductas para la atención de tuberculosis, la cual presento una serie de preguntas con las cuales se pretendió indagar acerca de la postura y las conductas que aplica la población objeto ante la enfermedad constando de 7 preguntas. Para la medición del mismo, Se realizó preguntas abiertas, solo se formularon las preguntas, sin establecer categorías de respuesta; también se establecieron preguntas cerradas como las dicotómicas en las que se establecieron sólo 2 alternativas de respuesta, en este caso "Si o No" y a veces Ns/Nc; y las categorizadas en las que además de la pregunta, se establecieron las categorías de respuesta que a su vez se subdividieron en preguntas de respuesta espontánea, en las que el encuestador no debía leerle la respuesta al encuestado; preguntas de respuesta sugerida en las que el entrevistador leía las preguntas al encuestado; y, preguntas de valoración en las que el entrevistador leía una escala de intensidad creciente o decreciente de categorías de respuesta.

Se evaluó los conocimientos de los usuarios que asisten a la UBA patios centro de la siguiente manera el cual obtenían buenos conocimientos aquellos usuarios que su nivel de acierto fuera mayor o igual al 85% equivalente a tener más de 24 aciertos siendo 28 aciertos verdaderos, obtenían regulares conocimientos aquellos usuarios que su nivel de acierto este entre el 65% y 84% equivalente a tener de 18 a 23 aciertos y malos conocimientos aquellos usuarios que su nivel de acierto fuese menor al 65% de los casos es decir menos de 17 aciertos; En cuanto a las

actitudes y conductas que toman los usuarios para la atención de la tuberculosis se efectuó que tenían buenas actitudes y conductas Para aquellos usuarios que su nivel de acierto fuese mayor o igual al 85% equivalente a tener más de 8 aciertos siendo 9 aciertos tomados como buenas actitudes, obtenían regulares actitudes y conductas Para aquellos usuarios que su nivel de acierto este entre el 65% y 84% equivalente a tener de 6 – 7 aciertos y malas actitudes y conductas aquellos usuarios que su nivel de acierto fuese menor de 65% es decir menor de 6 aciertos. (16)

RESULTADOS

El proyecto se realizó durante los meses de Septiembre – Diciembre del 2016 y no se presentaron limitaciones al momento de recolectar la información y realizar las actividades.

Caracterización Sociodemográfica

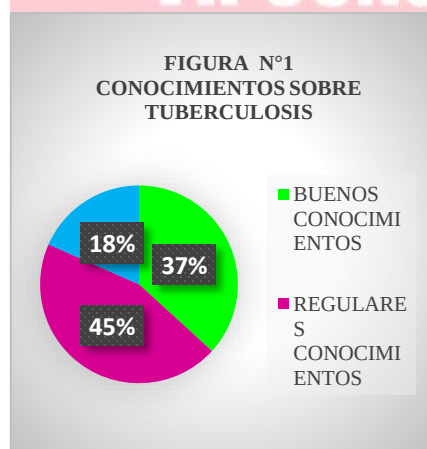
En el estudio participaron 87 usuarios de la UBA Patios Centro entre los objetivos se tuvo en cuenta, en primera instancia, la caracterización sociodemográfica, que es una variable indispensable para el análisis de las percepciones de cada participante. Dentro de esta variable se encuentran aspectos relevantes como las edades entre 18 y 32 años con un porcentaje de 40,23%; el sexo predominante es el femenino con un 72,41% del total de la muestra. Dentro de los usuarios encuestados la mayoría convive con su pareja en unión libre en un 41,38%. El nivel de escolaridad que más se presenta en la población objeto es primaria y bachillerato, con un 33,33% y 27,59% respectivamente. En cuanto a la ocupación de los usuarios encuestados se obtuvo un mayor porcentaje en las labores del hogar con un 48,28%, lo cual se relaciona con que el sexo predominante en el estudio; un 60,92% de las personas encuestadas refieren que no perciben salario; el 55,17% se encuentra desempleado y el 50,57% de la población objeto manifiesta que la vivienda que habita es propia y que allí conviven con familiares con un 97,70%,

El 98.9% de los usuarios su lugar de nacimiento es Colombia, mientras que el 1% es de Venezuela, norte de Santander es el departamento con mayor proporción con un 78%, Santander 9%, seguido Boyacá con un 3%, el municipio de los patios con 26%, Cúcuta 35.6%, con un 3% pamplona y Toledo, seguido con un 2% Bucaramanga, Herrán, Moniquira y Málaga,

Conocimientos sobre la tuberculosis

Otra variable muy importante para nuestro estudio es el conocimiento que poseen los participantes sobre la tuberculosis, el cual se plantea de la siguiente manera que la mayoría de la población estudiada presentan regulares conocimientos sobre de la tuberculosis en un 45%, (39) debido a que los usuarios no conocen acerca de los signos y síntomas de esta enfermedad como lo es el vómito con un 51,72%, la tos con sangre y el insomnio, En cuanto a la seriedad del problema de la tuberculosis en la comunidad hay un porcentaje muy similar entre algo serio 25% y no tan serio 24%.un porcentaje muy significativo el 6,90% cree que no puede curarse . Seguidamente con un 37% poseen buenos conocimientos (32), y

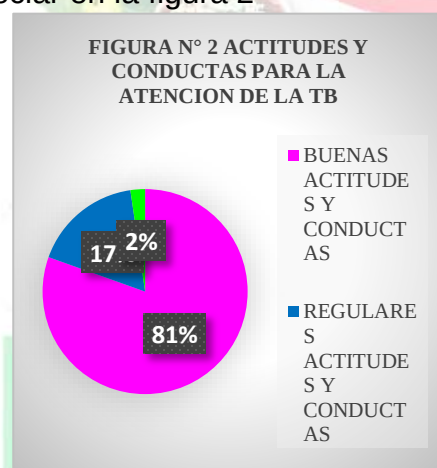
en menor porcentaje 18% poseen malos conocimientos (16), Como se puede apreciar en la figura 1.



Fuente: Ortega Y, Parada P, Fuentes D, Mojica V. Conocimiento, Actitudes y Conductas, en TB en usuarios que asisten a la UBA patios centro, octubre de 2016, 28 de noviembre de 2016

Actitudes y conductas para la atención de tuberculosis

La mayoría de la población estudiada presentan buenas actitudes y conductas para la atención de la tb en un 81%, (70) seguidamente con un 17% poseen regulares actitudes y conductas para la atención de la tb (15), y en menor porcentaje 2% poseen malas actitudes y conductas para la tb (2), Como se puede apreciar en la figura 2.



Fuente: Ortega Y, Parada P, Fuentes D, Mojica V. Conocimiento, Actitudes y Conductas, en TB en usuarios que asisten a la UBA patios centro, octubre de 2016, 28 de noviembre de 2016.

Información:

DISCUSIÓN

Al comparar los resultados del presente estudio con el realizado Factor Carrillo y Esther Suliana (17), se encontraron resultados similares en cuanto que el porcentaje más alto de conocimientos correspondió al medio siendo de 45 % en

Los Patios y de 52.6 % en el estudio del Perú en el año 2012.

En la variable actitudes y conductas para la atención de la tuberculosis se encontró que el 81% de la población objeto presentan buenas actitudes y conductas frente a la tb, asemejándose a los resultados arrojados en el estudio de Factor Carrillo y Esther Suliana, que corresponden a actitudes positivas con un porcentaje del 70,6%. Inverso al estudio realizado por Jaiberth Antonio Cardona Arias y Angélica María Hernández Petro (18) cuyos resultados mostraron un grado de insatisfacción en cuanto las actitudes y conductas relacionadas con la tuberculosis con un porcentaje de 77% insatisfactoria para las actitudes y 52% para las prácticas en donde se asocian como factores de riesgo como la etnia, edad y escolaridad de la población.

Un estudio realizado por Javier Eliecer Pereira Rodríguez sobre (19)“ conocimientos, actitudes y practicas sobre tuberculosis ” en el barrio de la ciudad de Cúcuta se encontró que el 60,8% de la población considera que es curable, y al comparar con nuestro estudio el 83,91% considera que es curable.

CONCLUSIONES

En los resultados se observa que la población objeto de estudio es joven, encontrándose entre las edades de 18 y 32 años; el sexo predominante fue el femenino; con un estado civil de unión libre; su lugar de residencia es el Municipio de los Patios; en cuanto a su ocupación, la mayoría son amas de casa; los nivel educativo que predominaron fue primaria y secundaria. Cerca de la mitad de los encuestados tiene conocimientos regulares acerca de la Tuberculosis en un 45%, y uno de cada 3 entrevistados tiene buenos conocimientos, los entrevistados poseen buenas actitudes y conductas frente a la Tuberculosis en un 81%. Por esta razón es muy importante brindar educaciones detalladas pero cortas en donde se cautive la atención de la población, mencionándoles cómo se trasmite, como se evita su contagio, cuáles son sus principales síntomas y que hacer en caso de tenerla para no empeorar o propagarla. También es muy importante que los profesionales de salud trabajen en la detección temprana, prevención y tratamiento, permitiendo fortalecer los conocimientos, actitudes y conductas acerca de La Tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mediacentre, OMS Tuberculosis. [Internet], marzo 2016, 16 de septiembre 2016, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
2. Guía de práctica clínica para sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la tuberculosis. [Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf
3. Informe mundial sobre tuberculosis: 2015. [Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1

4. Instituto nacional de salud.[Internet],23/03/2013, 16 de septiembre 2016, Disponible en: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/%C2%A1Vivamos-sin-Tuberculosis!.aspx#.V9cQcfnhDIU>
5. Ministerio de salud y protección social., [Internet],23 de marzo 2013, 16 de septiembre 2016, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia%20avanza%20en%20control%20de%20la%20tuberculosis.aspx>
6. Instituto departamental de Salud de Norte de Santander (IDS) Sala situacional. [Internet], 6 de mayo 2016, 16 de septiembre 2016, Disponible en: <http://www.laopinion.com.co/cucuta/pacientes-con-tuberculosis-siguen-sin-unidad-especial-111344>
7. Instituto departamental de Salud de Norte de Santander (IDS) Sala situacional. [Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en: <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis-departamental-2015-nortedesantander.pdf>
8. Instituto departamental de Salud de Norte de Santander (IDS) Sala situacional. [Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en: https://www.dropbox.com/sh/7t8ie70cu95wm9u/AACigaN1-C1_PPpJNgiK3ubUa/ASIS%20LOS%20PATIOS%202013_OK.pdf?dl=0
9. RAMOS ARIAS D. La Tuberculosis: un problema social. Ilustrados.[Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en la web en: <http://www.ilustrados.com/tema/10042/tuberculosis-problema-social.html>
10. OMS. Tuberculosis. [Internet],marzo 2016, 16 de septiembre 2016, Disponible en la web en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
11. Cardona-Arias JA, Hernández-Petro AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana. Rev Cienc Salud 2013; 11 (2): 159-173. Disponible en la web en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/2678/2220>
12. Ministerio de la protección social, instituto nacional de salud, organización panamericana de la salud. Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. [Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PPE/ET/pla-n-estrategico-colombia-libre-tb-2010-15.pdf>
13. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Circular 58 de 2009,[Internet] Septiembre 11 de 2009, 16 de septiembre 2016, Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37349>
14. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.[Internet], 16 de septiembre 2016, Disponible en la web en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-vidasaludable-yenfermedades-transmisibles.pdf>
15. PROJECT CONCERN INTERNATIONAL, Knowledge, Attitudes and Practices, in TB in México. México, Household Survey Findings, junio de 2010, 28 de septiembre 2016, Disponible en: <http://www.coregroup.org/storage/TB/pci%20tb%20hh%20survey%20from%20cough%20to%20cure%20mex%202010.pdf>

16. Tipos de pregunta en la encuesta.[internet], 22 de abril 2015, 06 de octubre 2016 Disponible en: <http://www.e-encuesta.com/blog/2015/tipos-de-pregunta-en-la-encuesta/>
17. Factor Carrillo, Esther Suliana Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud Sobre Medidas Preventivas Frente a la Tuberculosis Pulmonar en Escolares del Nivel Secundario de la Institución Educativa Manuel a. Odria del Distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012, [Internet], 13/05/2013, [consultado el 16 de septiembre de 2016], Disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/171?show=full>
18. Agencia para el desarrollo internacional de los estados unidos (usaid), project concern international. proyecto solución tb estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de tuberculosis (TB) en México en Proveedores de Servicios de Salud Hallazgos Principales,[Internet], julio 2010, [consultado el 16 de septiembre de 2016], Disponible en: http://soluciontb.org/principal/cap/12_Presentacion_power_point_Encuesta_en_Proveedores_de_Servicio.pdf
19. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre Tuberculosis en un barrio de la ciudad de Cúcuta, Colombia. [Internet], inicio: Febrero 205 in: Junio 205 [consultado el 10 de Diciembre de 2016], Disponible en: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001383760



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBSE REFERENCIA 800 (FORMATO: BFCALCO EN LINEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: socias@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA ASISTENTES A UNA FUNDACIÓN EN CÚCUTA – COLOMBIA

Danuit Alexander Rey Camargo
María del Pilar Ureña Molina.
Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

Objetivo. Identificar el nivel de afrontamiento y adaptación en los usuarios con VIH/SIDA asistentes a una Fundación de la ciudad de Cúcuta durante el segundo semestre de 2016. **Metodología.** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal; estuvo conformado por 82 personas adultas que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados.** La edad de los participantes osciló entre los 18 a 71 años de edad, con mayor participación del género masculino, de un nivel educativo de primaria completa y un nivel socioeconómico de estrato uno. Se determinó que los factores recursivo y centrado, proceso de alerta, procesamiento sistemático, y el conocer y relacionar, puntuaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación; sin embargo, el factor físico y enfocado, presentó una baja capacidad. **Conclusión.** Los participantes del estudio en su mayoría emplean estrategias efectivas que les permite afrontar los cambios y retos ocasionados por su situación de salud tanto a nivel fisiológico como cognitivo.

Palabras Claves. Enfermería, enfermedades infecciosas, salud.

INTRODUCCIÓN

El ser humano constantemente se ha visto enfrentado a una serie de enfermedades que afectan su cotidianidad, siendo las enfermedades infecciosas el grupo con mayor impacto que ha tenido la historia de la humanidad y que según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituyen el principal motivo a nivel sanitario. De hecho, esta entidad refiere que en el año 2011 estas fueron las principales causas de muerte donde más del 17 % afectó a la infancia y adolescencia. Para el caso del VIH/SIDA, según estadísticas mundiales del año 2014, se calculó que en todo el mundo 36,9 millones de personas estaban infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, de las que 2,6 millones eran niños; reconociendo que la gran mayoría de las personas infectadas por el VIH vivían en países de ingresos bajos y medios [1].

En Colombia se registra un alto número de personas infectadas con la enfermedad del VIH/SIDA. De acuerdo al informe del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013, 41.900 colombianos vivían con VIH/SIDA; es decir, el 0,09 % de toda la población. Sin embargo, y teniendo en cuenta el subregistro de casos no diagnosticados, la cifra podría llegar hasta los 120 mil afectados [2]. De acuerdo a las autoridades locales en salud en el año 2014, Norte de Santander registró un aumento de 250 personas diagnosticadas con el VIH/SIDA [3]. Según el Instituto Departamental de Salud (IDS) “desde este mismo año se siguen incrementando los casos de VIH en Cúcuta con 165 casos nuevos; seguido del Municipio de Villa

del Rosario con 21, Los Patios con 14 y Ocaña con 11, representando los sitios donde más avanza la enfermedad" [4].

La OMS ha asumido un papel protagónico para minimizar la propagación de esta enfermedad; de ahí que en el año 2011 aprobó una nueva estrategia mundial para el abordaje en salud del VIH/SIDA, la cual está distribuida en cuatro orientaciones enfocadas a optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios mediante la respuesta a la infección por el VIH, crear sistemas de salud sólidos y sostenibles; y luchar contra las desigualdades y promover los derechos humanos [5].

La persona que recibe un diagnóstico de esta enfermedad considerada de alto riesgo para la vida, no están preparados para iniciar con una situación desestabilizadora al afrontar estresores fisiológicos, socioculturales y psicológicos que, en su conjunto, son una amenaza potencial para su salud física y mental [6]. Adicional a esto, el diagnóstico de esta enfermedad produce algunos efectos negativos hacia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, viéndose afectado principalmente el auto concepto. Afrontar todas estas situaciones derivadas de la enfermedad depende de múltiples factores que pueden ser favorables o, por el contrario, emporar la calidad de vida y el bienestar de quien la vivencia, es decir, su adaptación se ve deteriorada.

El VIH/SIDA es una enfermedad devastadora, de propagación rápida y que muchos de los pacientes asumen este diagnóstico como una sentencia de muerte ocasionando en ellos importantes desequilibrios a nivel clínico, personal, familiar y social [7]. Gaviria, Quiceno, Martínez y Otalvaro (2009) afirmaron que el afrontamiento y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los auto esquemas, el equilibrio o control emocional, etc. Igualmente, éstos aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales [6].

Reportes de un estudio investigativo realizado a nivel nacional en el año 2013, evidenció que los participantes bajo esta condición de salud, presentaron muy bajos niveles de ansiedad y depresión, un alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo, un alto empleo de estrategias de control emocional y muy bajo uso de estrategias de reacción agresiva [8].

A nivel regional no se evidencian investigaciones relacionadas con el tema central del estudio, y teniendo en cuenta la necesidad de ampliar los conocimientos hacia este grupo de personas con el fin de fortalecer su red de apoyo; surgió la necesidad de determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en personas con VIH/SIDA asistentes a una Fundación en la ciudad de Cúcuta durante el segundo semestre de 2016.

El estudio se fundamentó en la teoría de Sor Callista Roy (2004), quien refiere que el modo como el paciente afronta y se adapta a la enfermedad le permitirá sobrellevarla, sin que se vea afectada significativamente su salud mental. Esta teórica construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Coping Adaptation Processing Scale - CAPS) a través de la cual, se pueden identificar las estrategias de afrontamiento que realiza el paciente y las habilidades que emplea para la adaptación a su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se trata de una investigación cuantitativa, bajo un diseño descriptivo, de corte transversal. La población estuvo representada por 82 personas con diagnóstico de VIH/SIDA asistente a una Fundación de la Ciudad de Cúcuta, durante el segundo semestre del 2016. Por ser una población pequeña se tomó en su totalidad, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión, tales como: ser mayor de 18 años, que no presenten alteraciones cognitivas y haber firmado el consentimiento informado.

Se empleó el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento - CAPS versión modificada (2013) [9] de la adaptación en español (2006), en la población Colombiana. Se realizó previa solicitud de autorización a los autores para su aplicación.

La Escala está conformada por 33 ítems agrupados en 5 factores. En ella se utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que varían de 3 (siempre) a 0 (nunca). Cada ítem es un enunciado corto acerca de cómo un individuo responde ante la experiencia de una crisis o un evento extremadamente difícil.

Además, reflejan las estrategias de afrontamiento focalizadas a la emoción y al problema. Cada ítem refleja al menos un modo de adaptación y distintos niveles del afrontamiento cognitivo. El posible rango de respuesta es de 33 a 99, en donde una mayor puntuación indica una mayor consistencia en el uso de estrategias de afrontamiento identificadas. Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Estos son: Factor 1. Recursivo y centrado (8 ítems), Factor 2. Físico y enfocado (8 ítems), Factor 3. Proceso de alerta (7 ítems), Factor 4. Procesamiento sistemático (5 ítems), Factor 5. Conociendo y relacionando (5 ítems). El instrumento posee una validez de apariencia del 95%, contenido 0.83 y confiabilidad de 0.7. (34). La interpretación de la escala se presenta de acuerdo a la puntuación por cada factor y de forma general como baja (0 a 56 puntos) y alta capacidad (71 – 99 puntos). Los resultados arrojados de la aplicación del instrumento fueron tabulados y analizados con el programa SPSS.

Es importante resaltar que el presente estudio se llevó a cabo teniendo en cuenta la resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, respetando la dignidad humana y preservando sus derechos [10], En este sentido, se aplicó el consentimiento informado para la autorización de los participantes en el desarrollo del estudio. Se

tuvo en cuenta la Ley 911 de 2004, específicamente el Artículo 29, el cual plantea que “en los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental” [11]. También se tuvo en cuenta los principios éticos de respeto por la persona, totalidad e integridad, beneficencia, justicia, confidencialidad y precaución que emana el tribunal nacional ético de enfermería [12].

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Tabla N°1. Características sociodemográficas

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años	18 a 29	31	37,80%
	30 a 49	36	43,90%
	50 a 64	14	17,07%
	65 a 79	1	1,21%
Género	Femenino	32	39,00%
	Masculino	50	61,00%
Nivel de Escolaridad	Primaria completa	10	12,20%
	Primaria incompleta	18	22,00%
	Bachillerato completo	16	19,50%
	Bachillerato incompleto	10	12,20%
	Técnico	11	13,40%
	Tecnólogo	5	6,10%
	Universitario	9	11,00%
	Especialista	3	3,70%
Estrato Socioeconómico	Nivel 1	52	63,40%
	Nivel 2	23	28,00%
	Nivel 3	6	7,30%
	Nivel 6	1	1,20%

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y adaptación – EsCAP abreviada (2013).

Según la tabla N° 1 se obtuvo que el rango de edad de mayor prevalencia estuvo entre los 30 y 49 años, seguido del rango de 18 a 29 años. Con relación al género correspondió en mayor representación al masculino en un 61 %, mientras que el femenino tuvo una participación del 39 %, demostrando que el diagnóstico VIH/SIDA prevalece más en los hombres que en las mujeres y de manera significativa en la etapa adulta. El nivel de escolaridad representativo de los participantes fue la primaria incompleta con un 22 %, aunque se encontró un grupo considerable quienes habían realizado el bachillerato completo y algunos estudios universitarios. Por su parte, el estrato socio-económico que destacó en un 63.40 % fue el estrato 1, resultando estos hallazgos dado al tipo de institución

en la cual se desarrolló el estudio, puesto que la mayoría de sus usuarios son de estratos socioeconómicos bajos.

Capacidad de afrontamiento y adaptación

Tabla N° 2 Capacidad de afrontamiento y adaptación global

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PUNTAJE	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
1. Recursivo y centrado	61	75 %	11 - 14	ALTO
	21	25 %	3 - 8	BAJO
2. Físico y enfocado	51	62 %	6 - 9	BAJO
	31	38 %	12 - 15	ALTO
3. Proceso de alerta	52	64 %	8 - 15	ALTO
	30	36 %	4 - 8	BAJO
4. Procesamiento sistemático	55	67 %	5 - 9	ALTO
	27	15 %	1 - 4	BAJO
5. Conociendo y relacionando	63	77 %	10 - 12	ALTO
	19	23 %	3 - 8	BAJO

Fuente: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y adaptación – EsCAP abreviada (2013).

De acuerdo con la tabla N°2. se puede evidenciar que el factor recursivo y centrado presentó un afrontamiento alto, al igual que los factores proceso de alerta, procesamiento sistemático y conociendo y relacionando; los cuales evidenciaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación; sin embargo, el factor físico y enfocado, presentó una baja capacidad de afrontamiento y adaptación.

Con los resultados obtenidos se infiere que estos pacientes emplean estrategias en su mayoría adecuadas que les permite enfrentar la enfermedad, pues la persona diagnosticada con VIH/SIDA además de enfrentar los signos y síntomas de la enfermedad, también se ve expuesta al rechazo y al señalamiento social; sin embargo, lo reportado mostró una respuesta adaptativa permitiéndoles sobrellevar la enfermedad sin comprometer otros factores, como su salud mental.

DISCUSIÓN

Los participantes del estudio presentaron un rango de edad predominante entre 30 a 49 años, el género masculino predominó ante el femenino; el nivel educativo que mayor alcanzaba era el de primaria completa y el nivel socioeconómico que prevaleció fue el estrato 1. Los resultados obtenidos difieren en algunos aspectos de lo reportado en la investigación de Gaviria L, et al. (2012) en la cual se estableció que el rango de edad predominante de los participantes estuvo entre 25 y 40 años y el nivel educativo que mayor alcanzaban, era el de bachillerato [8].

De acuerdo con los cinco factores del instrumento, se pudo evidenciar que los participantes presentaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación global,

refiriendo que utilizan estrategias y asumen comportamientos que les permite afrontar la enfermedad de VIH/SIDA acorde a los cuidados propios del tratamiento; siendo estos resultados similares a la investigación realizada por Vargas J, et al. donde los participantes también presentaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH/SIDA [13]. Demostrando entonces que la utilización de estrategias y comportamientos adecuados permiten a la persona con un diagnóstico de VIH/SIDA sobrellevar su enfermedad de una forma adecuada, enfrentando con acierto sus adversidades y alteraciones emocionales, físicas y comportamentales a las que se ven enfrentados ante los signos y síntomas de dicha enfermedad.

Según los estilos de afrontamiento que emplearon los participantes del estudio, se pueden destacar los factores I, III, IV y V al demostrar un alto puntaje, y de acuerdo a Roy son factores activos que permiten tener un predominio en el manejo o solución a una situación difícil o problema. Estos resultados son similares al estudio de por Vargas J, et al. (2012) donde presentaron un alto afrontamiento en estos factores [8]; mientras que en el estudio de Gaviria L, et al. (2012) se evidenció un bajo nivel de afrontamiento en los factores I y IV, es decir, les cuesta aprender de las dificultades pasadas para enfrentar la situación actual, dificultando el nivel adaptativo de los participantes a su condición de salud [13].

Cabe destacar que cuando la atención se centra en la resolución de un problema y no se logra los resultados esperados puede llevar a la persona a que se vea más afectada tanto física como emocionalmente [14] y verse afectada de esta manera su adaptación y afrontamiento a las nuevas circunstancias que este vivenciando como es el caso de las personas que padecen la enfermedad de VIH/SIDA; de ahí la importancia que las estrategias de afrontamiento y adaptación cumplen un papel importante en la evolución satisfactoria de la enfermedad tanto física como mental.

Otros de los aspectos a resaltar que favoreció a los participantes del estudio a tener un alto nivel de afrontamiento y adaptación con relación al VIH/SIDA, fue el hecho de asistir a una fundación donde son orientados desde su salud mental, pues frecuentar a un grupo donde interactúan con personas que presentan su mismo problema ayuda a mejorar su auto concepto y minimiza los estados negativos emocionales, pues la identificación de grupo es importante como lo manifiesta Roy (1999) “el modo del auto concepto de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que tiene del grupo, el entorno social y la cultura; la necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad” [16].

En este sentido, en el factor V los participantes obtuvieron un alto puntaje, es decir, utilizan estrategias de apoyo emocional al interactuar con otros; de forma similar con el estudio de Vargas J, et al. (2012) una de las estrategias que emplearon sus participantes para el afrontamiento y adaptación fue la de compartir en grupo dentro de la IPS que los atiende [13].

Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFRS FIDE DIFERENCIAL 600

Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

Universidad Francisco
de Paula Santander

Sin embargo, es importante resaltar el puntaje bajo obtenido en el factor II que hace referencia a las reacciones físicas enfocadas; caso contrario al estudio realizado por Gaviria L, et al. (2012) donde presentaron un alto nivel de afrontamiento y adaptación. Las opciones manifestadas por la población del estudio evidenciaron una dificultad en las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones difíciles, pues tienden a bloquearse y confundirse percibiendo que no pueden manejar la situación, pero además refirieron que al tener una situación difícil se llenan de expectativas en busca de soluciones; estos resultados tienen sentido si se tiene en cuenta que la enfermedad que padecen es VIH/SIDA y que la condición física en su energía y aspecto son los que se ven más afectados por dicha enfermedad, afectando su estilo o calidad de vida.

Finalmente se puede decir que los participantes del estudio presentaron en general un alto nivel de afrontamiento y adaptación tanto en sus comportamientos como estrategias para sobrellevar la enfermedad del VIH/SIDA con todas las implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que conlleva esta enfermedad, hallazgo similar al estudio de Vargas J, et al. (2012) [13].

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron dar a conocer que las personas con diagnóstico de VIH/SIDA que asisten a una Fundación de la Ciudad de Cúcuta, se caracterizaron en su mayoría por pertenecer al género masculino, en un rango de edad entre 30 y 49 años, con estrato socioeconómico 1 y nivel de escolaridad de primaria incompleta.

En cuanto a los comportamientos de afrontamiento y adaptación que emplearon los participantes del estudio se pudo evidenciar que presentaron un alto nivel; en primer lugar informarse de los signos, síntomas y tratamiento de la enfermedad les permitió actuar de forma rápida lo que favoreció adaptarse a su nuevo estilo de vida. En segundo lugar, mantener activo el proceso de alerta les permitió a los participantes contar con una gran capacidad de orientar su atención en todo lo que sucede a su alrededor y analizarlo para resolver y afrontar situaciones difíciles que enmarcan la vivencia de la enfermedad del VIH/SIDA.

El comportamiento de afrontamiento y adaptación donde obtuvieron una puntuación baja fue en reacciones físicas y enfocadas, pues evidenciaron que no ejercen control sobre las emociones y reaccionan de forma inadecuada ante los signos y síntomas que van vivenciando con la enfermedad, específicamente cuando se sienten atacados o señalados por las personas cuando conocen su diagnóstico de salud.

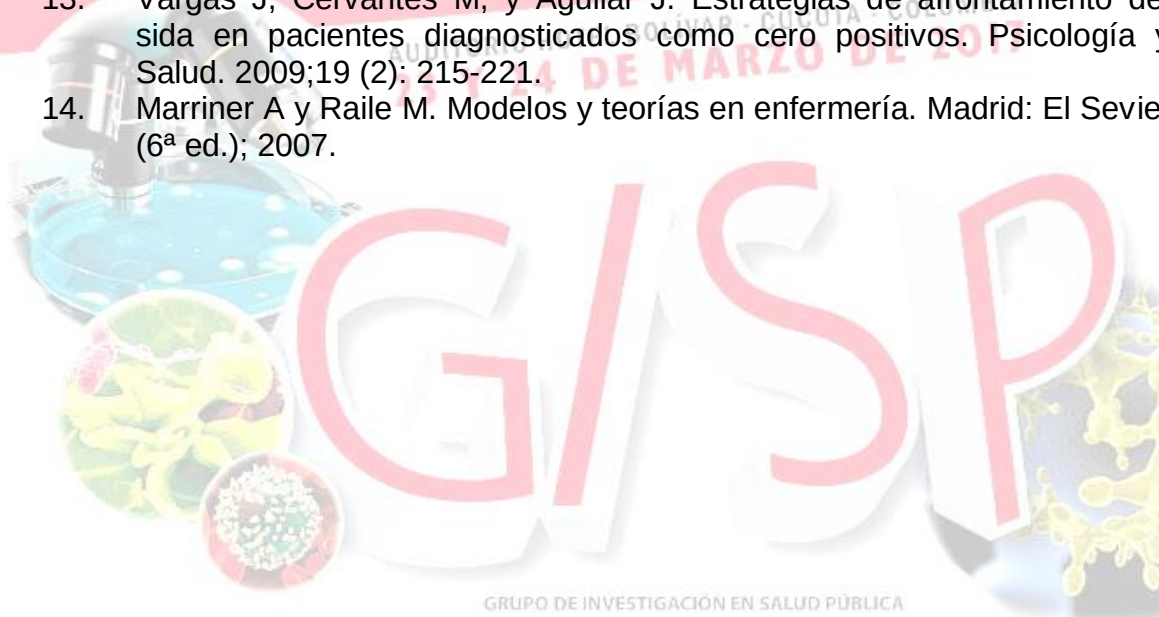
Las estrategias que emplearon los participantes para sobrellevar su situación de salud tales como hacer frente a las circunstancias difíciles que se les presentan se pudo determinar de manera objetiva que cuentan con un procesamiento sistemático personal y físico integrado para hacerse cargo de las situaciones difíciles del tratamiento y de la enfermedad como tal, y de esta manera manejarlas

adecuadamente, de acuerdo a las demandas de cuidado que estos procesos requieren incidiendo en la calidad de vida de los participantes.

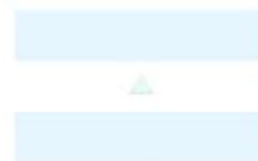
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud- OMS. Informe sobre la salud en el mundo [Internet]. Suiza: OMS; 2010 [citado junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
2. Ministerio de salud y protección social. Resumen de Situación Epidemiológica del VIH/Sida en Colombia 2011-2012 [internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012 [citado junio 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%202011%20mayo_2012.pdf
3. Instituto Departamental de Salud – IDS. Análisis de situación de salud (ASIS) en municipios de frontera [internet]. Cúcuta: IDS; 2012 [citado junio 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-de-Salud-en-municipios-de-frontera-Departamento-Norte-Santander.pdf>
4. García J. 6 casos de VIH-SIDA semanales en Norte de Santander [internet]. Cúcuta: Diario La Opinión; 2016 [citado 2 junio de 2016]. Sec Tendencias. Disponible en: <http://www.laopinion.com.co/6-casos-de-vih-sida-semanales-en-norte-de-santander-82242>
5. Consejo Nacional de Prevención. Estadística VIH/SIDA en el mundo [internet]. Bogotá; 2014 [citado 3 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.consejonacionaldeprevencion.com/estadisticas-vih-sida-en-el-mundo>
6. Orta M, Vázquez Hachero G, Ponce Domínguez J, Ponce Domínguez M, Neto Barrera C y Palanco González E. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Temas de hoy [internet]. 2001 [citado 4 mayo 2016]. p. 495-498. Disponible en: http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/publicaciones/centros_alud8/495-498.pdf
7. Rodríguez Varón A. Consenso VIH/SIDA [internet]. Venezuela: VITAE Academia Biomédica Digital; 2000 [20 enero 2016]. Disponible en: <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=85&n=3615>
8. Gaviria A. et al . Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Ter Psicol, Santiago [internet]. 2009 [citado 3 febrero 2016]; 27 (1): 5-13. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001&lng=es&nrm=iso
9. Sarmiento-González P, Botero-Giraldo J, Carvajal-Carrascal G. Validez de constructo de la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, versión modificada en español. Index Enferm. 2013;22(4):233-236.

10. República de Colombia ministerio de salud. Resolución N° 008430 de 1993. [En línea]. 1993. [citado el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica/res_8430_1993.pdf
11. Ley 911 de 2004. [En línea]. 2004. [citado el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
12. Tribunal nacional Ético de Enfermería. Principios éticos que guían la investigación de enfermería. [En línea]. 2009. [citado el 20 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=100
13. Vargas J, Cervantes M, y Aguilar J. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como cero positivos. Psicología y Salud. 2009;19 (2): 215-221.
14. Marriner A y Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: El Sevier (6ª ed.); 2007.



ESTUDIANTES UFPS	\$ 60.000	EGRESADOS UFPS	\$ 110.000
ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES	\$ 70.000	PROFESIONALES	\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBPE REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar, escaneada la consignación, con el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: sociedad@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273



RETOS EDUCATIVOS EN SALUD SEXUAL (VIH) PARA JOVENES SORDOS ESCOLARIZADOS DE CUCUTA

Katherine Toro Laiton,
Doris Amparo Parada Rico
Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar los conocimientos actitudes y prácticas relacionadas con la infección por VIH – SIDA en jóvenes sordos escolarizados del Instituto Técnico Guaimaral de la Ciudad de Cúcuta. Estudio cuantitativo descriptivo en el cual se aplica la encuesta ajustada denominada originalmente "*Conocimientos actitudes y prácticas sobre el virus de inmunodeficiencia humana en la población desmovilizada en la región de bajo Cauca, elaborado por Berbesi y Cols en 2009*", tomando como muestra 39 estudiantes sordos. Se diseñó un software con aplicativo en visual basic Los datos fueron procesados en Excel. Resultados: El acceso a educación y a métodos de planificación familiar se dificulta debido a las diferencias en cuanto a canales lingüísticos entre los proveedores de métodos anticonceptivos y la persona sorda. Solo el 59% de los encuestados indica haber participado de alguna charla o conferencia sobre VIH/SIDA con dificultades para su comprensión Discusión: es necesario dar un cuidado acorde a las poblaciones, especialmente aquellas de grupos minoritarios. Conclusiones: Es necesario Generar planes de acción institucionales que contribuyan al mejoramiento de los conocimientos actitudes y prácticas de riesgo para infección de VIH/SIDA, en adolescentes y jóvenes sordos, a través de un lenguaje acorde a su necesidad.

Palabras Clave. Equipos de Comunicación para Personas con Discapacidad, educación sexual, educación especial. Fuente: DeCs Bireme

INTRODUCCIÓN

Las actitudes y prácticas de riesgo en términos de sexualidad han sido de alguna manera transmitidas o generadas culturalmente a lo largo de la historia, en algunos casos de manera errada, bajo tabúes o conocimientos basados en el aprendizaje de pares, lo cual puede convertirse en un riesgo, especialmente para las poblaciones que se encuentran en mayor vulnerabilidad, como lo es el caso de los jóvenes y más específicamente de los jóvenes sordos. Es por esto que la presente investigación se fundamenta en la marcada necesidad de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para infección por VIH SIDA, presentes en la población joven sorda escolarizada, a fin de que por medio de este estudio se brinde un soporte cuantificable estadísticamente, que estimule a la formulación de acciones que mejoren la calidad de vida de esta población vulnerable.

Información:

Es importante definir claramente los términos que encaminan la formulación de este estudio a fin de tener mayor claridad a la hora de ser tratados, siendo el VIH o virus de inmunodeficiencia humana, definido según la organización mundial de la

salud (OMS) como un virus encargado de atacar a las células del sistema inmunitario, produciendo de esta forma un progresivo deterioro del sistema de defensa del cuerpo humano, por lo cual el sistema inmunitario no cumple con su función de protección ante infecciones y enfermedades; Por otra parte el SIDA o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el termino con el que se llama al estadio más avanzado de la infección por VIH SIDA.

Existen diversos tipos de transmisión para esta enfermedad siendo las relaciones sexuales de tipo vaginal, anal o bucal sin protección las formas más comunes de transmisión; además de la transmisión por transfusiones de sangre contaminada, por compartir objetos corto punzantes contaminados y por contaminación cruzada entre madre e hijo durante el embarazo, parto o amamantamiento (1). Medios que deben ser conocidos por su relevancia y riesgo.

Por otra parte es importante identificar con claridad el termino sordo, con el cual se define a la población objeto, siendo este concepto conocido como la pérdida total o parcial de la audición que puede ser congénita o adquirida, disminuyendo de esta forma el umbral de audición de la persona, respecto a una normoyente, esta pérdida de la audición puede ser leve moderada o profunda. Las personas sordas son las que presentan una pérdida de la audición profunda, conllevando a la búsqueda de diversas alternativas para la comunicación, por lo cual desarrollan a profundidad otros sentidos y son mucho más visuales, teniendo para su comunicación el lenguaje de señas.

Las personas sordas tienden a padecer distintas repercusiones en su vida cotidiana, como complicaciones en su funcionalidad, consecuencias económicas, sociales o emocionales (2). Dichas complicaciones en su funcionalidad pueden dificultar la adquisición de conocimientos respecto a sexualidad debido al difícil abordaje que en general se da con este tema, y más aún cuando se habla de que la población a la que se busca educar presenta canales lingüísticos diferentes a los convencionalmente utilizados. Es por esto que surge la necesidad de indagar sobre las actitudes y prácticas de riesgo presentes en esta población.

Teniendo como fundamento las alarmantes cifras que se reportan de VIH y el constante riesgo al que se ven expuestos los jóvenes tanto normo oyentes como sordos, es importante identificar el contexto que pone en un riesgo especial a los jóvenes sordos siendo necesario que identifiquemos antes que cualquier otra cosa que la persona sorda no es una persona con discapacidad, sino una persona con necesidades para la comunicación diferentes, que utiliza como medio de comunicación un lenguaje más visual. Por otra parte las características propias de su personalidad no pueden englobarse como si la personalidad de todos los sordos fuese la misma, pero el hecho de no tener interacción sonora con el mundo, si tiende a tener repercusiones en sus esferas social y psicológica.

De igual forma el desarrollo de su vida y sexualidad se encuentra cargada de particularidades descritas por diferentes autores, como por ejemplo Téllez (2005) (3) quien identifica en los jóvenes sordos la capacidad de construir su aprendizaje

por medio de la información que obtienen de sus pares y de las personas que los rodean, quienes no en todos los casos manejan el Lenguaje de Señas Colombiano (LSC), lo que dificulta la capacidad de esclarecer dudas en cuanto a su salud sexual. Las personas sordas crean un mundo muy cerrado donde sus iguales sordos son de vital importancia para la construcción del conocimiento, pero esto hace que la información que reciben sea muy limitada y en ocasiones errónea; Situación a la que se suma que el lenguaje que se enseña en instituciones especiales para sordos, no tiende a enseñar la forma de expresar palabras relacionadas con sexualidad, lo que constituye una marcada barrera para el aprendizaje de estos temas. También es importante resaltar el constante sentimiento de culpa al que se ven expuestos para tratar temas relacionados con su vida sexual, lo cual los imposibilita para tocar dichos temas con sus pares, por temor al rechazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo descriptivo en el cual se aplica la encuesta ajustada denominada originalmente "*Conocimientos actitudes y prácticas sobre el virus de inmunodeficiencia humana en la población desmovilizada en la región de bajo cauca, elaborado por Berbesi y Cols en 2009*", tomando como muestra 39 estudiantes sordos.

La información se obtuvo por medio de la aplicación del instrumento implementado en medio virtual, comprendido por un video que tenía las preguntas que se daban a conocer a través de un intérprete del Lenguaje de Señas Colombiano calificado en nivel 4, el cual realizaba la pregunta. Se diseñó este listado de preguntas en un formato interactivo en el editor de video Visual Basic, que al aplicarse almacena las respuestas obtenidas y las exporta al formato Excel para su tabulación y análisis. Al recopilar todos los resultados se analizaron por medio de una plantilla diseñada para ejecutar esta tarea permitiendo mostrar la sumatoria de todos los resultados gráficos y estadísticos en tiempo real.

La fuente primaria de recolección de la información fueron los jóvenes sordos escolarizados que asisten a un Instituto Técnico educativo en la ciudad de Cúcuta quienes fueron distribuidos en el aula de informática para la aplicación del instrumento que previamente ha sido almacenado en cada uno de los computadores de la sala.

Durante esta actividad de recolección de información, fue relevante la colaboración de docentes e intérpretes del lenguaje de señas colombiano quienes facilitaron la comunicación entre la investigadora y los sujetos de estudio ante cualquier tipo de duda.

El instrumento utilizado cuenta con pruebas de contenido realizadas a través del método Delphi, esta propuesta fue validada por parte de expertos quienes evaluaron redacción, extensión y pertinencia de cada pregunta. Para la utilización de este instrumento se solicitó autorización por medio de correos electrónicos a los autores del mismo, anexando al final la aprobación de los mismos (4).

RESULTADOS

Respecto a la variable conocimientos sobre el VIH/SIDA, se identifica que del total de la población encuestada, el 59% consideran que tienen la información necesaria para evitar contagiarse, evidenciándose de esta forma que casi la mitad de este grupo siente que posee escasos conocimientos respecto a la temática, lo que posiblemente genera en el sentimientos de poca confianza para tener una relación sexual saludable.

Al indagar con los jóvenes participantes si consideraban que las personas que resultaban infectadas por VIH/SIDA se contagiaban debido a que no tenían la información necesaria sobre esta enfermedad, solo el 41% de la muestra da una respuesta positiva. El otro 59% no encuentra relación entre los conocimientos que tienen las personas y la posibilidad de adquirir el virus.

Acerca de la pregunta si consideraban que una forma de infección para el VIH era tener relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón, se aprecia que un 23% del total de encuestados, opinan que el no uso de condón al contacto sexual con una persona infectada, no representa una posible forma de infección, cifra que no deja de alarmar pues en términos de salud lo ideal sería hablar que absolutamente todos los jóvenes escolarizados cuenten con protección y conocimientos básicos en salud sexual y reproductiva para la prevención del VIH, lo cual hace parte de uno de los objetivos para el gobierno nacional.

Respecto al sistema de atención y prevención para VIH/SIDA, en este caso acerca de la atención que se brinda a la comunidad de sordos de Norte de Santander, los jóvenes opinan que existen buenas campañas para prevenir el contagio de VIH/SIDA, en un 62%, mientras que el 38% se siente en desacuerdo. Lo anterior denota la necesidad de profundizar en este trabajo que permita acceder sin barreras físicas o lingüísticas a esta población.

Con respecto a las actitudes presentes, se indagó acerca de la posibilidad de realizarse una prueba, a lo cual el 64% de los jóvenes sordos encuestados respondió que solamente lo harían en caso de que se la exijan en un trabajo. El porcentaje restante respondió negativamente, lo que indica que este reducido grupo de la muestra podría tener un riesgo al desconocer su estado frente al contagio de VIH.

Sobre las creencias que tienen los jóvenes sordos respecto a la atención que prestan las instituciones de salud a las personas sordas, el 79% (31 estudiantes) opina que si es buena, y el 21% (8 estudiantes) piensa lo contrario debido a situaciones como estigma y considerar que el personal de salud se burla de ellos o los ignora.

Ante la pregunta acerca de la acción a realizar cuando las personas tienen dudas de estar infectadas de VIH/SIDA o cuando ya están infectadas, del lugar dónde pueden acudir para recibir servicios de salud, la mayoría de los jóvenes encuestados manifestó que si, reflejado en el 72% de la población, mientras que el 28% (11 estudiantes) indico no saber a dónde acudir ante esta situación.

Al consultar a los jóvenes si consideraban innecesario realizarse una prueba cuando una persona está contagiada con VIH/SIDA pues de todas maneras la persona contagiada se va a morir, el 51% responde afirmativamente. Lo anterior indica denota una actitud de desinterés por la realización de una prueba para la detección temprana de este virus pues consideran que el destino de las personas portadoras de este virus ya tienen su camino asegurado hacia la muerte.

A la hora de evaluar si consideraban que poseer esta patología o infección es motivo de vergüenza, se halló que 59% de los jóvenes contestó que no, lo que indica que un poco más de la mitad de los encuestados, no consideran que las personas portadoras de este virus, deban sentirse objeto de vergüenza, lo cual refleja su reconocimiento al ser humano y a la condición de infectado como una patología más y no discriminante. No obstante el porcentaje restante cree que debe considerarse avergonzados, lo cual implícitamente contiene un elemento de estigmatización sobre el cual se debe trabajar.

DISCUSIÓN

Son escasas las investigaciones realizadas específicamente con la población sorda en relación al conocimiento que poseen en educación sexual, especialmente en VIH SIDA. De otra parte, es necesario como lo refiere Berbesí et al, (2015) (4). Realizar intervenciones adecuadas planeadas para las poblaciones acordes a su contexto.

CONCLUSIONES

A la hora de indagar por las prácticas de riesgo de los adolescentes y jóvenes sordos para posibles contagios por VIH/SIDA se evidencia que para la mayoría de los encuestados, el hecho de hablar con la pareja sobre temas relacionados con VIH/SIDA y el uso del condón es señal de desconfianza, lo que refleja un tabú social y la necesidad de ahondar desde como equipo de salud en estos contenidos.

De otra parte es necesario afianzar en esta población prácticas saludables que los empoderen y conviertan en agentes de su cuidado, lo cual facilitaría el acceso a métodos de planificación y a prácticas de protección para su sexualidad.

No obstante, estos objetivos no serán posible sino se utilizan canales lingüísticos apropiados entre los proveedores de la salud y las personas sordas. Llama la atención que solo el 59% de los encuestados indica haber participado de alguna conferencia sobre VIH/SIDA, esta cifra refleja una cuantía importante de jóvenes que a pesar de encontrarse en una edad de posible inicio de relaciones sexuales, manifiestan no haber participado de estas educaciones que pueden proveer contenidos confiables para ejercer sus derechos en salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Madrid: OMS; 2015 [actualizado 12 Jul 2015; citado 15 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. México: OMS; 2015 [actualizado 2 Mar 2015; citado 16 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
3. Tellez M. [Internet]. Buenos Aires: Estimulos Adecuados; 2014 [actualizado 21 May 2014; citado 15 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.estimulosadecuados.com.ar/ps.htm>
4. Berbesi F, Segura C, Ordoñez M. Estudio de prevalencia, conocimientos actitudes y prácticas sobre el virus de inmuo deficiencia humana en la poblacion desmovilizada de la región del bajo Cauca [Internet]. 2014 [citado 10 Oct 2015]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/603>



ESTUDIANTES UFPS

\$ 60.000

EGRESADOS UFPS

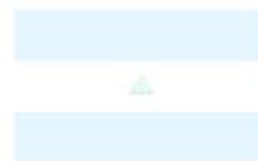
\$ 110.000

ESTUDIANTES OTRAS UNIVERSIDADES

\$ 70.000

PROFESIONALES

\$ 130.000



Para poder inscribirse, deberá consignar el valor de la inscripción en el BANCO DE OCCIDENTE CUENTA No. 800901817 a favor de la UFPS FBIS REFERENCIA 800 (FORMATO: BANCO EN LÍNEA). Favor enviar, además la consignación, por el nombre completo, número de cédula de ciudadanía y lugar de expedición de la misma y correo electrónico. Esta copia la deberá hacer llegar al correo: congresosaludpublica2015@gmail.com y proveer en: socios@ufps.edu.co

Información:
Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Francisco de Paula Santander
Tel. 5753364 PBX 5776655 Ext. 273

