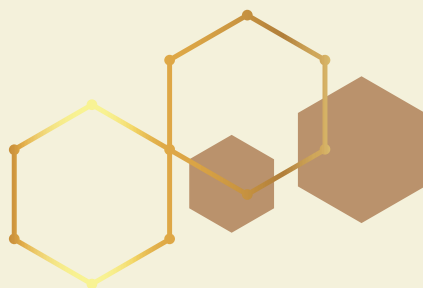


CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO

2002 - 2022



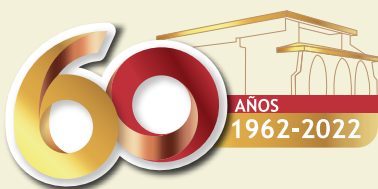
20 AÑOS
2002 - 2022

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
CUIDADO DE ENFERMERÍA

Olga Marina Vega Angarita - Dianne Sofía González Escobar
Gloria Omaira Bautista Espinel - Sandra Milena Martínez Rojas
Maria del Pilar Ureña Molina - Mónica Peñaloza García
Débora Milena Álvarez Yáñez - Deysi Astrid Machucca Albarracín



Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación



CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO

2002- 2022

OLGA MARINA VEGA ANGARITA
DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ ESCOBAR
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
SANDRA MILENA MARTÍNEZ ROJAS
MARIA DEL PILAR UREÑA MOLINA
MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA
DÉBORA MILENA ÁLVAREZ YÁÑE
DEYSI ASTRID MACHUCCA ALBARRACÍN

Vega Angarita, Olga Marina, autor

Construyendo el saber de enfermería desde el cuidado. 2002- 2022 / Olga Marina Vega Angarita, Dianne Sofía González Escobar, Gloria Omaira Bautista Espinel, Sandra Milena Martínez Rojas, María del Pilar Ureña Molina, Mónica Peñaloza García, Débora Milena Álvarez Yáñez, Deysi Astrid Machucca Albarracín -- Primera edición -- San José de Cúcuta : Universidad Francisco de Paula Santander ; Bogotá : Ecoe Ediciones, 2022

212 páginas. -- (Ciencias de la salud. Enfermería)

Incluye datos curriculares de los autores -- Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-958-503-521-8 --978-958-503-522-5 (e-book)

1. Investigación en enfermería, 2. Enfermería del cuidado Formación en enfermería. 3. TIC en enfermería, 4. Emprendimiento en enfermería, 5. Humanización de la salud 6. Funcionalidad familiar y la enfermería 7. Enfermedades crónicas y enfermería

CDD: 610736



Área: Ciencias de la salud

Subárea: Enfermería



Universidad Francisco
de Paula Santander

Vigilada Mineducación

© Olga Marina Vega Angarita
© Dianne Sofía González Escobar
© Gloria Omaira Bautista Espinel
© Sandra Milena Martínez Rojas
© María del Pilar Ureña Molina
© Mónica Peñaloza García
© Débora Milena Álvarez Yáñez
© Deysi Astrid Machucca Albarracín

© Universidad Francisco
de Paula Santander
Avenida Gran Colombia
No. 12E-96, Barrio Colsag
San José de Cúcuta - Colombia
Teléfono: 607 577 6655

► Ecoe Ediciones S.A.S.
info@ecoeediciones.com
www.ecoeediciones.com
Carrera 19 # 63 C 32 - Tel.: 919 80 02
Bogotá, Colombia

Primera edición: Bogotá, octubre del 2022

ISBN: 978-958-503-521-8
e-ISBN: 978-958-503-522-5

Directora editorial: Claudia Garay Castro
Coordinadora editorial: Paula Bermúdez B.
Corrección de estilo: Paula Rueda
Diagramación: Denise Rodríguez Ríos
Carátula: Wilson Marulanda Muñoz
Impresión: Multi-impresos S.A.S.
Calle 76 # 24 – 37
Bogotá D.C. Colombia

*Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.*

Impreso y hecho en Colombia - Todos los derechos reservados

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	XV
Trabajos de la línea de innovación, calidad, modelos de atención, gestión y tics en enfermería	XVIII
Trabajos de la línea de investigación: cronicidad, cuidado y paliación.....	XIX
Trabajos de la línea de investigación: éticas del cuidado, derechos humanos, biopolítica y desarrollo humano.....	XX
Trabajos de la línea de investigación: enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica.....	XXI
Trabajos de la línea de investigación: salud global, migración, procesos sociales y políticas públicas.....	XXI
Referencias	XXIII
CAPÍTULO 1. CALIDAD DE LOS CURSOS ONLINE EN EL PROCESO EDUCATIVO DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA	1
Resumen	1
Introducción.....	2
Las TIC con base en los estándares de la alta calidad: lineamientos y aspectos valorativos actuales.....	2
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Antecedentes.....	6
Marco de diseño	8

Población	8
Muestra y muestreo.....	8
Instrumento de medición.....	9
Aspectos éticos	10
Procedimiento y análisis de datos	11
Resultados	12
Análisis bivariado.....	25
Discusión y conclusiones	29
Agradecimientos.....	31
Referencias	32

CAPÍTULO 2. LAS TIC DESDE LA PRÁCTICA PEDAGÓGICA EN ENFERMERÍA.....

Resumen	37
Summary	38
Resumo	39
Introducción.....	39
Metodología	41
Resultados	41
Discusión.....	46
Conclusiones.....	46
Referencias	48

CAPÍTULO 3. CAPACIDADES Y HABILIDADES DE EMPRENDIMIENTO EN ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN CÚCUTA.....

Resumen	51
Abstract.....	52
Resumo	52
Introducción.....	53
Emprendimiento	53
Metodología	56
Resultados	58
Discusión de los resultados.....	60
Conclusiones.....	62
Referencias	64
	65

CAPÍTULO 4. LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN EL EJE TRANSVERSAL DE ACREDITACIÓN, EXPERIENCIAS DESDE LOS PROYECTOS DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

Resumen	69
Abstract.....	69
Abstract.....	70
Abstract.....	71
Introducción.....	72

Justificación y formulación	74
Estrategia desde el enfoque de marco lógico	76
Suscripción de acuerdos de voluntades.....	76
Diseño y validación de instrumentos, construcción de línea base	77
Ejecución y resultados	79
Evaluación del proyecto.....	81
Conclusiones.....	82
Referencias	84
CAPÍTULO 5. CONFLICTO ARMADO Y ACADEMIA: EXPERIENCIA	
METODOLÓGICA EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES ANTE LA JEP	87
Resumen	88
Abstrac	88
Resumo	89
Introducción.....	90
Justificación.....	92
Fundamentación teórica del enfoque bioético en la metodología.....	94
Marco para el desarrollo del proceso	95
Pasos de la metodología	99
Resultados	108
Conclusiones.....	110
Referencias	112
CAPÍTULO 6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA	
EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA	115
Resumen	115
Abstract.....	116
Sumário.....	117
Introducción.....	118
Desarrollo de caracterización del paciente con enfermedad crónica.	
Características sociodemográficas.....	124
Percepción de carga y apoyo	124
Uso tecnologías de información y comunicación	125
Funcionalidad y estado mental.....	125
Calidad de vida de las personas con enfermedad crónica	125
Funcionalidad familiar (APGAR)	127
Comportamiento de la calidad de vida y funcionalidad familiar	127
Comportamiento de la calidad de vida, características demográficas y funcionalidad familiar	128
Conclusiones.....	136
Referencias	138

CAPÍTULO 7. PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	
EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.....	145
Introducción.....	145
Enfermedad renal crónica	146
Terapias de reemplazo renal	148
Modalidades.....	148
Diálisis peritoneal.....	149
Hemodiálisis	151
Accesos vasculares en hemodiálisis	152
Referencias	154
CAPÍTULO 8. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL	
DOLOR EN LA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DESDE EL HOGAR.....	159
Resumen	160
Abstract.....	160
Abstrato	161
Introducción.....	162
Métodos	165
Resultados	171
Fase diagnóstica.....	171
Fase de planificación	172
Fase de ejecución	172
Fase de evaluación	172
Discusión.....	173
Conclusiones.....	173
Referencias	174
Conflicto de intereses	177
CAPÍTULO 9. LA SALUD, UN ELEMENTO DEL METAPARADIGMA	
PRESENTE EN FILOSOFÍAS, MODELOS TEÓRICOS Y TEORÍAS	
DE ENFERMERÍA	179
Resumen	179
Abstract.....	180
Resumo	181
Introducción.....	181
Desarrollo: declaraciones sobre la salud	183
Conclusiones	189
Referencias	190

CAPÍTULO 10. LA SALUD DE LOS NIÑOS EN LA MIGRACIÓN: COMPRENDIENDO SU IMPACTO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO Y LA SALUD GLOBAL.....	195
Resumen	195
Introducción.....	196
Antecedentes migratorios en la población infantil	197
La migración como determinante de la salud	198
Vulnerabilidad social del niño en situación de migración y su afectación en la salud infantil	199
Glosario de términos sobre migración	200
Conclusiones.....	201
Referencias	203
ACERCA DE LOS AUTORES	207
ACERCA DE LOS COAUTORES	211

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Percepción de la calidad de los cursos virtuales según el rol del usuario	26
Figura 2. Percepción de la calidad de los cursos virtuales según sexo	27
Figura 3. Percepción de la calidad de los cursos virtuales según asignatura	28
Figura 4. Participación en planes de formación en TIC	43
Figura 5. Etapas para la presentación de informes ante la JEP, 2020	96
Figura 6. Otros elementos para la presentación de informes	98
Figura 7. Paso 1: generar confianza y manejo de expectativas	101
Figura 8. Paso 2. Preparación para la elaboración de informes.....	103
Figura 9. Paso 3. Elaboración y construcción de informes	105
Figura 10. Paso 4. Revisión, aprobación y envío de informes a la JEP	107
Figura 11. Árbol de problemas.....	163
Figura 12. Esquema del concepto de salud a la luz de las filosofías, los modelos teóricos y las teorías en enfermería.....	185

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características del cuestionario de evaluación de la calidad de los cursos virtuales	9
Tabla 2.	Características de la muestra	12
Tabla 3.	Percepción de los usuarios frente a la calidad general y la metodología didáctica	13
Tabla 4.	Percepción de los usuarios frente a la calidad técnica: navegabilidad y diseño	19
Tabla 5.	Percepción de los usuarios frente a la calidad técnica: recursos multimedia	21
Tabla 6.	Medidas descriptivas para cada dimensión del instrumento	25
Tabla 7.	Distribución según variables sociodemográficas.....	42
Tabla 8.	Variables, dimensiones e indicadores seleccionados.....	60
Tabla 9.	Percepción con respecto a las capacidades personales para el emprendimiento	62
Tabla 10.	Características de los instrumentos diseñados para establecer línea base en tres proyectos de humanización en salud, en tres IPS de Cúcuta 2016- 2019	78
Tabla 11.	Medidas descriptivas para puntuaciones dimensión de calidad de vida.....	125

Tabla 12. Medidas descriptivas para puntuaciones observadas en APGAR familiar	127
Tabla 13. Matriz de correlaciones entre escalas calidad de vida y funcionalidad familiar	128
Tabla 14. Características demográficas, calidad de vida y APGAR familiar	129
Tabla 15. Intervención educativa de enfermería con base en el esquema de desarrollo de intervenciones de cuidado de la salud.....	164
Tabla 16. Matriz del marco lógico.....	166
Tabla 17. Plan de acción.....	169

PRESENTACIÓN

Uno de los temas más complejos en la enfermería es la investigación, a pesar de que se constituye como uno de los aspectos más apasionantes, puesto que trata de desarrollar un proceso de descubrimiento de nuevo conocimiento. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la enfermería debe investigar para contribuir a que la población alcance estilos de vida saludables y una atención adecuada” (1) (p. 2) y es necesario brindar los conocimientos necesarios para poder hacerlo. En este trasegar emergen los grupos de investigación, que en Colombia Minciencias (2) los define como:

El conjunto de personas que se reúnen para realizar investigación en una temática dada, formulan uno o varios problemas de su interés, trazan un plan estratégico de largo o mediano plazo para trabajar en él y producir unos resultados de conocimiento sobre el tema cuestión. (p. 1)

Es importante recalcar que de acuerdo con lo expuesto por esta entidad, un grupo de investigación existe, siempre y cuando demuestre producción de resultados tangibles y verificables, fruto de proyectos y otras actividades de investigación convenientemente expresadas en un plan de acción (proyectos), debidamente formalizado.

Responder al desafío de la investigación desde enfermería no es tarea sencilla, pues generalmente se piensa en la función social de las profesiones y, en el caso de enfermería se relaciona socialmente con actividades de asistencia, docencia y

gestión, por lo cual el desarrollo investigativo pareciera como un espacio nuevo de perfeccionamiento, pero en realidad está integrado a la impronta de la disciplina, donde se inscribe en las bases fundacionales de la enfermería moderna. Los profesionales de enfermería reconocen que la investigación en esta disciplina inicia con los registros detallados de las observaciones de Florence Nightingale (1820-1910), quien aplicó sus conocimientos de historia y filosofía al estudio del entorno, lo que le permitió definir el cuidado como eje de su actuación e ideología de vida. Ella plasmó la lógica del pensamiento y actuar de enfermería, sentó las bases filosóficas, epistemológicas y éticas a partir del análisis del contexto histórico y sociocultural en el cual desarrolló su principal obra, todo a partir de una bitácora con sus notas, que ha servido de referencia para el desarrollo de las actuales teorías de enfermería (3).

La formación en enfermería a nivel de pregrado en la Universidad Francisco de Paula Santander se viene realizando desde 1972, siendo el primer programa de educación superior en salud en Norte de Santander. En octubre de 2002 se crea ante Colciencias (hoy MinCiencias), el Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería GICE, gracias a la iniciativa de cinco docentes de enfermería. Estas pioneras asumieron las banderas de la Investigación y el Desarrollo de la Ciencia en un momento importante para los procesos de desarrollo institucional en las universidades del país, dado que en 2002 se publicó el primer informe sobre los desarrollos de la educación superior en Colombia en la década de 1991 a 2001, a partir de la promulgación de la ley que reformó la estructura y desarrollo de la educación superior colombiana (Ley 30 de 1992), tomándose como punto de partida para la revolución educativa del país (4). Adicional a lo anteriormente expuesto, en 2001 el Sistema de Universidades del Estado (SUE), presentó una propuesta de 38 indicadores de gestión para las universidades públicas, en los cuales se destacaba el compromiso de hacer de la investigación, el eje rector de la actividad académica, como efectivamente ocurre en la actualidad.

Desde este contexto el grupo de Investigación Cuidado de Enfermería ha transitado por momentos muy significativos en su desarrollo y evolución investigativa, destacándose tres hitos importantes:

- De 2002- 2017: fundación, desarrollo e integración investigativa en torno a la línea de investigación “saber y práctica del cuidado”. En este período nacen los eventos de apropiación social y difusión del conocimiento científico que el grupo ha mantenido a lo largo del tiempo: i) Encuentro Binacional de Cuidado de Enfermería, que tuvo su primera edición en 2003 hasta 2006, de forma anualizada. A partir de 2007 a 2022 se ha realizado de forma bianual, desarrollándose 13 ediciones hasta la fecha; ii) Encuentro Internacional de Cuidado, que nace en 2007 y desde ese momento hasta el 2021, se ha desarrollado bianualmente contando con 8 ediciones.

- De 2018 - Oct-2022: en 2018 se realiza el taller de reorientación estratégica del grupo y se establecen cinco nuevas líneas de investigación: (i) Cronicidad, cuidado y paliación; ii) Bioética, éticas del cuidado, derechos humanos, biopolítica y desarrollo humano; iii) Enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica; iv) Innovación, calidad, modelos de atención, gestión y tics en enfermería; v) Salud global, migración, procesos sociales y políticas públicas. En este período de tiempo se incluye el desarrollo de dos encuentros internacionales de cuidado en la modalidad de Webinar internacional: 2020 y 2021.
- De noviembre de 2022 en adelante: el desafío que enfrentará el grupo de investigación a futuro se relacionará con la transformación y posicionamiento de su nombre, imagen corporativa y marca registrada, que será presentada a partir de noviembre de 2022. En ese momento cambiará la denominación, ya que el grupo GICE pasará a llamarse Grupo de Investigación para el Cuidado de la Salud (GINCUS-UFPS). Este último proceso se dio gracias a la estrategia de registro de marcas adelantado por la UFPS, en el marco del proceso de protección de los Derechos de Propiedad Intelectual (DPI) a los activos intangibles de la UFPS, en este caso marcas y signos distintivos por parte de la oficina de propiedad intelectual de la universidad. Así mismo, en 2023, se espera realizar la primera evaluación del desarrollo evolutivo y logros significativos de las líneas de investigación existentes hasta la fecha, aspecto que sin duda continuará dando resultados positivos en pro del crecimiento y consolidación de la tradición investigativa del grupo de investigación: GICE (2002-2022)-y/o, GINCUS (2022 en adelante).

El anterior recuento era el marco necesario para proceder a la presentación del libro conmemorativo de los XX años de creación del grupo de Cuidado de enfermería GICE, evento que ha contado con el apoyo de la Universidad Francisco de Paula Santander, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) seccional Norte de Santander, Organización Colegial de Enfermería de Colombia (OCE), y Didaclibros Ltda y LadMedis.

Este libro que presentamos y que lleva por nombre *Construyendo el saber de enfermería desde el cuidado 2002- 2022*, es un paso importante para la historia del grupo y su desarrollo investigativo. El presente volumen está integrado por diez trabajos seleccionados entre los miembros del grupo GICE, documentos que constituyen una contribución a la reflexión en torno a la investigación en enfermería sus desarrollos y nuevos campos de acción, en los cuales sus integrantes han incursionado y son el fruto de los proyectos y experiencias investigativas de sus integrantes.

La elaboración de sus contenidos formaliza los diferentes pasos que se han adelantado en el marco de las líneas de investigación planteadas por el grupo, temas que, además de importante relevancia, buscan nutrir la discusión académica en torno a la profesión de enfermería y sus áreas de desarrollo, para lo cual se presentarán los temas propuestos por líneas de investigación del grupo.

Trabajos de la línea de innovación, calidad, modelos de atención, gestión y tics en enfermería

La calidad de los cursos *online* en el proceso educativo de enfermería en tiempos de pandemia puede constituirse en un excelente documento para analizar la relación entre TIC, calidad educativa y su impacto en los procesos de educación profesional durante la pandemia por COVID-19; este estudio, además de comprender las formas de pensar de los encuestados, respecto al proceso de formación remota, pone de relieve el impacto de las herramientas educativas *online* y el respaldo que estos le confirieron al proceso formativo de enfermería durante la pandemia. Por otro lado, con base en la evidencia científica, la doctora Olga Marina Vega Angarita, docente fundadora del Grupos GICE, aporta con su valiosa experiencia en la Vicerrectoría Académica de la UFPS, y de allí se afianza el desarrollo de esta investigación, que se articula con la línea de investigación “Innovación, calidad, modelos de atención, gestión y tics en enfermería”.

Siguiendo con la anterior línea de desarrollo investigativo, en el manuscrito *Las TIC desde la práctica pedagógica en enfermería*, la enfermera magister Débora Milena Álvarez Yáñez, en colaboración con los docentes Erika Alejandra Maldonado Estévez y Félix Joaquín Lozano Cárdenas (ambos del programa de comunicación social de la UFPS), realizan un importante análisis sobre las competencias docentes para la formación universitaria, desde la mirada de las TIC, que permean la práctica pedagógica en los procesos de la interacción docente-estudiante. En este caso, el apoyo significativo para el docente de enfermería se obtiene de los recursos TIC, que pueden facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediado por actividades interactivas apropiadas y adaptadas a las necesidades educativas en los procesos de formación de enfermeros, un documento que sin duda nutre la perspectiva de la formación docente en salud y en enfermería.

De otra parte, otro de los procesos adelantados en el marco de esta línea de investigación, se relacionan con el emprendimiento en enfermería, en este caso, la enfermera maestrante Deysi Astrid Machucca Albarracín en su documento *Capacidades y habilidades de emprendimiento en estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta*. Producto resultado de una investigación de maestría, que se preocupa por interpretar de manera debida, la forma como la innovación y el emprendimiento pueden convertirse en herramientas para el desarrollo del profesional de enfermería, tema que fue abordado tomando dos referentes

teóricos: enfoque de capacidades y la teoría de los recursos, los cuales se trabajaron identificando las relaciones de estos enfoques respecto al rol del profesional de enfermería como emprendedor dentro de un modelo de empresa, buscando como resultado pensar modelos de negocios en sectores tan altamente competitivos como lo es la salud humana, esquema poco abordado por la profesión y la formación universitaria.

Finaliza el enfoque gerencial con uno de los trabajos presentados por la docente Gloria Omaira Bautista Espinel con el manuscrito *La humanización de la salud en el eje transversal de acreditación, experiencias desde los proyectos de extensión universitaria*. Esta compilación presenta la experiencia académica en la formulación y desarrollo de tres proyectos con enfoque de humanización, realizados en tres entidades de salud de la ciudad de Cúcuta, dentro de los procesos de extensión universitaria. Trae a colación la forma como la relación docencia servicio es clave para el desarrollo de relaciones de reciprocidad en el marco de las alianzas Universidad-Empresa-Estado, en las cuales se integran las acciones que fortalecen los microcurrículos del programa de enfermería, ampliando el panorama de intervención de los estudiantes, haciéndoles parte importante en los procesos de calidad en las organizaciones de salud.

Trabajos de la línea de investigación: cronicidad, cuidado y paliación

El trabajo *Funcionalidad familiar y calidad de vida en personas con enfermedad crónica* a cargo de la enfermera magíster Dianne Sofía González Escobar, docente investigadora y una de las fundadoras del grupo GICE, se integra a un componente de la trayectoria investigativa del grupo, que se relaciona con el enfermo con enfermedad crónica, área sobre la cual la docente ha profundizado de manera importante.

En este capítulo se presentan algunos de los aspectos más significativos en la atención de los pacientes con enfermedad crónica, principalmente en lo relacionado con la prevalencia de enfermedades como la hipertensión arterial y diabetes, destacando la importancia de implementar medidas protectoras, que disminuya su impacto en la calidad de vida, salud y bienestar de quienes padecen estas enfermedades, aspectos que, de no implementarse, incrementan la carga de la enfermedad y representan un gran sobrecosto al sistema de salud. En su trabajo la docente identifica el rol que desempeña el cuidador principal y el predominio de la baja percepción de sobrecarga que implica al paciente con enfermedad crónica, además de la funcionalidad familiar, elementos que ratifican el papel de la familia como principal agente de cuidado del enfermo en el contexto regional y en Colombia.

Continuando con la presente línea, el capítulo sobre: *Pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de remplazo renal*, es una importante contribución de la enfermera magister Sandra Milena Martínez, investigadora que se ha enfocado principalmente en una de las enfermedades crónicas, no transmisibles que mayores costos y procesos asistenciales genera en Colombia, en este caso la enfermedad renal. El documento ilustra de manera importante y metódica las conceptualizaciones más relevantes sobre el tema y sus procesos de intervención más notables, presentando adicionalmente un llamado a estar alerta sobre las situaciones que pueden repercutir en el estado de salud física, mental y espiritual de los cuidadores a consecuencia de las múltiples variables que deben considerarse para garantizar el mantenimiento de la función renal sustituta en estos pacientes, lo que puede generar reducción de la calidad de vida no solo de pacientes, sino también a sus cuidadores.

La experiencia presentada por las docentes enfermeras: magister Débora Milena Álvarez Yáñez y la doctora Gloria Carvajal Carrascal (docente de la Universidad de la Sabana), quienes aportan el trabajo denominado *Intervención de enfermería para reducir el dolor en la revascularización miocárdica desde el hogar*; el cual se involucra en otra de las áreas de intervención de esta línea, como lo es el cuidado paliativo, relacionado con el manejo del dolor del paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, que parte de la premisa de que la reducción del dolor es una prioridad del cuidado de enfermería. Este trabajo desarrolla la forma cómo desde la intervención de enfermería se puede impactar en los cuidados de las personas en posoperatorio, en su entorno domiciliario. Se destaca la importancia de utilizar los lenguajes estandarizados de enfermería para implementar cuidados enfermeros adecuados y competentes, en especial al personalizar el plan de atención de enfermería desde la práctica del cuidado en el hogar.

Trabajos de la línea de investigación: éticas del cuidado, derechos humanos, biopolítica y desarrollo humano

El documento presentado por los docentes investigadores: doctora Gloria Omaira Bautista Espinel, junto a los docentes del programa de derecho doctor Eduardo Gabriel Osorio Sánchez y doctoranda Liany Yetzira Hernández Granados se denomina *Conflicto armado y academia: experiencia metodológica en la elaboración de informes ante la JEP*, en el que se realiza el abordaje desde un tema que tiene una íntima relación con la realidad de las graves violaciones al derecho internacional humanitario y la justicia transicional, temas que han tomado un gran auge en el país. Se profundiza la relación entre bioética y el derecho en plena evolución, que es amplia y abierta, pues se entrecruzan cada vez más en su dimensión tanto histórica como jurídica alrededor de la dignidad humana y de la vida, que comprende todos los demás derechos, explicables solo a partir del respeto por la vida humana. Esta experiencia abarca el desarrollo de una consultoría científico-tecnológica para la elaboración de una metodología que permitiera a las víctimas del conflicto

armado de Norte de Santander (durante la pandemia), presentar informes ante la JEP (Jurisdicción Especial para la Paz), incluido el modelo metodológico para el acompañamiento a grupos de víctimas, (por parte de docentes investigadores de la academia) en la elaboración de informes.

Trabajos de la línea de investigación: Enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica

La docente enfermera magister Mónica Peñaloza García presenta su trabajo denominado *La salud, un elemento del metaparadigma presente en filosofías, modelos teóricos y teorías de enfermería*. Importante documento que indaga sobre el concepto de salud, dado por los autores y teóricos de la disciplina dentro del metaparadigma en las filosofías, los modelos teóricos y las teorías de enfermería incluidos los documentos de referencia. Esta revisión toma diversos modelos teóricos, analizando en estos las declaraciones sobre el concepto de salud, desarrollando diversas categorías, que le sirvieron a la autora para generar una definición global de salud, aplicable a enfermería. Este aporte a la consolidación filosófica y conceptual de la disciplina es uno de los desafíos más importantes de esta línea de investigación, aspecto que se vislumbra influenciado por las experiencias en el cuidado, a través del cual gira cada contribución a la ciencia de enfermería.

Trabajos de la línea de investigación: salud global, migración, procesos sociales y políticas públicas

Finaliza este libro con un importante aporte, desde uno de los temas de mayor impacto social en materia de salud y movilidad humana, como lo es la migración. En este caso, la enfermera magister María del Pilar Ureña Molina presenta *La salud de los niños en la migración: comprendiendo su impacto social desde la perspectiva del cuidado y la salud global*. La mirada de la autora se ubica en los diferentes contextos de la migración como fenómeno global y su alto impacto en los lugares de acogida, principalmente por los problemas asociados a la salud y bienestar, que el fenómeno migratorio genera en los niños, quienes, debido a su situación de vulnerabilidad, requieren de especial atención para crecer y desarrollarse de forma adecuada en el marco de los derechos que les asiste dada su condición de indefensión por las necesidades de ser cuidados. Desde la perspectiva de la atención humanitaria se requieren acciones de impacto incluidas, las políticas públicas, que sean eficaces, para mitigar su efecto negativo en calidad de vida de los niños.

Con la edición de este libro, el Grupo de Cuidado de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander espera contribuir no solo al conocimiento y al desarrollo de los procesos de investigación, que desde sus líneas se adelantan, sino al enriquecimiento del acervo bibliográfico, académico y científico en enfermería y los aspectos del conocimiento relacionados con esta disciplina. Asimismo, se espera

que este texto se convierta en un estímulo clave para las nuevas investigaciones y producciones literarias, no solo desde el grupo GICE, sino de las ciencias y disciplinas con las que se relaciona, en virtud de generar criterios que permitan ampliar el horizonte de la investigación en enfermería, ante la vertiginosa evolución del conocimiento científico, para decidir con claridad y en función de una buena ciencia del cuidado para todos y para las futuras generaciones, de enfermeros investigadores.

Gloria Omaira Bautista Espinel, PhD.

Directora del Grupo Cuidado de Enfermería GICE

Universidad Francisco de Paula Santander

Cúcuta, Colombia, 2022.

Referencias

1. Gómez A. La investigación en enfermería. *Enferm Nefrol.* 2017; 20(1): 13-13. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100001&lng=es [Consultado el 30 de agosto de 2022].
2. MinCiencias. *¿Qué es un grupo de investigación?* <https://legadoweb.minciencias.gov.co/faq/qu-es-un-grupo-de-investigaci-n>
3. Nava-Galán MG, Hernández-Corral S. Desarrollo y evolución de la Investigación en Enfermería a través del trabajo en Red: La experiencia de 2 Institutos Nacionales de Salud. *Enferm. Univ.* 2013;10(3):73-74. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300001&lng=es [Consultado el 30 de agosto de 2022].
4. IESALC – UNESCO. *La educación superior en Colombia informe.* https://www.urosario.edu.co/urosario_files/a0/a09c4a22-507a-47a0-8f2a-6401b40b5100.pdf

CAPÍTULO 1

CALIDAD DE LOS CURSOS *ONLINE* EN EL PROCESO EDUCATIVO DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Olga Marina Vega Angarita¹

Resumen

Objetivo. Determinar la percepción de calidad de los cursos *online* en tiempos de pandemia por parte de la comunidad académica del programa de enfermería de la Universidad de Santander. **Metodología.** Correspondió a un estudio con diseño cuantitativo, no experimental y nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 157 participantes, de los cuales 144 eran estudiantes y 13 eran docentes, en quienes fue aplicado el “Cuestionario de evaluación de la calidad de los cursos virtuales”, creado por Santoveña. **Resultados.** Se reportaron ítems evaluados de manera positiva (Bastante y Muy de acuerdo) e ítems evaluados de manera negativa (Nada y Muy poco), lo que podría explicar las diferentes formas de pensar de los encuestados respecto al proceso de formación remota ante una circunstancia fortuita en tiempos de pandemia. **Conclusiones.** Con relación al objetivo de la investigación, las percepciones de los encuestados sobre la calidad de los cursos

1 Doctora en educación. Magister enfermería cuidado al paciente crónico. Profesora titular. Programa de enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander- Cúcuta. Correo electrónico: olgavega@ufps.edu.co Orcid: <https://or-cid.org/0000-0002-5525-0088>. Cúcuta, Colombia.

online fueron diversas las reacciones a las afirmaciones consultadas. Su opinión difiere según el rol del usuario, el sexo y la asignatura del curso virtual.

Palabras clave: calidad, cursos *online*, educación, pandemia, enfermería.

Introducción

En el 2020 la crisis de la COVID-19 afectó de forma significativa a todas las esferas de la sociedad, constituyéndose como una grave amenaza para la salud pública, la economía y la educación. En el ámbito académico las exigencias sanitarias del distanciamiento y aislamiento forjaron de manera afanada la suspensión de actividades en el aula de clase, el aprendizaje virtual y el trabajo académico en casa reemplazó drásticamente a los escenarios presenciales de aprendizaje (1). Desde entonces, los procesos formativos de los programas académicos se ajustaron a la nueva realidad de operar desde la distancia por medio del uso de las TIC para garantizar la máxima seguridad de su comunidad académica y personal administrativo. Según lo indican Cárdenas *et al.* (2):

Desde el Ministerio de Educación Nacional fueron emitidos una serie de lineamientos para asegurar la presentación del servicio educativo durante el tiempo de aislamiento preventivo obligatorio que aún sigue vigente la cuales han incluido modificaciones al calendario académico, orientaciones y herramientas para facilitar el proceso pedagógico en casa. (p. 5)

Por su parte, desde los lineamientos mínimos de la calidad en la formación de enfermería en Colombia, emitidos por la Asociación Colombiana de Facultades de enfermería (ACOFAEN) se hace hincapié en la relevancia de incorporar la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en la formación de profesionales (3).

Ante la necesidad de poner en acción los procesos creativos en la contingencia de la educación remota bajo las restricciones epidemiológicas, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han brindado nuevas posibilidades al proceso de enseñanza y aprendizaje. Sobre el tema Armas y Rodríguez (4) señalan que actualmente las TIC son una realidad del aula y se ha normalizado su uso como herramienta imprescindible para la mejora del proceso y la calidad educativa, ya que adaptan los procesos de enseñanza al tiempo en que vivimos.

Las TIC con base en los estándares de la alta calidad: lineamientos y aspectos valorativos actuales

En el ámbito educativo colombiano las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ha sido un área priorizada dentro de la agenda del Ministerio de Educación Nacional (5). Los modelos de acreditación, si bien se han venido

moldeando en una serie de lineamientos para la acreditación de alta calidad en sus distintas versiones, en las TIC como criterios de valoración en términos de suficiencia, calidad y actualidad mantienen su vigencia. Así, los recursos tecnológicos y de comunicación son categorías explícitas dentro del contexto de la acreditación y por eso disponen de categorías e indicadores para valorar tal dimensión en el programa académico como en la institución.

Frente a la anterior versión (2013), que en su marco estructural se definía por diez factores de calidad, la del 2021 introduce a los actuales procesos de acreditación de alta calidad de programas dos factores: el N°6: Permanencia y graduación y el N° 10: Medios educativos y ambientes de aprendizaje como preceptos de calidad en la educación superior. En particular, el análisis global de este último factor se basa en la síntesis sucesiva de valoraciones sobre el conjunto de elementos de complejidad creciente de aspectos a evaluar integrados en tres características, que son: 1) estrategias y recursos de apoyo a los profesores, 2) estrategias y recursos de apoyo a estudiantes, y 3) recursos bibliográficos y de información.

En la valoración del cumplimiento de parámetros de este factor, el programa académico deberá demostrar la disponibilidad, acceso, uso y apropiación por parte de la comunidad académica, de espacios, recursos, herramientas y equipos para enriquecer los procesos de enseñanza aprendizaje (6). También está directamente relacionado con la disponibilidad de recursos de apoyo académico, bibliografía digital, base de datos y el correspondiente uso de las TIC como estrategias de soporte al proceso formativo.

Adicionalmente, entre las recientes consideraciones que plantea la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y Plan Estratégico 2022-2031, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 755/2022 (7) se establecen tres líneas estratégicas que requieren importantes cambios en el país: 1) condiciones para el ejercicio, el desempeño y gestión para el desarrollo profesional y auxiliar de enfermería, 2) fortalecimiento de competencias y calidad de la formación, y 3) autonomía y liderazgo en enfermería. Particularmente en la definición de la segunda línea estratégica se precisa como un objetivo operativo, pues “el promover el desarrollo de la gestión de la información y el conocimiento con uso de las tecnologías en salud e innovación en el cuidado de enfermería” (7).

De acuerdo con lo dicho por Rama (8) “las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son altamente eficientes para alcanzar mejores dinámicas educativas centradas en el aprendizaje, permitiendo vía de convergencia de medios sincrónicos o asincrónicos con libertad de las personas o aplicaciones entre otros, mejores procesos de autoaprendizaje e interacción”. Como beneficios de la utilización de las TIC se destacan: flexibilidad de tiempo acorde a la posibilidad real de tiempo de los usuarios, aprendizaje interactivo sin asistencia presencial al aula y sin restricciones geográficas, adaptabilidad a la diversidad del alumnado

permitiéndole seguir distintos ritmos en la adquisición del aprendizaje y capacidad de fomento de la autonomía a la hora de poder formar personas que sean guías de su propio aprendizaje (9), recursividad para generar propuestas educativas orientadas al empoderamiento de quien aprende, centradas en el uso más que en el manejo de las tecnología (10), bondades que propician igualdad de oportunidades en el ámbito educativo con reconocimiento diferenciador de los estudiantes.

Entre las posibilidades que las TIC han generado en el proceso formativo de enfermería ha destacado, entre otros, la posibilidad de desarrollar nuevas experiencias comunicativas, expresivas y educativas (11), el logro de competencias relacionadas con la búsqueda de información, autoaprendizaje y trabajo colaborativo, el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y argumentación (12) y el cambio de rol del estudiante a una actitud más proactiva (13).

La crisis sanitaria causada por la COVID -19 ha instituido un mensaje claro sobre la importancia de que la educación superior sea flexible y personalizada, con capacidad de respuesta a intereses y necesidades propias de los estudiantes. Este tipo de educación juega un papel importante y, en la actualidad, está cogiendo fuerza para impactar la educación a un cambio de enseñanza (14). También, y como lo señalaron Hazim *et al.* (15), una formación virtual de calidad debe responder a unos requerimientos técnicos y metodológicos que satisfagan las necesidades de los usuarios, es decir, de consultar materiales didácticos de calidad, materiales que le aporten conocimientos y no solo información, y medios estables para comunicarse con los directores, tutores y/o profesores de los cursos.

Reflexionar en torno a los efectos que la coyuntura por la COVID-19 ha generado en la calidad de las herramientas educativas en entornos virtuales en la formación de enfermería, siendo imprescindible en la toma de decisiones tendientes a la planificación de estrategias y acciones en el fortalecimiento del proceso educativo frente a las exigencias acontecidas y de desempeño los actores de valor inmersos en él.

Justificación

De acuerdo con la UNESCO (16), 113 cerraron sus centros educativos para proteger la salud de sus estudiantes; frente a este panorama uno de los desafíos más grande ha sido la resiliencia del sistema educativo para adaptarse al mundo digital.

Subrayó Giannini (17) que:

El uso intensivo de todo tipo de plataformas y recursos tecnológicos para garantizar la continuidad del aprendizaje es el experimento más audaz en materia de tecnología educativa, aunque inesperado y no planificado. Tenemos que evaluar los resultados, aprender mejor qué es lo que funciona y por qué, y utilizar las lecciones aprendidas para reforzar la inclusión, la innovación y la cooperación en la enseñanza superior. (p. 6)

En la actualidad se ha incentivado una dinámica en la educación superior en Colombia. Su importancia subyace ante la inquietud por los profundos cambios demográficos, sociales y ambientales, así como a las nuevas realidades que la cuarta revolución industrial han generado un interés renovado por las tecnologías digitales y su papel en la educación superior (18). En tiempos de pandemia, la importancia creciente de las TIC ha dejado de ser un proceso previsible para convertirse en una realidad incuestionable; por un lado, su contribución se ha hecho evidente al traspasar las fronteras físicas del conocimiento que, por circunstancias de confinamiento forzoso y del distanciamiento social por la COVID-19, las situaron en primer plano; por otro, se convirtieron en un desafío a la gestión académica institucional en cuanto hacen necesario trabajar bajo criterios de calidad que respalden procesos de enseñanza y aprendizaje desde la distancia.

A pesar de ser un tema de importante interés en el proceso formativo pertenecen a uno de los menos estudiados. En el contexto regional la naciente demanda de estudios sistemáticos con respecto a la calidad de las herramientas educativas bajo entornos *online* en tiempos de pandemia, sustentan la necesidad de mayor documentación que respalde el proceso formativo de enfermería con base en la evidencia.

El estudio sobre la calidad de los cursos *online* en el proceso educativo de enfermería en tiempos de pandemia se ha llevado a cabo con la iniciativa de la línea de investigación innovación, calidad y uso de las TIC del Grupo de investigación de cuidado de enfermería. Esta línea de investigación que se encuentra en fase inicial de desarrollo persigue la comunicación entre profesionales y pacientes, sobre el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y su potencial aporte en el ámbito de la salud en lo formativo y asistencial.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la percepción de calidad de los cursos *online* en la educación de enfermería en tiempos de pandemia por parte de la comunidad académica del programa de enfermería de la Universidad de Santander.

Objetivos específicos

Identificar la calidad de los cursos *online* de acuerdo con 1) calidad metodológica didáctica, 2) calidad técnica: navegación y diseño, y 3) calidad técnica: recursos multimedia, por parte de la comunidad académica del programa de enfermería de la Universidad de Santander- Cúcuta.

Antecedentes

Algunas universidades han efectuado estudios centrados en la valoración de calidad de los cursos *online* desde la perspectiva de los actores de valor académico: estudiantes y profesores. Suceso que da indicio de enseña la importancia que este proceso tiene en la calidad de los procesos formativos tanto de programas académicos como institucional.

Santoveña (19) realizó un estudio sobre la calidad de la metodología didáctica por medio de entornos virtuales de aprendizaje en la formación de agentes educativos de la Universidad de Oviedo, España. La muestra estuvo conformada por 8 asignaturas, 3 de pedagogía, 3 de magisterio infantil y 2 de magisterio de primaria, publicados en *Uniovi Virtual* por 153 usuarios de los cursos, 4 profesores y 149 alumnos. La calidad de las aulas virtuales fue evaluada por medio de tres aspectos principales: calidad general del entorno virtual (WebCT), metodología didáctica y calidad técnica. Reportó que todos los ítems que componen el cuestionario muestran una media superior de 3 sobre 5. Los dos elementos mejor valorados por los usuarios de los cursos en la calidad didáctica estuvieron relacionados con la afirmación de que el curso virtual ofrece la guía docente actualizada y con el uso de las herramientas de comunicación que permite la interacción y la comunicación, donde los profesores responden y atienden las consultas realizadas por los estudiantes. El estudio concluye que elementos como los contenidos, el uso de las herramientas de comunicación y la calidad de las guías docentes, son aspectos muy valorados por los usuarios.

Por su parte Picón *et al.* (20) realizaron en el año 2021 un estudio sobre análisis de las prácticas de evaluación en entornos virtuales de aprendizaje durante la pandemia COVID-19 y el regreso a la presencialidad de estudiantes del Centro Educativo Superior María Serrana de Asunción en Paraguay. **Metodología.** Se trató de un estudio de campo, no experimental, descriptivo, transversal, con participación de (60) estudiantes, seleccionados mediante la aplicación de muestreo no probabilístico, por conveniencia y voluntario. Reportaron que existían diversas dificultades para una significativa evaluación de las prácticas docentes en entornos virtuales desde conexiones a internet hasta capacitación pertinente para el uso apropiado tanto de las TIC y las herramientas que proporcionan estas. En cuanto a las estrategias y actividades de evaluación como los informes escritos o pruebas orales señalaron los participantes que eran poco desarrolladas, con instrucciones poco claras y escasa retroalimentación. El estudio concluyó que el desarrollo de las clases virtuales se dificultó por diversos motivos entre los que se destacó la conexión a internet, el colapso de la plataforma o la falta de preparación y capacitación en el uso de las NTIC.

En la misma línea, en el año 2020, Ramírez *et al.* (21) realizaron un proyecto con estudiantes donde buscaron conocer las percepciones de los universitarios

hacia la educación virtual en tiempos de confinamiento. El estudio se basó en datos cualicuantitativos mediante la aplicación de una encuesta en línea en 183 estudiantes de los cursos segundo y tercero de las carreras de arquitectura, diseño de interiores, diseño gráfico, fisioterapia, kinesiología, turismo, ingeniería comercial, administración de empresas y economía. En términos generales la percepción de los estudiantes hacia la educación virtual no fue buena por cuanto el 60,7 % de los participantes calificaron como regular y 8,7 % como mala y apenas el 28,4 % de los participantes dijo que era buena. En cuanto al análisis cualitativo la baja percepción reportada por los participantes se debió a factores de tipo económico, la deficiente conectividad, baja calidad de la señal de internet, las metodologías de enseñanza y los medios de enseñanza. Se concluyó que el panorama se presentó desafiante y la educación virtual universitaria debe hacer posible la incorporación de nuevas tecnologías de simulación, gamificación y recursos de realidad mixta que conduzcan a los educandos por nuevos senderos hacia la sociedad del conocimiento de este nuevo periodo histórico.

Por su parte en el 2021 Suarez *et al.* (22) realizaron un estudio denominado percepción de los estudiantes sobre adaptaciones virtuales en cursos de anatomía humana por la contingencia SARS-CoV-2. Se trató de un estudio observacional de corte transversal. Contó la participación de 157 estudiantes, así: 56 % (88/157) curso de anatomía médica, 27 % (43/157) curso de morfofisiología y 17% (26/157) curso de neuroanatomía. Se encontró diversidad de valoraciones a favor o en contra de las adaptaciones realizadas para la educación virtual anatómica en medio de la contingencia. Sin embargo, puntos a favor de la virtualidad, como la posibilidad de grabar y el no desplazamiento físico, más el acceso a modelos de anatomía informática, no logran superar lo comprensible de un docente y el entusiasmo que despierta lo palpable. El estudio concluyó la necesidad de explorar la percepción de los estudiantes frente a las adaptaciones virtuales de las metodologías, contenidos y didácticas en cursos de ciencias básicas, como anatomía humana, para identificar fortalezas y debilidades de la educación virtual, reconocer que la usabilidad de plataformas digitales puede ser asimétrica en los estudiantes y mejorar la educación presencial.

En el ámbito nacional, en el año 2020, Chávez y Mendoza (23) efectuaron un estudio titulado *Percepción de la virtualidad como estrategia ante la pandemia por COVID-19 de las prácticas comunitarias en los estudiantes del programa de enfermería UDES Bucaramanga*. Era un proyecto descriptivo con participación de 71 estudiantes de cuarto a décimo semestre del programa de enfermería que realizaron una práctica comunitaria virtual durante el segundo semestre del año 2020, a quienes les fue aplicada una encuesta en línea. El instrumento constó de 40 preguntas, las 8 primeras con valoración tanto de características del programa como de aspectos sociodemográficas en los participantes; las restantes con medición de la apreciación de los estudiantes en el logro de las competencias del área comunitaria.

Resultados. Sobre las características sociodemográficas se reportó predominio del sexo femenino (81,69%), en edad promedio de 21 años, solteras (88,73%), ubicadas en estrato socioeconómico 2 y 3 (63,38%). Respecto a la ejecución de las prácticas virtuales se evidenció que el dispositivo tecnológico más utilizado fue el computador con un 90,14% y, en cuanto a las plataformas virtuales, el uso del WhatsApp fue la aplicación de mensajería instantánea más empleada 81,69%, seguida de Google Meet con 70,42%.

Se reportaron inconvenientes en desarrollo de la práctica comunitaria virtuales, con mayor porcentaje en limitaciones relacionadas con la conectividad (76,06%). Un porcentaje superior al 10% de los estudiantes refirieron estar en desacuerdo respecto a lograr una comunicación adecuada con la familia, realizar una consulta de telemedicina y que el docente pudiera evaluar de manera clara su práctica. El estudio concluyó sobre la necesidad de implementar de manera alterna otro tipo de redes de apoyo tecnológico o página en diferentes redes sociales que, ante la inestabilidad en las conexiones de internet, posibilitara de manera oportuna el cargue de contenido de las intervenciones realizadas por los estudiantes y su interacción permanente con la comunidad.

Marco de diseño

El estudio se realizó con un diseño cuantitativo, no experimental y nivel descriptivo; cuantitativo, ya que se hace una recolección de datos cuantitativos sobre variables relacionadas con la calidad de los cursos virtuales, que luego se estudian y analizan mediante procedimientos estadísticos (24); no experimental, dado que no se manipula intencionalmente ninguna variable, solamente se observa y describe un fenómeno; descriptivo, ya que su finalidad es describir un conjunto de conceptos a medir y con los resultados obtenidos se describe el fenómeno de interés conforme al objetivo propuesto.

Población

Correspondió a la totalidad de estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Universidad de Santander, Cúcuta.

Muestra y muestreo

Se propuso un muestreo por conveniencia con estudiantes (144) y docentes (13) del programa de enfermería, que aceptaron su participación voluntaria y en quienes se verificó el cumplimiento de criterios de inclusión para el caso de los estudiantes matriculados durante el primer periodo académico 2022 del programa de enfermería de la Universidad de Santander, el tener 18 años o más de edad y con disposición para dar su consentimiento informado. En el caso de los docentes, encontrarse con vínculo laboral activo durante el periodo del estudio, mayor de edad y con formalización voluntaria de su participación.

Instrumento de medición

Cuestionario de Evaluación de la Calidad de los Cursos Virtuales, creado por Santoveña (19) (Anexo 1). Este es un instrumento organizado en cuatro partes; **primera parte:** datos personales y profesionales que contiene información sobre variables básicas como usuario, sexo, edad, estado civil; **segunda parte:** curso que estudia o dirige y desarrolla; **tercera parte:** con 36 preguntas cerradas; finalmente, **cuarta parte:** contiene 4 preguntas abiertas, tres que solicitan sugerencias para mejorar la calidad del entorno y de la metodología didáctica, la calidad técnica (navegación y diseño) y la calidad técnica (recursos multimedia) y una que pretende recoger otros comentarios.

Las preguntas cerradas se distribuyen en tres dimensiones que son: 1) Calidad general del entorno y de la metodología didáctica, que mide la eficacia y eficiencia de los cursos, la versatilidad, la independencia y autonomía en el aprendizaje, el atractivo y la interactividad; es compuesta por 17 ítems (del ítem 1 al 17); 2) Calidad técnica: navegabilidad y diseño, que evalúa la calidad y cantidad de los contenidos, los estilos de aprendizaje, la transferencia de la información al conocimiento, la variedad y riqueza de las actividades, la calidad en el uso de las herramientas de los cursos, la capacidad de motivar y fomentar el aprendizaje constructivo contiene en 9 elementos (del ítem 18 al 26), y 3) Calidad técnica: recursos multimedia, que intenta medir la navegabilidad, los elementos multimedia, el diseño y la calidad de las herramientas disponibles y es compuesta por 10 elementos (del ítem 27 al 36). Con graduación en escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1: nada, 2: muy poco, 3: algo, 4: bastante y 5: mucho (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características del cuestionario de evaluación de la calidad de los cursos virtuales

Partes del instrumento	Aspectos de medición/ Dimensiones	Tipo de respuesta	Opciones de respuesta/ Escala de medición
I	Datos personales y profesionales		
	Usuario curso	Cerrada	Profesor Estudiante
	Sexo	Cerrada	Hombre Mujer Otro
	Estado civil	Cerrada	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. U libre.
II	Curso evaluado (asignatura):	Abierta	

Partes del instrumento	Aspectos de medición/ Dimensiones	Tipo de respuesta	Opciones de respuesta/ Escala de medición
III	Calidad general del entorno y de la metodología didáctica (del ítem 1 al 17).	Cerrada	Escala tipo Likert de 1 a 5 donde: 1. (Nada) 2. (Muy poco) 3. (Algo) 4. (Bastante) 5. (Mucho)
	Calidad técnica: navegación y diseño (del ítem 18 al 26)		
	Calidad técnica: recursos multimedia (del ítem 27 al 36)		
IV	Sugerencias para mejorar el curso virtual Sugerencias de mejora de la calidad general del entorno y de la metodología didáctica del curso:	Abierta	
	Sugerencias de mejora de la calidad técnica: navegación y diseño del curso: Sugerencias de mejora de la calidad técnica: multimedia del curso:		
	Otros comentarios	Abierta	

Nota: cuestionario de evaluación de la calidad de los cursos virtuales de la UNED.

Fuente: elaboración propia basado en Santoveña (19).

La confiabilidad por consistencia interna medida con el alfa de Cronbach en cada una de las dimensiones fue de 0,945 (dimensión calidad general del entorno y de la metodología didáctica), 0,932 (calidad técnica: navegabilidad y diseño) y 0,924 (calidad técnica: recursos multimedia).

Aspectos éticos

La investigación que mantuvo los parámetros éticos para estudios se establece en las normas académicas y administrativas para investigaciones con seres humanos, la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Pública (25), la ley 266 de 1996 (26), que reglamenta los principios que rigen la profesión de enfermería y la ley 911 del 2004 (27), que dispone de la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la enfermería en Colombia.

Los principios éticos que se consideraron en el estudio fueron: 1) beneficencia (basado en el principio de “hacer el bien”), 2) no-maleficencia (fundado en el principio de “no hacer daño”), 3) autonomía (referida a la capacidad que tiene la

persona para decidir y expresar su deseo), y 4) justicia (comprendido como que todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, y, por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto).

Se solicitó consentimiento informado dónde fueron referenciados los aspectos de la investigación, objetivos, beneficios, fines perseguidos en el estudio y procedimiento para recolectar la información; se precisó sobre su carácter voluntario de participación y de retiro en cualquier momento del estudio; se solicitó formalmente el permiso a la dirección del programa de Enfermería de la Universidad de Santander y se contó con la autorización de la doctora Santoveña para la aplicación del instrumento (Anexo 2).

Procedimiento y análisis de datos

La aplicación del instrumento fue efectuada mediante Google Forms[®], donde la consulta en línea estuvo abierta durante 5 semanas, entre febrero y marzo del 2022, con enlaces enviados por correo electrónico institucional a todos los estudiantes y docentes.

El procesamiento estadístico se basó en primera instancia en un análisis descriptivo (distribuciones de frecuencia simple) de las variables de clasificación como usuario, sexo, edad, estado civil, semestre académico y asignatura, además de la descripción del comportamiento de cada uno de los ítems del instrumento de medición de la calidad de los cursos virtuales, frente a la percepción de los usuarios y su valoración en términos de promedio, desviación estándar e intervalo de confianza del 95 %.

Posteriormente, se calcularon las medidas descriptivas (promedio, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo) para las puntuaciones observadas por cada dimensión del instrumento. Las medidas descriptivas se representaron gráficamente mediante diagramas de caja y bigotes (boxplot).

Finalmente se realizó un análisis de varianza con el objetivo de conocer la relación existente entre la calidad de los cursos virtuales, valorada en esas tres dimensiones con las variables rol de usuario, sexo y asignatura. Las pruebas de comparación utilizadas fueron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney para dos grupos independientes, y la prueba H de Kruskal Wallis para k grupos independientes. Se asumieron estas pruebas, ya que el comportamiento de las puntuaciones observadas para cada dimensión de calidad de los cursos virtuales no cumplió con los supuestos de normalidad para poder aplicar pruebas paramétricas (distribución distinta de la normal, valor $p < 0,05$).

El paquete estadístico utilizado fue SPSS versión 26.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 157 personas, de las cuales el 91,7% eran estudiantes y el 8,3% profesores de los cursos virtuales del programa de enfermería de la UDES.

La representación por sexo fue 87,9% mujeres y 12,1% hombres, donde la mayoría estaban entre los 18 y 24 años (7,6%). Se valoró la opinión de estudiantes y profesores de cursos *online* correspondientes a asignaturas de tercero a noveno semestre del programa.

Los cursos virtuales con mayor participación fueron los correspondientes a las asignaturas: enfermería médico quirúrgica (37,6%), salud sexual y reproductiva (22,9%) y principios básicos de enfermería (15,3%).

Tabla 2. Características de la muestra

Variable	Categorías	n = 157
Usuario	Estudiante	91,7%
	Profesor	8,3%
Sexo	Hombre	12,1%
	Mujer	87,9%
Edad	18 - 24 años	79,6%
	25 - 34 años	14,0%
	35 - 44 años	6,4%
Estado civil	Soltero(a)	89,2%
	Casado(a)	5,1%
	Unión libre	5,7%
Semestre académico	Tercero	10,8%
	Cuarto	16,6%
	Quinto	15,9%
	Sexto	10,8%
	Séptimo	21,0%
	Octavo	19,7%
	Noveno	5,1%
Asignatura	Atención primaria en salud	3,2%
	Enfermería comunitaria	10,2%
	Enfermería psiquiátrica	3,8%
	Enfermería médico quirúrgica	37,6%
	Principios básicos de enfermería	15,3%
	Salud sexual y reproductiva	22,9%
	Otras (Varias)	7,0%

Fuente: elaboración propia.

Con relación a la percepción que tienen los usuarios frente a la calidad general del entorno y la metodología didáctica de los cursos virtuales, los tres elementos mejor valorados, donde la mayor parte de usuarios está bastante o muy de acuerdo, se relaciona con las afirmaciones como “el curso dispone de un desarrollo de contenido exhaustivo” (52,2 %), “el usuario puede participar, individualmente y en grupo en las actividades propuestas por los responsables del curso virtual” (51,6 %), y “el uso de las herramientas de estudio, en el aula virtual, presenta calidad didáctica” (47,7 %).

Los principales elementos en los que los usuarios están nada o muy poco de acuerdo son los relacionados con las afirmaciones “la calidad del curso compensa la inversión económica” (39,4 %), “el curso virtual se considera un complemento a los materiales impresos eficaz y eficiente” (23,6 %), y “se presta atención a cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la internet” (19,7 %).

Tabla 3. Percepción de los usuarios frente a la calidad general y la metodología didáctica

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	El curso virtual se considera un complemento a los materiales impresos, eficaz y eficiente, pues ayuda a conseguir los objetivos de aprendizaje de la asignatura y se ofrece un conocimiento teórico-práctico con posibilidades de aplicación directa a la realidad.	5(3,2%)	32(20,4%)	64(40,8%)	41(26,1%)	15(9,6%)
	Se cuida el desarrollo del curso; se presta atención a cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la internet.	5(3,2%)	26(16,6%)	59(37,6%)	50(31,8%)	17(10,8%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	La calidad del curso compensa la inversión económica.	31(19,7%)	31(19,7%)	47(29,9%)	34(21,7%)	14(8,9%)
	El curso es versátil, pues presenta estructuras organizativas adaptables.	5(3,2%)	25(15,9%)	66(42,0%)	50(31,8%)	11(7,0%)
	A través de los distintos medios que ofrece el curso se potencia el pensamiento divergente, la discusión y el debate y estimulan al estudiante a hacer preguntas, reflexionar y a buscar respuestas.	7(4,5%)	17(10,8%)	63(40,1%)	51(32,5%)	19(12,1%)
	Es un curso atractivo, llamativo e interesante, caracterizado por una combinación de colores agradable, por presentar imágenes que no sobrecargan la página, una combinación equitativa de texto/imágenes y transmitir una impresión de credibilidad y fiabilidad.	6(3,8%)	24(15,3%)	55(35,0%)	52(33,1%)	20(12,7%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	Es un curso interactivo: facilita la relación entre un usuario y la máquina y/o entre usuarios, situando el control del desarrollo del curso en el estudiante.	2(1,3%)	24(15,3%)	60(38,2%)	55(35,0%)	16(10,2%)
	El usuario puede participar, individualmente y en grupo, en las actividades propuestas por los responsables del curso virtual.	3(1,9%)	15(9,6%)	58(36,9%)	65(41,4%)	16(10,2%)
	El curso dispone de un desarrollo de contenidos exhaustivo (introducción, objetivos, esquemas, desarrollo de los apartados de los temas, actividades, resumen, glosario, sugerencias de trabajo y de participación en los foros, ampliación de contenidos).	2(1,3%)	21(13,4%)	52(33,1%)	68(43,3%)	14(8,9%)
	El curso virtual presenta exactitud y claridad de los contenidos. Los contenidos didácticos son precisos, fiables y objetivos, además de presentarse de forma comprensible.	3(1,9%)	20(12,7%)	65(41,4%)	57(36,3%)	12(7,6%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	La metodología didáctica, utilizada en el curso virtual, atiende a los distintos estilos de aprendizaje.	4(2,5%)	20(12,7%)	62(39,5%)	59(37,6%)	12(7,6%)
	Los contenidos y la metodología didáctica, utilizada en el curso virtual, facilitan la transferencia de la información al conocimiento.	3(1,9%)	24(15,3%)	64(40,8%)	52(33,1%)	14(8,9%)
	Las actividades del curso virtual son variadas y agradables; trascienden el uso de la memoria, facilitan la comprensión y el razonamiento, convirtiendo los contenidos en elemento activo y eficiente.	6(3,8%)	18(11,5%)	61(38,9%)	56(35,7%)	16(10,2%)
	El uso de las herramientas de estudio, en el aula virtual, presenta calidad didáctica (organización de grupos de trabajo, creación de foros por grupo, debate, etcétera).	1(0,6%)	25(15,9%)	56(35,7%)	56(35,7%)	19(12,1%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	El uso de las herramientas de evaluación, en el aula virtual, presenta calidad didáctica: la retroalimentación enviada al estudiante es precisa y clara, se incluyen preguntas de autoevaluación, se presenta autoevaluación por cada tema y se ofrecen exámenes interactivos de prueba y acceso a las calificaciones finales en la asignatura a través del curso.	5(3,2%)	21(13,4%)	60(38,2%)	56(35,7%)	15(9,6%)
	La metodología didáctica, utilizada en el curso, potencia actitudes positivas hacia el estudio, mantiene el interés en el seguimiento del curso; es decir, el curso motiva al estudiante.	6(3,8%)	22(14,0%)	63(40,1%)	48(30,6%)	18(11,5%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	La metodología didáctica, utilizada en el curso, fomenta un aprendizaje activador y constructivo, permitiendo al estudiante reconstruir el aprendizaje integrando los nuevos conocimientos a los ya adquiridos.	4(2,5 %)	22(14,0%)	58(36,9%)	58(36,9%)	15(9,6%)

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las opiniones que dieron los usuarios frente navegabilidad y el diseño de los cursos virtuales, los tres elementos mejor valorados, donde la mayor parte de usuarios está bastante o muy de acuerdo, estuvieron relacionados con las afirmaciones “el curso virtual ofrece distintas opciones de navegación útiles” (53,5 %), “la navegación del curso virtual es sencilla, facilita el desplazamiento y la localización de los recursos” (5,9 %), y “los encabezados y títulos de las páginas, presentados en el curso virtual, son detallados y explícitos” (50,9 %).

Los elementos, en los que una parte representativa de usuarios están nada o muy poco de acuerdo, son los relacionados con las afirmaciones “la longitud de las páginas virtuales es corta” (16,5 %), “la estructuración y diseño de los vínculos del curso virtual son adecuados” (15,2 %), y “el curso virtual presenta una organización-distribución y estructuración-del sitio adecuada” (15,2 %).

Tabla 4. Percepción de los usuarios frente a la calidad técnica: navegabilidad y diseño

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: navegabilidad y diseño	El curso virtual presenta una organización-distribución y estructuración del sitio adecuado (jerarquización óptima, historial, constancia, homogeneidad).	5(3,2%)	19(12,1%)	59(37,6%)	60(38,2%)	14(8,9%)
	El curso virtual ofrece distintas opciones de navegación útiles.	4(2,5%)	18(11,5%)	51(32,5%)	63(40,1%)	21(13,4%)
	La navegación del curso virtual es sencilla: facilita el desplazamiento y la localización de los recursos.	4(2,5%)	14(8,9%)	56(35,7%)	64(40,8%)	19(12,1%)
	La longitud de las páginas virtuales es corta, la información está dividida sin afectar la coherencia: párrafos y textos breves y uso de vínculos para la información de carácter adicional.	3(1,9%)	23(14,6%)	57(36,3%)	60(38,2%)	14(8,9%)
	Los encabezados y títulos presentados en el curso virtual de las páginas son detallados y explícitos.	3(1,9%)	22(14,0%)	52(33,1%)	60(38,2%)	20(12,7%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: navegabilidad y diseño	La estructuración y diseño de los vínculos del curso virtual son adecuados (se identifican con facilidad, se ofrece una definición de cada uno de ellos, se informa sobre la descarga, no hay vínculos rotos o archivos huérfanos, el acceso a la página principal rápido).	5(3,2%)	19(12,1%)	60(38,2%)	59(37,6%)	14(8,9%)
	El tamaño de los íconos y botones, presentados en el curso virtual, son adecuados al diseño coherente con el significado y funcionalidad y a la población a la que va destinada el curso.	5(3,2%)	18(11,5%)	57(36,3%)	57(36,3%)	20(12,7%)
	El diseño del curso virtual se caracteriza por presentar una apariencia visual agradable, equilibrada (imagen-texto, calidad-tamaño de imágenes), ser dinámico e innovador y facilitar el estudio.	2(1,3%)	17(10,8%)	59(37,6%)	64(40,8%)	15(9,6%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: navegabilidad y diseño	El curso presenta herramientas (contenidos de comunicación, de evaluación y de estudio) con calidad técnica en su funcionamiento y programación.	2(1,3%)	18(11,5%)	60(38,2%)	60(38,2%)	17(10,8%)

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la percepción de los usuarios frente los recursos multimedia de los cursos virtuales, los tres elementos mejor valorados, donde la mayor parte de ellos está bastante o muy de acuerdo, son los relacionados con las afirmaciones “las animaciones y/o los simuladores del curso ofrecen retroalimentación y se respeta la jerarquía en los textos, además de permitir la impresión de contenidos” (48,4%), “los vídeos digitales y las videoconferencias del curso virtual son un complemento al contenido presentado” (47,8%) y “las sesiones de videoconferencias y presentaciones publicados en el curso son programados con la suficiente antelación” (47,8%).

Los elementos en los que gran parte de usuarios están nada o muy poco de acuerdo son los relacionados con las afirmaciones “los recursos multimedia están contextualizadas en el tema, adaptados a los objetivos, contenidos de aprendizaje y a la población destino” (15,9%), “los fragmentos de casos simulados disponibles en el curso ofrecen ayuda al estudiante relacionada con la tarea por realizar” (15,3%), y “los recursos multimedia presentados en el curso virtual disponen de una transcripción, resumen del contenido y la etiqueta” (14%).

Tabla 5. Percepción de los usuarios frente a la calidad técnica: recursos multimedia

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: recursos multimedia	El curso presenta distintos recursos multimedia de forma integrada y combinando diferentes tipos de información (animaciones y actividades, vídeo digital, videoconferencias).	4(2,5%)	17(10,8%)	63(40,1%)	56(35,7%)	17(10,8%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: recursos multimedia	Los recursos multimedia presentados en el curso virtual (animaciones, vídeos, videoconferencias, programas de radio, simuladores) disponen de una transcripción, resumen del contenido y la etiqueta.	4(2,5%)	18(11,5%)	60(38,2%)	60(38,2%)	15(9,6%)
	Adecuación didáctica de los recursos multimedia presentados en el curso virtual. Están contextualizadas en el tema, adaptados a los objetivos, contenidos de aprendizaje y a la población destino, dejan claro el propósito, fomentan actitudes activas en el estudiante, los contenidos son publicados de manera progresiva en el curso, y se consideran recursos de interés y de actualidad.	3(1,9%)	22(14,0%)	61(38,9%)	57(36,3%)	14(8,9%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: recursos multimedia	La legibilidad de las animaciones y/o los simuladores del curso virtual se caracterizan por un tamaño de la letra, colores y diseño adecuados que permiten la lectura y el seguimiento de la película, ofrecer una dinamización del texto que no interfiere en el seguimiento del curso y presentar los elementos de las animaciones a un ritmo adecuado.	2(1,3%)	20(12,7%)	63(40,1%)	55(35,0%)	17(10,8%)
	Las animaciones y/o los simuladores del curso ofrecen retroalimentación y se respeta la jerarquía en los textos, además permite la impresión de contenidos.	2(1,3%)	19(12,1%)	60(38,2%)	60(38,2%)	16(10,2%)
	Los vídeos digitales y las videoconferencias del curso virtual son un complemento al contenido presentado, se publica en el curso para ser consultado en diferido por los estudiantes.	2(1,3%)	17(10,8%)	63(40,1%)	59(37,6%)	16(10,2%)
	Las sesiones de videoconferencias y presentaciones publicados en el curso son programadas con la suficiente antelación, se han realizado con una periodicidad adecuada a las características del curso y sus usuarios.	3(1,9%)	18(11,5%)	61(38,9%)	61(38,9%)	14(8,9%)

Dimensión	Ítem	Percepción de los usuarios				
		Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
Calidad técnica: recursos multimedia	Los fragmentos de casos simulados disponibles en el curso ofrecen ayuda a la estudiante relacionada con la tarea por realizar y cómo llevarla a cabo y aportan ilusión de realidad, credibilidad de mundo real.	3(1,9%)	21(13,4%)	59(37,6%)	58(36,9%)	16(10,2%)
	El contenido presentado en el curso se caracteriza por ofrecer al estudiante la ayuda necesaria para su descarga, manejo y lectura, por presentarse en varios formatos para su utilización desde distintos sistemas operativos y por brindar una adecuada estructuración y organización de los contenidos.	3(1,9%)	18(11,5%)	65(41,4%)	55(35,0%)	16(10,2%)

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la tabla 6 resume las medidas descriptivas para las puntuaciones observadas para cada dimensión del instrumento.

La calidad general del entorno y de la metodología didáctica de los cursos se evaluó mediante 17 ítems para una puntuación máxima de 85 puntos. El promedio en el grupo de usuarios fue 56,4, con desviación estándar 13,6 puntos y un rango de 24 a 85 puntos.

La calidad técnica frente a la navegabilidad y el diseño de los cursos virtuales se valoró mediante 9 ítems del instrumento, para una puntuación máxima posible de 45. El promedio observado en el grupo de usuarios fue 31, con desviación estándar 7,3 puntos y un rango de variación entre 9 y 45 puntos.

La calidad técnica de los recursos multimedia se valoró mediante 9 ítems del instrumento para una puntuación máxima posible de 45. El promedio observado en el grupo de usuarios fue 30,7, con desviación estándar 7,2 puntos, y un rango de variación entre 9 y 45 puntos igualmente.

Tabla 6. Medidas descriptivas para cada dimensión del instrumento

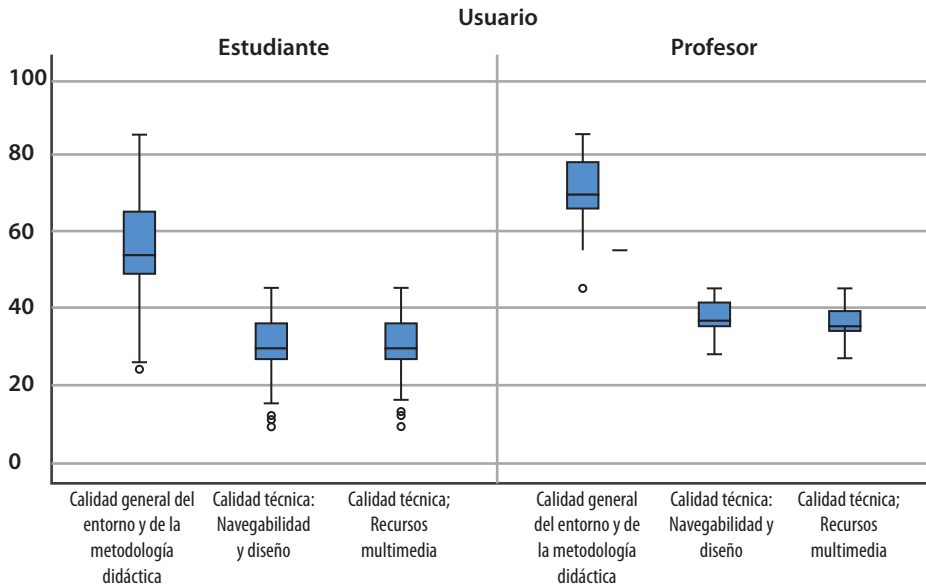
Dimensión	Ítems por dimensión	Medidas Descriptivas						
		Puntuación máxima posible	n	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Calidad general del entorno y de la metodología didáctica	17	85	157	56,4	13,6	55	24	85
Calidad técnica: navegabilidad y diseño	9	45	157	31,0	7,3	31	9	45
Calidad técnica: recursos multimedia	9	45	157	30,7	7,2	30	9	45

Fuente: elaboración propia.

Análisis bivariado

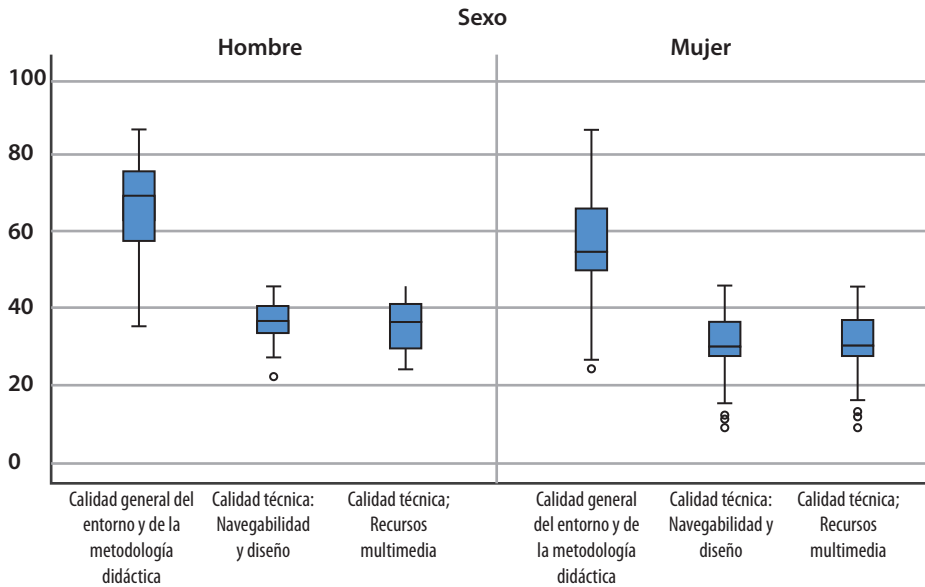
Se procedió a comparar los resultados observados de las puntuaciones para cada dimensión de la calidad de los cursos *online* respecto al rol del usuario, el sexo, y la asignatura del curso virtual.

Los datos procedentes de la variable usuario, indicaron que los profesores valoran más positivamente los cursos virtuales que los estudiantes, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Para calidad general del entorno y metodología didáctica los profesores lograron una mediana de 68 puntos, mientras que en los estudiantes fue 54 puntos. Respecto a navegabilidad y diseño y calidad de recursos multimedia, la mediana en profesores fue 36 puntos y en estudiantes fue 29 puntos.

Figura 1. Percepción de la calidad de los cursos virtuales según el rol del usuario

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la variable 'sexo', los datos reflejaron que los hombres valoran mejor los cursos virtuales que las mujeres, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En cuanto a calidad general del entorno y metodología didáctica, los hombres exhibieron un promedio de 64,8 puntos, mientras que en las mujeres fue 55,3 puntos. Frente a la navegabilidad y diseño, el promedio de la puntuación observada en hombres fue 35,8 puntos, mientras que en mujeres fue 30,3 puntos. Con relación a la calidad de recursos multimedia, los hombres registraron un promedio de 34,8 puntos y las mujeres de 30,1 puntos.

Figura 2. Percepción de la calidad de los cursos virtuales según sexo

Fuente: elaboración propia.

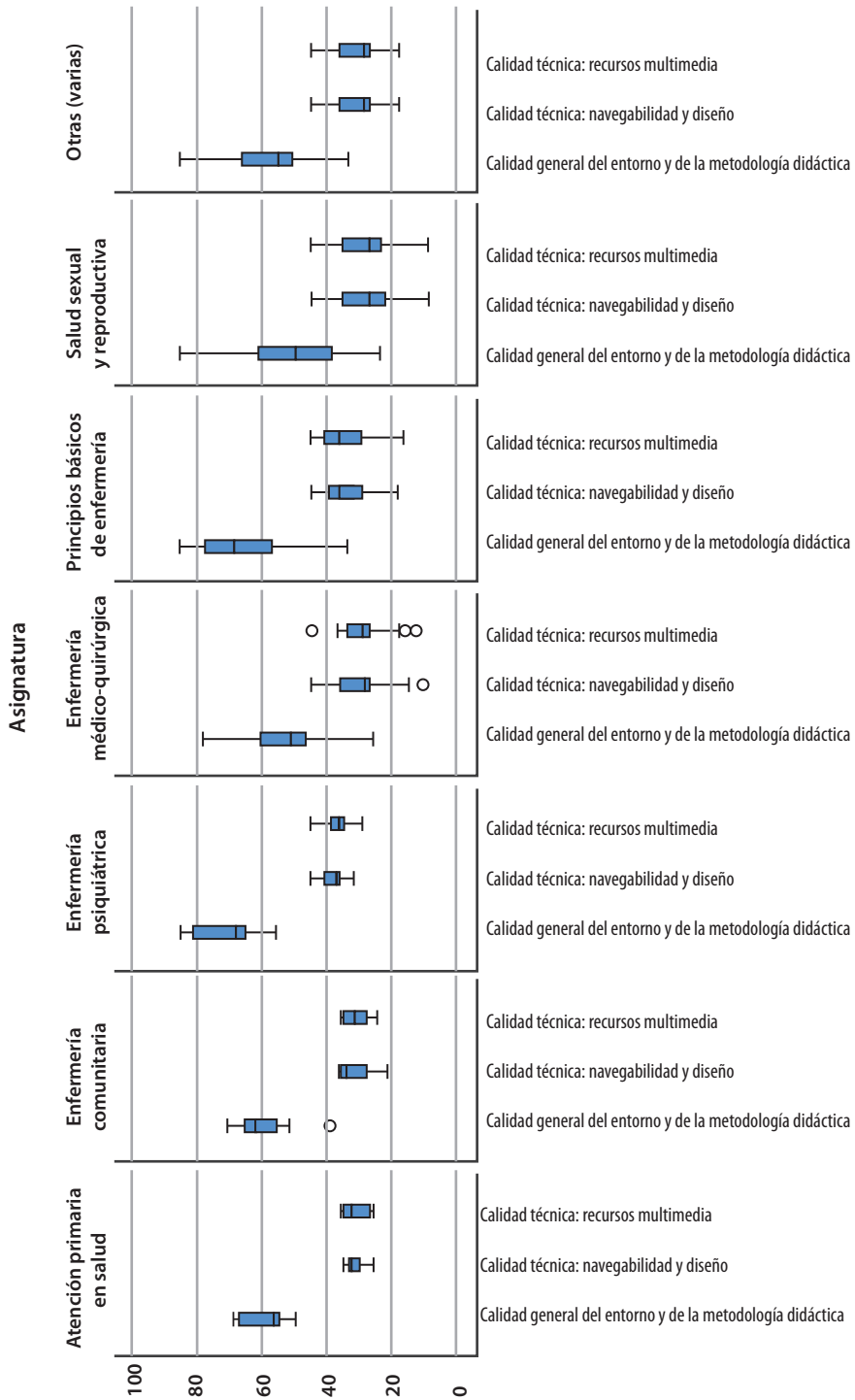
La percepción de la calidad de los cursos virtuales difiere significativamente por asignatura ($p < 0,05$). Respecto a la calidad general del entorno y de la metodología didáctica, la asignatura con mayor puntuación promedio fue enfermería psiquiátrica con 70,5 puntos, mientras que la de menor promedio fue salud sexual y reproductiva con 50,8 puntos.

En cuanto a la calidad técnica relacionada con la navegabilidad y diseño, la asignatura mejor calificada fue enfermería psiquiátrica con un promedio de 32,1 puntos a diferencia de salud sexual y reproductiva que fue la de menor promedio con 27,5 puntos.

Con relación a la calidad técnica relacionada con recursos multimedia, la asignatura mejor calificada fue enfermería psiquiátrica con un promedio de 36,8 puntos, a diferencia de salud sexual y reproductiva que fue la de menor promedio con 27,4 puntos.

Entre las demás asignaturas la percepción de la calidad de los cursos virtuales fue similar, es decir, no se evidenciaron diferencias importantes entre los promedios observados en cada una de ellas.

Figura 3. Percepción de la calidad de los cursos virtuales según asignatura



Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Con los datos obtenidos en esta investigación se logró la evaluación de tres dimensiones principales, que son: calidad general del entorno y de la metodología didáctica, calidad técnica: navegación y diseño y calidad técnica: recursos multimedia en docentes y estudiantes del estudio, para ello fue aplicado el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de los Cursos Virtuales, creado por Santoveña Casal en la valoración de asignaturas virtualizadas; sin embargo, y conforme lo indica la autora, es fácilmente adaptable a otras plataformas y escenarios digitales (28).

En relación con el perfil sociodemográfico y académico de los participantes del estudio relevado el número de respuestas procedieron de los estudiantes (91,7%). Sobre su identidad de género el 87,9% se identificó como mujer. La mayor aportación por edades osciló entre los 18 y 24 años. En cuanto al estado civil el 89,2% refirieron ser solteras(os). El patrón de mayor participación obtenida sobre las variables, sexo, estado civil y edad son similares a las obtenidas en otros estudios, tal es el caso de Chanto y Loáiciga (29), donde reportaron mayor contribución del género femenino, solteras, con rangos de edades que oscilaron en un promedio de 17 y 22 años.

Sobre el perfil académico, la opinión de estudiantes y profesores de cursos virtuales, correspondieron a asignaturas de tercero a noveno semestre del programa, con mayor participación de las asignaturas de enfermería medico quirúrgica (37,6%), salud sexual y reproductiva (22,9%) y principios básicos de enfermería (15,3%).

Con relación al objetivo de la investigación las percepciones de los encuestados sobre la calidad de los cursos *online* fueron diversas las reacciones a las afirmaciones consultadas. En cada caso, se reportaron los tres principales ítems evaluados de manera positiva (Bastante y Muy de acuerdo) y los tres principales ítems evaluados de manera negativa, lo que podría explicar las diferentes formas de pensar de los encuestados respecto al proceso de formación remota ante un acontecimiento impredecible en tiempos de pandemia.

Frente a la dimensión calidad general del entorno y la metodología didáctica de los cursos virtuales, los tres aspectos mejor valorados por los usuarios, con señalamiento de estar Bastante o Muy de acuerdo, estuvieron relacionados con las afirmaciones “el curso dispone de un desarrollo de contenido exhaustivo” (52,2%), “el usuario puede participar, individualmente y en grupo, en las actividades propuestas por los responsables del curso virtual” (51,6%) y “el uso de las herramientas de estudio, en el aula virtual, presenta calidad didáctica” (47,7%). Por su parte, entre los principales elementos que los usuarios señalaron, estar Nada o Muy poco de acuerdo, fueron los relacionados con las afirmaciones “la calidad del curso compensa la inversión económica” (39,4%), “el curso virtual se considera un complemento a los materiales

impresos eficaz y eficiente” (23,6%), y “se presta atención a cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la internet” (19,7%).

Sobre los ítems altamente puntuados por los participantes, el relacionado con el desarrollo del contenido, estudios como el de Flores *et al.* (30) soportan estos resultados, al señalar que:

Para los estudiantes el contar con material didáctico o lecturas, cuyo contenido esté en un formato adecuado, sea claro y pertinente, es el aspecto más valorado, por lo que se sugiere que tanto el docente como el área responsable de los cursos en línea de la institución educativa presten especial cuidado en la selección y desarrollo del material propuesto al alumno. (p. 34)

Con las mismas características se obtuvieron apreciaciones favorables de parte de los encuestados en los ítems relacionados con la posibilidad de participación individual y grupal en las actividades propuestas en el curso y sobre la calidad didáctica de estos, coincidiendo con otros estudios (31), que mostraron el valor pedagógico ofrecido por las TIC en tiempos de crisis. En palabras de los autores, los estudiantes desarrollaron una mayor libertad y autonomía frente a su aprendizaje y formación, fundamentadas en nuevas interacciones, diversas formas de comunicación y trabajo colaborativo.

Sobre las estimaciones bajamente puntuadas por los encuestados estuvieron relacionadas con la inversión económica, complemento eficaz a los materiales impresos y atención a la pregunta de cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la internet, hallazgos que seguramente pudieron estar condicionados por la situación económica, social y cultural experimentadas por los encuestados en un momento en el que la pandemia por COVID-19 se mostraba en su estado inicial, también en el contexto académico donde las exigencias sanitarias del distanciamiento y confinamiento obligatorio tomaron por sorpresa la gestión educativa, sin dar margen de tiempo a la definición de planes de contingencia ante la nueva modalidad de cambio (32).

Respecto a la dimensión calidad general del entorno y la metodología didáctica, los ítems que se ubicaron entre las estimaciones más altas (Bastante o Muy de acuerdo) por los encuestados estuvieron relacionados con “el curso virtual ofrece distintas opciones de navegación útiles” (53,5%), “la navegación del curso virtual es sencilla: facilita el desplazamiento y la localización de los recursos” (52,9%) y “los encabezados y títulos, presentados en el curso virtual de las páginas son detallados y explícitos” (50,9%). De acuerdo con lo señalado por Barragán y Puello (33), los métodos de exploración son unos de los elementos claves en el diseño del contenido virtual de un curso, los cuales son evidenciables al permitir la navegación y acceso de diversas maneras, de tal forma que el estudiante pueda explorarlo de acuerdo con sus intereses, a un objetivo en particular, a su estilo de aprendizaje.

Finalmente, con relación a la dimensión calidad técnica: recursos multimedia, que valora los elementos multimedia, el diseño y la calidad de las herramientas disponibles, los tres aspectos mejor valorados por los encuestados, aluden al hecho de que las “las animaciones y/o los simuladores del curso ofrecen retroalimentación y se respeta la jerarquía en los textos, además de permitir la impresión de contenidos” (48,4 %), “los vídeos digitales y las videoconferencias del curso virtual son un complemento al contenido presentado” (47,8 %), y “las sesiones de videoconferencias y presentaciones publicados en el curso son programados con la suficiente antelación” (47,8 %). Siendo acorde con lo referido en la literatura (34) que hace mención, entre otros componentes fundamentales de la producción digital, a aquellos elementos técnicos relacionados con la calidad del entorno hipermedia (imagen fija y en movimiento, sonido e iconos), con la amigabilidad del entorno, arquitectura de la información, facilidad de navegación y usabilidad (manejo fácil e intuitivo del entorno).

Agradecimientos

La autora expresa un especial agradecimiento a la rectora de la Universidad de Santander, Cúcuta, directora y comunidad académica del programa en enfermería por la gestión administrativa adelantada y por su diligente participación en desarrollo del estudio.

Referencias

1. Aguilar-Gordón FR. Del aprendizaje en escenarios presenciales al aprendizaje virtual en tiempos de pandemia. *Estudios Pedagógicos*. 2020;46(3):213-223. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052020000300213>
2. Cárdenas JH, Orjuela A y Moya JM. (2020). Cifras de educación superior en tiempos de coronavirus. *ASCU*. 3, 1-32.
3. ACOFAEN. *Lineamientos Mínimos de la Calidad en la Formación de Enfermería en Colombia*. Bogotá DC: ACOFAEN. 2020. https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2021/12/lineamientos_calidad_enfermeriaindividual_1.pdf
4. Armas-Alba L, Alonso-Rodríguez I. Las TIC y competencia digital en la respuesta a las necesidades educativas especiales durante la pandemia: una revisión sistemática. *RIPIE*. 2021; 2(1):11-48. <https://doi.org/10.51660/ripie.v2i1.58>
5. Avendaño-Castro W, Hernández-Suarez C, Prada-Nuñez R. Uso de la tecnología de información y comunicación como valor pedagógico en tiempos de crisis. *Rev. hist. edu. latinoam*. 2021; 23(36):135-159.
6. Consejo Nacional de Acreditación - CNA. *Lineamientos y aspectos por evaluar para la acreditación en alta calidad de programas académicos*. 2021 https://www.cna.gov.co/1779/articles-404750_norma.pdf
7. Resolución 00000755/2022, por la cual se adoptan la “Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031” para el fortalecimiento del talento humano en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 12 de mayo de 2022).
8. Rama C. *La nueva Educación híbrida. Cuadernos de Universidades*. Primera edición. México: UDUAL; 2021.
9. Romero V, Romero R, Toala P, Parrales G, Delgado H, Catillo M. *Metodologías y tecnologías de la información en la educación*. Primera edición. Editorial Científica 3Ciencias; 2018.
10. Garduño-Teliz E. *Propuestas tecnopedagógicas para el webcente universitario*. 1ra edición. México: Newton edición y tecnología educativa; 2020.
11. Hechenleitner-Carvallo MI, Ramírez-Chamorro LM. Percepción de satisfacción de los estudiantes de enfermería frente a la utilización del método flipped classroom. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*. 2019; 22(6):293-298. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.226.1028>

12. López-Chavarrío M, Hincapié-Parra DA, Rodríguez-Rodríguez M, Peña-Ospino AI, Pinzón-Rojas NR, Consuelo-Rodríguez N. *Consideraciones acerca del aula invertida AI (flipped classroom)*. *Repert. Med. Cir.* 2020; 30(2):188-194. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1087>
13. Fernández-Araque A, García-Gómez B, Verde-Rello Z, Fernández-Lázaro D. *Satisfacción, motivación y aprendizaje de los estudiantes de enfermería en prácticas farmacológicas con metodología flipped classroom*. En: Roig-Vila R (ed.). *La docencia en la enseñanza superior. Nuevas aportaciones desde la investigación e innovación educativas*. Barcelona: Octaedro; 2020. pp. 1202-1213. <http://hdl.handle.net/10045/110292>
14. Forero R, Castaño L, Mejía C. El estilo de aprendizaje en educación virtual: Breve revisión de la literatura. *Virtualmente*. 2016; 4(1):70-95. <https://doi.org/10.21158/2357514x.v4.n1.2016.1523>
15. Hazim-Torres J, Febles-Rodríguez J, Febles-Estrada A. Estándares para evaluar la calidad de cursos virtuales en la Educación Superior. UCE Ciencia. *Revista De Postgrado*. 2019; 7(1). <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/154>
16. Vásquez-Ponce G, Indacochea-Figueroa J, Forty-Moreira R, Chara-Plúa E. Educación virtual en tiempos del covid-19 desde la perspectiva socioeconómica de los estudiantes de la Universidad Estatal del Sur de Manabí del cantón Jipijapa. *Polo del Conocimiento*. 2020; 5(10):798-823. <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v5i10.1852>
17. Giannini S. COVID-19 y educación superior: de los efectos inmediatos al día después. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*. 2020; 11(17):1-57.
18. Ministerio de Educación. Red Universitaria para la Educación con Tecnología. Recomendaciones para fomentar la calidad en prácticas educativas mediadas por tecnologías digitales; 2020. http://redunete.net/wp-content/uploads/2020/11/2020-RedUnete-MEN-libro_recomendaciontecnologia_V5.pdf
19. Santoveña-Casal S. Calidad de la metodología didáctica por medio de entornos virtuales de aprendizaje en la formación de agentes educativos. Contextos Educativos. *Revista de Educación*. 2013; (15):153-168. <https://doi.org/10.18172/con.660>
20. Picón GA, Rodríguez N, Abdel A. Las prácticas de evaluación en entornos virtuales de aprendizaje durante la pandemia covid-19 y el regreso a la presencialidad. *Saetauniversitaria*. 2021; 10(2):52-68. <https://doi.org/10.56067/saetauniversitaria.v10i2.281>

21. Ramírez I, Jaliri C, Méndez B, Orlandini I. Percepciones universitarias sobre la educación virtual. *Red de docentes IB*. 2020; 3(1):1-6.
22. Suárez-Escudero JC, Bedoya-Muñoz LJ, Posada-Jurado MC, Arboleda-Carmona EP, Urbina-Sánchez AJ, Ramírez-Burgos S. Percepción de los estudiantes sobre adaptaciones virtuales en cursos de anatomía humana por la contingencia SARS-CoV-2. *Academia y Virtualidad*. 2021; 14(1):151-168. <https://doi.org/10.18359/ravi.5275>
23. Chávez-Marín IY, Mendoza López AV. *Percepción de la Virtualidad como estrategia ante la pandemia por COVID-19 de las prácticas comunitarias en los estudiantes del programa de Enfermería UDES Bucaramanga*. [Trabajo de grado] Bucaramanga: Universidad de Santander; 2020. https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/5960/1/Percepci%c3%b3n_de_la_Virtualidad_como_Estrategia_ante_la_Pandemia_por_COVID_19_de_las_Pr%c3%a1cticas_Comunitarias_en_los_Estudian.pdf
24. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio MP. Metodología de la investigación. Sexta Edición, McGraw-HILL; 2014.
25. Resolución 8430/1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Octubre 4 de 2016).
26. Ley 266/1996, 25 de enero, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710 (5 de febrero de 1996).
27. Ley 911/2004, 5 de octubre, Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 (6 de octubre de 2004).
28. Santoveña-Casal SM. Cuestionario de evaluación de la calidad de los cursos virtuales de la UNED. *Red*;2010;(25). <https://revistas.um.es/red/article/view/125311>
29. Chanto-Espinoza C, Loáiciga-Gutiérrez J. Aprendizaje con herramientas TIC: un nuevo desafío en tiempos de COVID-19, en estudiantes de la Universidad Nacional de Costa Rica, Sede Región Chorotega. *Revista Ensayos Pedagógicos*; 2021. 16(2):133-153. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/16342>

30. Flores-Guerrero K, López MC, Rodríguez-Hernández MA. Evaluación de componentes de los cursos en línea desde la perspectiva del estudiante. *Revista electrónica de investigación educativa*. 2016; 18(1):23-38 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412016000100002&lng=es&tlng=es
31. Avendaño W, Hernández C, Prada R. Uso de las tecnologías de información y comunicación como valor pedagógico en tiempos de crisis. *Revista historia de la educación latinoamericana*. 2021; 23(36):135-159. <https://doi.org/10.19053/01227238.116>
32. Ramírez-Hernández M. Implementación de estrategias de rapid e-learning ante la pandemia. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*. 2021; 9(1). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i1.2870>
33. Barragan MIR y Puello MIJJ. *Un modelo para el diseño de cursos virtuales de aprendizaje por competencias y basados en estándares de calidad*. E-mail Educativo. 2008;1(1). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/email/article/view/12624>
34. Cabero J. *Guía para la evaluación didáctica de cursos de teleformación mediante el instrumento de análisis "ADECUR"*. Sevilla: Grupo de Investigación Didáctica, Universidad de Sevilla; 2009.

CAPÍTULO 2

LAS TIC DESDE LA PRÁCTICA PEDAGÓGICA EN ENFERMERÍA

TIC from the pedagogical practice in nursing

TIC na prática pedagógica em enfermagem

Débora Milena Álvarez Yáñez²

Erika Alejandra Maldonado Estévez³

Félix Joaquín Lozano Cárdenas⁴

-
- 2 Magister en Enfermería, magister en Práctica Pedagógica, especialista en Cuidado crítico y enfermería. Docente programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: deboramilenaay@ufps.edu.co Orcid: 0000-0002-4836-9857.
 - 3 Magister en práctica pedagógica, Comunicadora social organizacional y periodista. Docente programa de Comunicación Social UFPS. Correo electrónico: erikaalejandrane@ufps.edu.co Orcid: 0000-0003-13238563
 - 4 Doctor en Educación, Magíster en Ciencias de la comunicación, comunicador social. Docente Programa de Comunicación Social UFPS. Correo electrónico: felixlozano@ufps.edu.co Orcid: 0000-0003-0832-6374

Resumen

Objetivo: indagar sobre la apropiación de competencias TIC en la práctica pedagógica de los docentes del programa de enfermería.

Metodología: estudio con enfoque complementario de tipo descriptivo, desarrollado a través de técnicas como la revisión documental, la encuesta de diagnóstico, la observación directa y la entrevista semiestructurada. Participaron 59 docentes del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander – Cúcuta.

Resultados: las competencias tecnológicas y pedagógicas de los docentes se encuentran en un nivel integrador, mientras que las competencias comunicativas e investigativas evidencian un nivel innovador. Sin embargo, la competencia de gestión evidencia un nivel explorador en la mayoría de los docentes.

Conclusiones: el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de TIC va más allá de la adquisición del conocimiento; es indispensable apropiarse de estas tecnológicas para lograr un cambio en el accionar docente, donde diversas dimensiones de trabajo aparecen con cada tecnología. Se considera importante fortalecer la práctica pedagógica desde una reflexión crítica y constructiva que permita el desarrollo de competencias para dar respuesta a las necesidades y contextos de formación.

Palabras claves: enseñanza, aprendizaje, educación en enfermería, educación superior, tecnología de la información.

Summary

Objective: to inquire about the appropriation of ICT skills in the pedagogical practice of teachers of the nursing program.

Methodology: study with a complementary approach of a descriptive type, developed through techniques such as documentary review, diagnostic survey, direct observation and semi-structured interview. 59 teachers from the nursing program of the Francisco de Paula Santander University - Cúcuta participated.

Results: the technological and pedagogical skills of the teachers are at an integrating level, while the communicative and investigative skills show an innovative level. However, the management competence shows an exploratory level most of teachers.

Conclusions: the teaching-learning process through ICT goes beyond the acquisition of knowledge, it is essential to appropriate these technologies to achieve a change in teaching actions, where various dimensions of work appear with each technology. It is considered important to strengthen pedagogical practice from a critical and constructive reflection that allows the development of skills to respond to training needs and contexts.

Keywords: *teaching; learning, education, nursing, education, higher, information technology.*

Resumo

Objetivo: *indagar sobre a apropriação de habilidades de TIC na prática pedagógica de docentes do curso de enfermagem.*

Metodologia: *estudo com abordagem complementar do tipo descritivo, desenvolvido por meio de técnicas como revisão documental, levantamento diagnóstico, observação direta e entrevista semiestruturada. Participaram 59 docentes do curso de enfermagem da Universidade Francisco de Paula Santander - Cúcuta.*

Resultados: *as competências tecnológicas e pedagógicas dos docentes encontram-se num nível integrador, enquanto as competências comunicativas e investigativas apresentam um nível inovador. No entanto, a competência de gestão apresenta um nível exploratório na maioria dos docentes.*

Conclusões: *O processo de ensino-aprendizagem por meio das TIC vai além da aquisição de conhecimento, é imprescindível a apropriação dessas tecnologias para conseguir uma mudança nas ações docentes, onde surgem diversas dimensões do trabalho com cada tecnologia. Considera-se importante fortalecer a prática pedagógica a partir de uma reflexão crítica e construtiva que permita o desenvolvimento de competências para responder às necessidades e contextos formativos.*

Palavras chaves: *ensino, aprendizagem, educação em enfermagem, educação superior, tecnologia da informação.*

Introducción

La educación del siglo XXI enfrenta importantes desafíos, pues caracterizar la práctica pedagógica de los docentes del programa de enfermería requiere analizar el modelo pedagógico, el proceso de enseñanza y aprendizaje, el discurso del maestro, la evaluación de aprendizaje y desempeño académico. Sin embargo (1), posee algunas particularidades debido a que el proceso formativo se fundamenta en teoría y práctica, siendo el eje principal el cuidado del individuo.

Este reto de formar futuros profesionales de enfermería pone en desafío el rol enfermero-docente, quien debe poseer competencias que van más allá de la preparación de una clase o de las paredes del aula, implican la integración del profesor, el alumno y la institución educativa para fortalecer los escenarios de formación de la disciplina que enaltezca la práctica pedagógica (2).

Cabe resaltar que, el proceso formativo es un espacio de diálogo y construcción mutua de saberes, que incluye acciones pedagógicas para potenciar el aprendizaje significativo en los estudiantes (3) De este modo, la práctica pedagógica debe ser reflexionada, comprendida y proyectada a partir de la experiencia; el docente desde su conocer enfermero debe crear significados que construyan un conocimiento profesional relevante para el cuidado de la salud, resignificando la formación de futuros profesionales para brindar cuidados de enfermería (3). Así mismo, la difusión del saber favorece la reflexión de la práctica pedagógica del docente.

La incorporación de tecnologías de información y comunicación (TIC) al campo educativo, ha generado una transformación en el proceso de enseñanza-aprendizaje, trascendiendo en la calidad de la educación superior, lo que permite reconfigurar las prácticas educativas habituales, teniendo en cuenta que innovar significa pensar críticamente, abordar los problemas desde diferentes perspectivas, crear contextos participativos, disponer de espacios para la relación docente-estudiante y mejorar los ambientes de aprendizaje (4). Algunos autores, como Julio Cabero, presentan las TIC como una nueva forma de comunicación que facilitan y dan respuestas a los diferentes retos que se presentan en todos los niveles educativos (5). De esta manera, las TIC deben ser incorporadas al currículo, como apoyo para el desarrollo de las clases en el aula, facilitando la utilización de herramientas educativas para el aprendizaje de los contenidos de la disciplina.

En este contexto, el Ministerio de Educación Nacional (MEN) define las competencias como “el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, comprensiones y disposiciones cognitivas, socio afectivas y psicomotoras apropiadamente relacionadas entre sí para facilitar el desempeño flexible, eficaz y con sentido de una actividad en contextos relativamente nuevos y retadores” (4). Por consiguiente, los docentes en su práctica pedagógica, mediada por TIC, deben desarrollar la competencia tecnológica, comunicativa, pedagógica, de gestión e investigativa, las cuales pueden variar dependiendo del momento o nivel de desarrollo en el cual se encuentre el docente, su rol, la disciplina que enseña, sus intereses y talentos; de ahí que el momento de exploración permita el acercamiento a nuevas oportunidades educativas con el uso de TIC, dando paso a escenarios ideales para el proceso de enseñanza-aprendizaje, respondiendo a sus necesidades y a las del contexto; por otro lado, en el momento de integración se favorece el desarrollo de capacidades para manejar TIC en la resolución de problemas en contextos diversos. El momento innovador utiliza TIC para reconfigurar la práctica educativa, construyendo colectivamente nuevos conocimientos y planteando estrategias novedosas.

Metodología

El estudio realizado se basó en un enfoque complementario (cuantitativo y cualitativo), de tipo descriptivo y prospectivo de corte transversal. Los resultados permiten analizar las competencias de uso y apropiación de TIC en la práctica pedagógica de docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander, en la ciudad de Cúcuta. Para la recolección de la información se utilizó la versión original del instrumento diseñado por Carrillo Mejía Dayana Beatriz (6), fue sometido a validación estadística, con coeficiente Alfa de Cronbach $\alpha = 0,61$ resultado que estima una buena consistencia interna. El análisis de datos se ejecutó con el programa SPSS versión 24 y el trabajo descriptivo se realizó mediante distribución de frecuencias y distribución porcentual para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Para la segunda fase de entrevista a profundidad, se utilizó el instrumento Competencias TIC para el desarrollo profesional docente, sometido a validación por expertos en Colombia, promedio de valoración: 97,5 %. También se realizó análisis de fiabilidad determinando un coeficiente $\alpha = 0,96$ resultado que estima una alta consistencia interna. La información recolectada fue procesada y analizada con el programa Atlas Ti. Los criterios de inclusión fueron: ser docente del programa de enfermería de la UFPS, deseo de participación en el estudio, experiencia docente superior a un (1) año. Se consideraron los principios éticos establecidos en Colombia contenidos en la resolución 008430 de 1993, utilizando el consentimiento informado, así mismo se garantiza la total privacidad de la información (7).

Resultados

Participaron 59 docentes del programa de enfermería, el grupo de edad más representativo fue 41 a 50 años (37,3 %); siendo la mayoría mujeres (84,7 %). A diferencia del estudio de Mendoza Rojas y Placencia Medina: 2017, donde predominaron los hombres (69,1 %) (8), sin embargo, en Pedraza, Farias, Lavin & Torres: 2013, el 71,4 % fueron mujeres (9). La mayoría de los docentes tienen nivel de estudios en maestría (50,8 %), cuentan con pareja estable (39 % casados; 11,9 % en unión libre), siendo el 71,2 % docentes de cátedra y el 76,3 % tiene más de 5 años desarrollando la labor docente. (ver Tabla 7). Se encontraron similitudes con otras investigaciones donde la mayoría de los docentes tienen estudios de maestría, con vinculación de tiempo parcial y modalidad presencial (8-9).

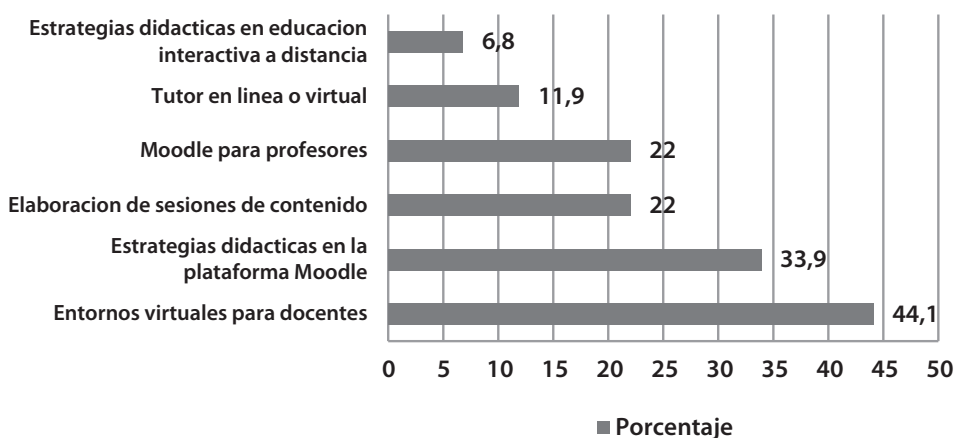
Tabla 7. Distribución según variables sociodemográficas

Edad	% (n)
20 - 30 años	6,8 (n=4)
31 - 40 años	20,3 (n=12)
41 - 50 años	37,3 (n=22)
51 - 60 años	20,3 (n=12)
60 o más años	15,3 (n=9)
Género	% (n)
Masculino	15,3 (n=9)
Femenino	84,7 (n=50)
Nivel educativo	% (n)
Pregrado	1,7 (n=1)
Especialización	37,3 (n=22)
Maestría	50,8 (n=30)
Doctorado	10,2 (n=6)
Estado civil	% (n)
Soltero	22,0 (n=13)
Unión libre	11,9 (n=7)
Casado	39,0 (n=23)
Separado	15,3 (n=9)
Viudo	11,9 (n=7)
Departamento	%
Atención clínica y rehabilitación	49,2 (n=29)
Promoción y prevención	50,8 (n=30)
Tipo de vinculación	%
Cátedra	71,2 (n=42)
Planta	22,0 (n=13)
Tutor	6,8 (n=4)
Tiempo de experiencia docente (años)	%
1	3,4
2	3,4
3	6,8
4	10,2
> 5	76,3

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la participación en los planes de formación TIC, los docentes manifestaron haber recibido oferta de algún tipo de capacitación en TIC por parte de la institución educativa (71,2 %) participaron en formación de entornos virtuales para docentes (44,1 %) y estrategias didácticas en la plataforma Moodle (33,9%) (ver Figura 4).

Figura 4. Participación en planes de formación en TIC



Los docentes consideran que la participación en procesos formativos es útil en la apropiación de TIC, sin embargo, algunos consideran que poco o nada les ha servido en la práctica. En la literatura, se evidencia que los docentes que reciben capacitación en TIC las utilizan en clase, (8) aunque existen docentes con escasa capacitación en el uso de plataformas educativas (10). A su vez, la falta de experiencia en la utilización de recursos tecnológicos específicos puede generar frustración por el uso de ciertas mediaciones tecnológicas, inclusive mostrando apatía por los procesos de capacitación propiciados por la Instituciones de educación superior (11). Según Torres y Jaimes: 2014, la mayor parte de los profesores universitarios poseen una cultura digital incipiente en el uso de TIC y priorizan las formas convencionales del trabajo académico, aunque se reconoce la importancia de TIC como medio de comunicación y de difusión del conocimiento, sólo se recurre a ellas en determinadas ocasiones y su uso es altamente limitado (12). Por consiguiente, la utilización de TIC dentro de la educación superior denota una falta de integración real de las TIC en las Universidades (13).

Respecto a las actividades de aplicación de conocimientos en TIC, se encuentra el aprender a utilizar el entorno virtual como mecanismo de difusión de materiales y/o apoyo a la enseñanza (54,8 %), el desarrollo de asignaturas a distancia a través del entorno virtual (23,8%), actividades de investigación y construcción cooperativa del conocimiento. Las TIC incrementan la motivación, el interés y la autogestión del aprendizaje del estudiante, también proporciona al profesorado instrumentos para evaluar el trabajo personal y la adquisición de competencias (14). La formación

específica en uso de TIC, el diseño de blogs, difusión de los planes de contenido y la realización de evaluaciones de manera virtual constituyen las necesidades más sentidas en los docentes. La literatura evidencia que la capacitación sobre el uso de la plataforma educativa y herramientas informáticas aplicadas a la docencia son consideradas buena o excelente (15), aunque a nivel institucional existen falencias en la promoción de mecanismos de fortalecimiento de competencias para lograr un mayor impacto de TIC en la enseñanza (8-16). Según Lagunes *et al.* (2015), se deben elaborar programas de educación continua para el profesorado como un elemento clave de actualización permanente de las tecnologías disponibles (17).

Dentro de los puntos fuertes que contempla la formación en TIC sobresalen la actualización permanente, mejora la metodología de la enseñanza, facilidad de aprendizaje, en la comunicación, mayor interacción con los estudiantes y fortalecimiento del aprendizaje autónomo. En cuanto a las debilidades, los docentes mencionan que se requiere mucha motivación para lograr que los estudiantes participen, el tiempo para desarrollar los cursos y para mantener contacto con los estudiantes, y la falta de formación como tal. Siendo así, los docentes utilizan una variedad considerable de recursos para hacer llegar la información a los estudiantes, aunque se detectó una baja mediación entre los materiales que el profesorado publicaba y el acceso a estos por parte de los estudiantes (18).

Teniendo en cuenta las sugerencias para fortalecer el proceso de formación en TIC, es necesario flexibilizar los horarios para acceder a los cursos, mayor divulgación, personal idóneo, fortalecer el uso de la biblioteca virtual y la implementación de contenidos novedosos. También, se considera que la capacitación en TIC debe ser obligatoria en cada semestre académico, y que los cursos deben ser menos teóricos y más prácticos, para lo cual se debe fortalecer la capacidad instalada en equipos, redes y *software*. Al respecto, Rodríguez *et al.*, 2014, consideran que el uso de TIC en la educación superior no depende sólo de la alfabetización informática de los docentes, sino también de otros factores como la confianza en sí mismos y su habilidad para integrar el sistema a su labor (15). A continuación, se describen los diferentes niveles encontrados en cada una de las competencias evaluadas.

En cuanto a la competencia tecnológica, los docentes tienen un perfil integrador (75%), vinculan las herramientas tecnológicas en los procesos educativos, de acuerdo con su rol área de formación, nivel y contexto en el que se desempeña, combinando variedad de herramientas tecnológicas para mejorar la planeación e implementación de su práctica educativa. En la segunda competencia exhiben un nivel integrador (50%) diseñan y publican contenidos digitales u objetos virtuales de aprendizaje mediante el uso adecuado de herramientas tecnológicas. En la tercera competencia abarca un nivel integrador (50%), siempre analizan los riesgos y potencialidades de publicar y compartir distintos tipos de información a través de internet.

Respecto a la competencia comunicativa, la mitad de los docentes expresan un nivel integrador, desarrollan estrategias de trabajo y participan activamente en redes y comunidades de práctica mediadas por TIC, facilitando igualmente la participación de sus estudiantes. El 50 % expresa un nivel explorador en la segunda competencia, limitándose a la navegación en internet integrando fragmentos de información presentados de forma no lineal. En la tercera competencia se contempla un nivel innovador (75 %); contribuyen con los conocimientos propios y los de los estudiantes a repositorios de la humanidad en Internet, con textos de diversa naturaleza.

Referente a la competencia pedagógica, predomina un nivel integrador dado que incentiva en sus estudiantes el aprendizaje autónomo y colaborativo apoyados por TIC. La segunda competencia, refleja un nivel explorador (75 %) identifica problemáticas educativas en la práctica docente y las oportunidades, implicaciones y riesgos del uso de TIC; la tercera competencia corresponde a un nivel integrador, se implementan estrategias didácticas mediadas por TIC para fortalecer el aprendizaje.

En la competencia de gestión se observó que el 75 % se encuentra en nivel explorador, identifican los elementos de gestión escolar que pueden ser mejorados con el uso de TIC, para la segunda competencia el 75 % está en un nivel integrador ya que casi siempre adopta dichas políticas dentro de su quehacer educativo. Mientras que en la competencia investigativa el 50 % representa e interpreta los datos e información de investigaciones en diversos formatos digitales; el 50 % de los docentes llega hasta un nivel explorador identificando redes, bases de datos y fuentes de información que facilitan los procesos de investigación, el 75 % refirió que siempre utiliza la información disponible en Internet con una actitud crítica y reflexiva en conjunto con sus estudiantes, expresando un nivel innovador.

En este contexto, la presencia y uso de TIC han sido de gran utilidad en el campo de la investigación y difusión del conocimiento. Sin embargo, en la práctica solo se emplean para una comunicación endógena y exógena con el fin de dinamizar los vínculos interactivos entre pares y relegan la potencialidad de estos recursos tecnológicos para las funciones de transferencia de la información (12). Así mismo, se plantea una propuesta de formación docente centrada en los aspectos pedagógicos para la apropiación de TIC y su articulación en diferentes campos y áreas disciplinares, teniendo en cuenta los componentes reflexivos, críticos e investigativos como ejes centrales para establecer un vínculo entre las prácticas de aula y la posibilidad de marcos de indagación en la resolución de problemas inherentes a la praxis pedagógica (11).

Discusión

La implementación de TIC en los docentes del programa de enfermería está relacionada con diversos factores que van desde los lineamientos institucionales hasta el desarrollo de competencias para el crecimiento profesional docente. Según el sistema nacional de acreditación, la característica N° 11 refiere que el desarrollo profesoral debe ser acorde a los objetivos de la educación superior, algunos aspectos a evaluar son las políticas institucionales y evidencias de aplicación, que incluyen capacitación y actualización en aspectos académicos, profesionales y pedagógicos relacionados con la metodología del programa (19).

De esta manera, al contrastar la percepción docente en relación con la utilidad de estos conocimientos en la práctica pedagógica, los docentes consideran que han sido de bastante utilidad (49%). Simultáneamente, los planteamientos de la Facultad Ciencias de la Salud, en la línea estratégica, cualificación y desarrollo del capital humano, en el proyecto de desarrollo humano, evidencia que los docentes participan en capacitaciones sobre investigación (eventos académicos, curso de pedagogía y currículo) y uso de TIC (bases de datos) (20). Sin embargo, es necesario fortalecer la formación específica en uso de TIC para la enseñanza en entornos virtuales en la institución; dentro de esas necesidades imperan el diseño de blogs, difusión de los planes de contenido y realización de evaluaciones de manera virtual. Es importante resaltar la satisfacción docente respecto a la formación recibida en TIC por parte de la institución.

A nivel general, se puede concluir que en los docentes del programa de enfermería predomina el nivel integrador (58,3%) respecto a sus competencias tecnológicas y pedagógicas, mientras que en las competencias comunicativas e investigativas se evidencia un nivel innovador (41,6%), sin embargo, para la competencia de gestión impera un nivel explorador en la mayoría de las docentes. Por tanto, el proceso de enseñanza-aprendizaje va más allá de la adquisición del conocimiento, es indispensable apropiarse de estas tecnológicas para lograr un cambio en el accionar docente, donde diversas dimensiones de trabajo aparecen con cada tecnología, promoviendo una nueva forma de actuar en su función como profesional de la educación.

Conclusiones

En los docentes del programa de enfermería, se conceptúa la práctica pedagógica como un proceso estructurado de enseñanza, a través de la interacción docente-estudiante logrando que el proceso educativo sea una experiencia formativa significativa. Por tanto, las TIC se han convertido en un recurso de apoyo docente, enfocado en facilitar el proceso de enseñanza - aprendizaje a través de metodología interactiva adaptada a las necesidades educativas del estudiante, cuyo fin principal es el mejoramiento de la práctica pedagógica.

La apropiación de TIC, es uno de los retos de la educación superior, permite renovar los procesos formativos y las formas de comunicación entre docentes y estudiantes, así como los procesos de enseñanza y aprendizaje. En consecuencia, la Universidad Francisco de Paula Santander debe perseguir entre sus objetivos el fortalecimiento de la formación en TIC para los docentes, quienes deben empezar a introducir las TIC en los procesos de enseñanza - aprendizaje, sometiendo su práctica pedagógica a una reflexión crítica para promover el desarrollo de competencias en esta era digital dando respuesta a sus necesidades y a las del contexto.

Referencias

1. Duque P, Rodríguez J y Vallejo S. *Prácticas pedagógicas y su relación con el desempeño académico*. 2014. <https://repository.cinde.org.co/handle/20.500.11907/401>
2. Sebold LF y Carraro TE. La práctica pedagógica del docente en enfermería: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. 2011;10(22). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200023&lng=es&tlng=es
3. Castillo S. *Práctica pedagógica de profesores/as expertos/as en la formación clínica de estudiantes de enfermería*. 2014. http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134821/01.SCP_TESIS.pdf?sequence=1
4. Ministerio Educación Nacional. *Competencias TIC para el desarrollo profesional docente*. Bogotá: El Ministerio; 2013.
5. Cabero J y Barroso J. *Nuevos escenarios digitales: las tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la formación y desarrollo curricular*. Madrid: Pirámide; 2013.
6. Carrillo D. *Competencias tic de los docentes para la enseñanza mediante entornos virtuales en educación superior. El caso de la Universidad de los Andes-Venezuela: evaluación y diseño de un plan de formación*. [Tesis de pregrado]. Venezuela: Universidad de los Andes; s.f.
7. Resolución 8430 de 1993, de octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
8. Mendoza H y Placencia, M. Uso docente de las tecnologías de la información y comunicación como material didáctico en medicina humana. *Investigación en educación médica*, 2017;3(9), 1. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v7n26/2007-5057-iem-7-26-54.pdf>
9. Pedraza N, Farías G, Lavín J y Torres A. Las competencias docentes en TIC en las áreas de negocios y contaduría: Un estudio exploratorio en la educación superior. *Perfiles educativos*, 2013;35(139), 8-24. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982013000100002&lng=es&tlng=es
10. López M y Chávez J. La formación de profesores universitarios en la aplicación de las TIC. *Sinéctica*, 2013;(41), 2-18. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2013000200005&lng=es&tlng=es

11. Padilla J, Vega P, Rincón D. Tendencias y dificultades para el uso de las TIC en educación superior. *Ciencias de la educación*. 2014;10 (1) 272-295. <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v10n1/v10n1a17.pdf>
12. Torres S y Jaimes K. Producción de conocimiento mediado por TIC: cuerpos académicos de tres universidades públicas estatales de México. *Sinéctica*, 2015;(44), 1-16. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2015000100003&lng=es&tlng=es
13. Baelo R y Cantón I. Las TIC en las universidades de castilla y León/Use of information and communication technologies in castilla & león universities. *Comunicar*, 2010;18(35), 159-166. <https://www.redalyc.org/pdf/158/15815042019.pdf>
14. Montagud M y Gandía J. Entorno virtual de aprendizaje y resultados académicos: evidencia empírica para la enseñanza de la Contabilidad de Gestión. *Revista de contabilidad*, 2003;17(2), 108-115. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138489113000216>
15. Rodríguez H, Restrepo L y Aranzazu D. Alfabetización informática y uso de sistemas de gestión del aprendizaje (LMS) en la docencia universitaria. *Revista de la educación superior*, 2014;3(171), 139-159. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60432070007>
16. Hung E, Díaz F, Molinares D, Barreto C, Ballesteros B, Vergara E y Ordoñez M. Fortalecimiento pedagógico en las universidades en Colombia a través de las TIC. *Caso región Caribe. Educación*, 2015;18(2). 1. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70638708012>
17. Lagunes A, Torres C, Flores M y Rodríguez A. Comparativo del uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) por profesores de dos universidades públicas de México. *Formación universitaria*, 2015;8(2), 11-18. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062015000200003>
18. Flores Ò y Arco I. Influencia de las TIC en la utilización de materiales y recursos en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la Universidad de Lleida: ¿uso o abuso? RIED: *Revista iberoamericana de educación a distancia*, 2012;15(2), 191-213. <https://doi.org/10.5944/ried.2.15.605>
19. Consejo Nacional de Acreditación. Sistema nacional de acreditación. 2013 <https://www.mineducacion.gov.co/CNA/1741/article-186365.html>
20. Universidad Francisco de Paula Santander. *Proyecto educativo institucional*. 2015. <https://ww2.ufps.edu.co/universidad/informacion-institucional/1047>

CAPÍTULO 3

CAPACIDADES Y HABILIDADES DE EMPRENDIMIENTO EN ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN CÚCUTA

*Entrepreneurship skills and abilities in nursing students
and professionals in Cucuta*

*Competências e habilidades empreendedoras em estudantes
e profissionais de enfermagem em Cúcuta*

Deysi Astrid Machucca Albarracín⁵

5 Enfermera. Especialista en gerencias en los servicios de enfermería. Maestrante de gerencia de empresas. Docente programa de enfermería Universidad Francisco de Paula Santander UFPS. Correo electrónico: DEYSIASTRIDMA@ufps.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5396-1786>

Resumen

El objetivo es evaluar las capacidades y habilidades de emprendimiento en estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta. Uno de los campos donde se manifiesta esa complejidad corresponde al sector salud, donde se vincula al profesional con la persona que requiere servicios de atención personal. En Cúcuta se cuenta con profesionales de la salud con nuevos conocimientos, nuevas ideas y con fortalezas no exploradas, identificar su posición emprendedora, capacidades de emprendimiento permitirá potenciar sus habilidades y propiciar la innovación en el campo de la salud. Se desarrolló un estudio cuantitativo apoyado en un trabajo de campo. Se consultó a estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta. Los encuestados reconocen la importancia de la formación para la vida y la necesidad de incluir estos factores y elementos de tipo social y personal en la formación académica. Se la necesidad de complementar la formación curricular con elementos transversales para profundizar en áreas relacionadas con la economía y las finanzas para que los profesionales de enfermería afronten nuevos retos como emprendedores. Se identificó que los elementos afines con el desarrollo personal mostraron mayor relación con las capacidades para el aprendizaje. Sobresalió la formación para la actitud del emprendedor y su posición ante la vida por encima de otros factores.

Palabras clave: capacidades, habilidades, emprendimiento, enfermería.

Abstract

The objective is to evaluate the entrepreneurship skills and abilities of students and nursing professionals in Cucuta. One of the fields where this complexity is manifested corresponds to the health sector, where the professional is linked to the person who requires personal care services. In Cucuta there are health professionals with new knowledge, new ideas and unexplored strengths, identifying their entrepreneurial position, entrepreneurial skills will allow them to enhance their skills and promote innovation in the health field. A quantitative study supported by field work was developed. Nursing students and professionals in Cucuta were consulted. The respondents recognize the importance of training for life and the need to include these social and personal factors and elements in academic training. I know the need to complement the curricular training with transversal elements to delve into areas related to economics and finance so that nursing professionals face new challenges as entrepreneurs. It was identified that the elements related to personal development showed a greater relationship with learning capacities. Training for the attitude of the entrepreneur and his position in life stood out above other factors.

Keywords: skills, abilities, entrepreneurship, nursing.

Resumo

O objetivo é avaliar as competências e habilidades de empreendedorismo em estudantes e profissionais de enfermagem em Cúcuta. Um dos campos onde essa complexidade se manifesta corresponde ao setor saúde, onde o profissional está vinculado à pessoa que necessita de serviços de cuidados pessoais. Em Cúcuta existem profissionais de saúde com novos conhecimentos, novas ideias e pontos fortes inexplorados, identificando sua posição empreendedora, habilidades empreendedoras permitirão aprimorar suas habilidades e promover a inovação no campo da saúde. Foi desenvolvido um estudo quantitativo apoiado em trabalho de campo. Alunos e profissionais de enfermagem em Cúcuta foram consultados. Os entrevistados reconhecem a importância da formação para a vida e a necessidade de incluir esses fatores e elementos sociais e pessoais na formação acadêmica. Sei da necessidade de complementar a formação curricular com elementos transversais para aprofundar as áreas relacionadas com a economia e finanças para que os profissionais de enfermagem enfrentem novos desafios enquanto empreendedores. Identificou-se que os elementos relacionados ao desenvolvimento pessoal apresentaram maior relação com as capacidades de aprendizagem. A formação para a atitude do empreendedor e sua posição na vida se destacaram acima de outros fatores.

Palavras-chave: competências, habilidades, empreendedorismo, enfermagem.

Introducción

En los últimos años el emprendimiento como proceso económico y social presenta un importante auge a nivel mundial. El tema se estudia desde diversas disciplinas del saber por los diferentes enfoques y posturas teóricas que se orientan desde el punto de vista del sujeto, es decir, el emprendedor o del proceso definido por algunos como emprendedorismo.

A nivel mundial ha tomado especial relevancia la necesidad de formar al estudiante para el mundo laboral y acercarlo al mundo empresarial con una nueva visión hacia el emprendimiento con vistas a cambiar el paradigma de “empleado” hacia “empleador” a ser motor de cambios en su entorno. Caballero *et al.* (1).

Aunque generalmente se asocia ella emprendedor con crear una nueva empresa, esto va mucho más allá de esa idea, no solo se limita a iniciar nuevos proyectos, se relaciona con el impacto económico hacia la sociedad y el entorno donde se encuentra, propiciando mejoras en la calidad de vida para algunos de los actores sociales, generando nuevos empleos con el consecuente desarrollo económico (2-3).

Desde tiempos remotos el ser humano ha ido forjando un camino apoyado inicialmente en acciones intuitivas que al transcurrir el tiempo fue mejorando en la forma de actuar para optimizar la calidad de vida individual y colectiva. Esta

forma de actuar se relaciona con una persona emprendedora o emprendedor y su acción con emprendimiento. A este respecto (4) consideran que emprender es convertir los sueños en realidad, así cada persona puede forjar su futuro. Diversos autores en los últimos años han expuesto sus definiciones desde el punto de vista de diversas disciplinas de la ciencia, por lo que existe una abundante producción investigativa en el campo académico y empresarial, lo cual ha derivado en que no existe una teoría definida con respecto al emprendimiento.

El emprendedorismo para Hisrich y Peters (5) se caracteriza por ser un proceso donde se crea algo diferente, afrontando los riesgos que esto conlleva los cuales pueden ser financieros, sociales y personales con la finalidad de ver retribuidos sus esfuerzos. En el emprendedorismo se trata de analizar, internalizar y desarrollar competencias y habilidades que le permitan iniciar ese proceso. Estas actividades son llevadas a cabo por el emprendedor quien es la persona que asume ese rol en la sociedad. Con respecto a una definición de emprendedor existen diversas posiciones teóricas. desde diversas ramas del conocimiento: económico, psicológico, sociológico, de la gestión empresarial lo cual introduce un amplio campo de estudio en las relaciones que se establecen entre las personas y su entorno. Drucker (6) afirmó que el emprendimiento consiste en maximizar oportunidades que se identifiquen en el entorno para ser más efectivos. Por su parte Salinas y Osorio (7) afirman que el emprendimiento corresponde a conductas y actitudes que conforman un perfil donde se distingue la autoconfianza, innovación, creatividad, responsabilidad y inclinación al riesgo. Como se puede detallar, en este caso se refiere a una posición alineada con los comportamentalistas.

Una de las profesiones que representa un interesante campo de estudio en cuanto a las capacidades de emprendimiento corresponde a los profesionales de enfermería. En este aspecto Martín (8) rectora de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat (EUIG) expone la necesidad de incursionar los estudios de enfermería en nuevos campos y reafirma la necesidad de contemplar la innovación, el emprendimiento, las Tics como nuevos factores que inserten al profesional a los nuevos tiempos. En este sentido, los profesionales de la enfermería en la ciudad de Cúcuta cuentan con un amplio espacio de mejora y oportunidades para desarrollar las habilidades y capacidades de emprendimiento apoyados por la academia, estudiantes, instituciones educativas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, sistemas de salud y la sociedad donde se puedan identificar líderes en salud que puedan apoyar y generar valor agregado a la economía y a la sociedad para el desarrollo regional y nacional. El profesional de la enfermería como emprendedor debe complementar el cuidado y la atención del ser humano con la formación gerencial en los procesos que componen el proceso salud-enfermedad (9).

Se considera también que la Universidad debe revisar su estructura curricular y preparar al estudiante para la realidad del mercado laboral influenciando en

el cambio de visión de empleado a empleador, a empresario, tal como se está desarrollando la educación a otros niveles para que por su intermedio se genere empleo, se formalicen algunas actividades lo cual puede mejorar la calidad de vida en su entorno (10-11)b . De esta manera los profesionales de enfermería tendrían una relación no solamente asistencial sería más estrecha con el entorno social, cultural, tecnológico, enfocados no solo en resolver las necesidades de salud de las personas sino con miras a la generación de emprendimientos acordes con la realidad social que los rodea y proponer áreas de mejora en su formación académica.

En esta línea del aporte de la Academia al emprendimiento en el campo de la enfermería se puede citar el Modelo de Credibilidad Emprendedora en los estudiantes de enfermería y fisioterapia (12); la investigación “Intención emprendedora en estudiantes de ciencias de la salud de la universidad católica del Uruguay” (13); “Influencia de los factores personales, familiares y académicos en el nivel de desarrollo de la capacidad emprendedora para el trabajo independiente en los estudiantes de enfermería de la Universidad Alas peruanas. Filial Arequipa – 2017” (14) Familiares y Académicos en el Nivel de Desarrollo de la Capacidad Emprendedora para el Trabajo Independiente en los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas”,”type”:”article-journal”},”uris”:[”http://www.mendeley.com/documents/?uuid=35ff07ab-3e67-4195-a37a-127ad83c645c”]};”mendeley”:{”formattedCitation”:(14. (15) “Capacidades emprendedoras en población de la base de la pirámide en Cúcuta, Colombia”. (16) “La Educación en Enfermería, un reto necesario para el siglo XXI”.

En la revisión de la literatura se identificó que en la ciudad de Cúcuta existe limitada información relacionada con la capacidad y habilidades emprendedoras de los profesionales de enfermería, esto puede impactar en la preparación de programas y planes de formación como emprendedores de los profesionales de este ramo en el sector salud. Por ello, con la presente investigación se pretende aportar conocimiento con respecto a las capacidades y habilidades de emprendimiento del personal de enfermería en la ciudad de Cúcuta que sirva de insumo para potenciar la capacidad emprendedora de estos profesionales de la salud.

Para ello se desarrolló un estudio siguiendo el paradigma positivista, se utilizaron métodos cuantitativos y se apoyó con un trabajo de campo donde se consultó a estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta. El cuestionario se diseñó siguiendo la línea teórica de Nusbaum y la Teoría de los Recursos y las Capacidades. El propósito de la investigación fue evaluar las capacidades y habilidades de emprendimiento en estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta con relación a las capacidades actuales y las capacidades que deben ser adquiridas por los estudiantes y profesionistas de la enfermería.

Emprendimiento

A nivel mundial, es innegable el aporte de las pequeñas y medianas empresas a desarrollo económico y social de un país.

Las Pequeñas y Medianas Empresas (Pymes) son actores indispensables para el crecimiento de toda economía. En el mundo representan aproximadamente el 90 % del tejido empresarial, mientras que en Latinoamérica alcanzan el 97 % contribuyendo fuertemente a la generación de empleo, con un gran aporte a la economía (17). En este sentido contribuyen apreciablemente al PIB a través de los micro emprendedores al promover la reducción del desempleo (18) alrededor del 80% de las empresas constituidas en el Ecuador corresponden a PYMES y ésta conducta se observa en los demás países del mundo, pero lamentablemente se encuentran deficiencias en la gestión administrativa lo que ocasiona que ante la sociedad sean consideradas como empresas que no maduran o desarrollan económicamente. El objetivo de esta investigación es indagar sobre los procesos de gestión y la problemática de las PYMES a través de una investigación documental y deductivo-cuantitativa ya que en los últimos años la revisión de la literatura, el debate y discusión sobre el tema en mención se ha ampliado y profundizado. Los resultados obtenidos de investigación revelaron: (1.

En este contexto se hace referencia al emprendedorismo como uno de los factores que propician el desarrollo del tejido empresarial y a los emprendedores como uno de los actores principales en este fenómeno. El emprendedorismo es concebido como el conjunto de actividades que enfocadas en emprendimientos se relacionan con la creación, puesta en marcha y desarrollo de un proyecto. Es decir, el desarrollo de una cultura emprendedora que conlleve a crear empresas (19).

En este proceso el principal actor es quien decide crear, dedicando tiempo, esfuerzo y asumiendo riesgos con la esperanza de ver retribuido su dedicación desde el punto de vista económico y social, a quien se le conoce como emprendedor. Dado que el emprendedor es analizado desde diversos campos de estudio existen diversas definiciones, unas desde el punto de vista de los economistas siendo Schumpeter (1949) el precursor del término, y otras desde las ciencias sociales enfocadas en el comportamiento (19). En este campo, uno de los marcos teóricos más utilizados es la Teoría del Campo Planeado (TPB) el cual relaciona la fuerza de la intención como determinante del comportamiento. (20), (21). Por otra parte, son diversos los factores internos y externos influyentes en las decisiones de un individuo con respecto al establecimiento de un nuevo negocio (22). Entre ellos se tiene a la intención de la persona para convertirse en emprendedor, esta se considera un factor clave que apunta a al espíritu empresarial para afrontar la autonomía y generar iniciativas.

Se considera que para desarrollar las actividades emprendedoras se debe contar con un marco que favorezca y apoye esta tarea. En esta línea el Global Entrepreneur Monitor (GEM) presenta una serie de elementos que desde el punto de vista económico favorecen el desarrollo de actividades emprendedoras, entre ellas: condiciones económicas del país, oportunidades para que los emprendedores se desarrollen, el comportamiento económico nacional, la dinámica que se presente para los negocios, número de empresas que inician actividades, mortalidad de empresas. Mientras que entre las condiciones enfocadas en el comportamiento de la persona se señalan: las capacidades y actitudes emprendedoras, aptitudes para el emprendimiento y la ambición para generar nuevos espacios por parte de los emprendedores.

Aparte del campo empresarial, en el entorno educativo también se ha enfocado el estudio del emprendimiento y de los emprendedores a nivel estudiantil. Para Cueva *et al.* (23) paralelamente al campo empresarial en los años noventa, el sector educativo incorporó el emprendimiento en los programas de formación empresarial y comenzó a generar políticas y programas de emprendimiento. En esta línea se reforzó la investigación, se promovió la creación de empresas para que los estudiantes desarrollaran sus capacidades emprendedoras estando en contacto con la realidad como una vía para combatir los niveles de desempleo. En Colombia de acuerdo con la Ley 1014 de 2006 se define el emprendimiento como una manera de pensar y actuar orientada hacia la creación de riqueza donde se requiere un líder equilibrado y que actúe en función de un riesgo calculado para crear valor que beneficie a la sociedad en general.

Para Vélez y Ortiz (24) los emprendimientos de acuerdo con las características del tipo de empresa se clasifican en emprendimiento por necesidad, emprendimiento tradicional, emprendimiento dinámico. Mientras de acuerdo con el objetivo se catalogan como: emprendimientos de base social, emprendimientos inclusivos y mencionan según el origen a las denominadas *spin offs*.

En cuanto a las capacidades, según Sen (25) se distinguen las capacidades humanas, el término se puede reducir a responder ¿Qué puede hacer y ser el individuo?, es decir, están relacionadas con las labores que puede desempeñar una persona en el desempeño de sus actividades (26). Desde la Teoría de Recursos y Capacidades se refiere a un intangible que puede pertenecer a la persona o a la organización y que es difícil de replicar (27). En las empresas la interacción individuo y organización da origen a capacidades distintivas que llegan a generar valor mientras se desarrollan en un entorno de aprendizaje fomentado por la cultura organizacional (28).

Una de las profesiones que representa un interesante campo de estudio en cuanto a las capacidades de emprendimiento corresponde a los profesionales de enfermería. En este aspecto Martín (8) plantea la necesidad de incursionar esos estudios en nuevos campos y señala la innovación, el emprendimiento, las TIC para adecuar al

profesional a los nuevos tiempos y fomentar a través del libre ejercicio el potencial creativo del profesional. Aunque es reconocido el trabajo de los profesionales de enfermería, se considera que no han explorado suficientemente otras áreas como el emprendimiento para el desarrollo social y económico desde el punto de vista individual y de la sociedad.

En Colombia, la enfermería como profesión está regulada por la Ley 266 de 1996 (29), la cual establece en el artículo 17 numeral 6 para los profesionales de enfermería: “Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas”.

En este sentido, se espera que los profesionales de enfermería tengan una mirada más pertinente al contexto actual sociocultural, de avance tecnológico y no meramente asistencial pensado no solo en resolver las necesidades en salud de sus atendidos, sino de manera más integral dando una mirada al contexto, al uso de todos los medios posibles utilizando la tecnología, las TIC, la investigación con miras a la generación de emprendimientos acordes con la realidad social del entorno. Por ello es necesario generar espacios y diseñar estrategias para los estudiantes y profesionales enfocadas en crear capacidades emprendedoras y la creación de empresas, conocer las redes de apoyo que se han establecido desde el gobierno nacional y también a nivel internacional, para desarrollar de manera creativa soluciones a las oportunidades que identifiquen en el entorno.

En este trabajo se conceptualiza el emprendimiento en enfermería como la capacidad general del profesional para que a partir de la identificación de necesidades insatisfechas en el entorno de salud en el que se desarrolla, proponga nuevas soluciones que revolucionen los esquemas de cuidado, generando cambios en las formas de realizar su trabajo diario desde el punto de vista asistencial o aplicando los cambios al gerenciar el cuidado, los servicios desde la baja hasta la alta complejidad en el sistema de salud prestando atención a los requerimientos y tendencias globales. Mientras que la capacidad en los profesionales de enfermería se define como la posibilidad de generar soluciones a partir de los conocimientos y la experiencia generada durante la carrera y su trayectoria laboral, para proponer soluciones emprendedoras a los desafíos presentados.

Metodología

La investigación se enmarcó en el paradigma positivista, se utilizaron métodos cuantitativos y se aplicó un trabajo de campo, donde se aplicó un cuestionario tipo Likert de cinco opciones el cual se construyó con 40 preguntas. Se consultó a estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta, se aplicó la técnica de muestreo no probabilístico apoyado en el tipo de muestreo denominado Bola de

Nieve. El cuestionario fue diseñado siguiendo la línea teórica de Nussbaum y la teoría de los recursos y las capacidades, para identificar, analizar e interpretar las capacidades de emprendimiento en los profesionales de enfermería. Apoyado en asociaciones gremiales, las redes sociales y grupos de profesionales se recabó la información para la investigación. Se recibieron 130 respuestas una vez que se cerró el plazo establecido por el investigador para iniciar la fase de procesamiento.

El cuestionario se estructuró con dos variables, la primera relacionada con las capacidades para la vida, esta variable consta de cuatro (04) dimensiones con ocho (08) indicadores y contiene 14 preguntas. La variable 2 se denominó capacidades de emprendimiento tiene dos (02) dimensiones y doce indicadores, con 12 preguntas para un total de 26 preguntas (Tabla 8). Fue sometido a la prueba de confiabilidad para cada una de las variables a través del coeficiente Alfa de Cronbach, los resultados permiten afirmar que el instrumento es confiable dado que el coeficiente en todos los casos fue mayor a 0,80.

Una vez aplicado el instrumento de recolección de información, se efectuó el análisis de las intenciones, capacidades y características que tienen los estudiantes y profesionales de enfermería para iniciar y sostener un emprendimiento. Los datos recolectados fueron organizados y se analizaron con el *software SPSS v25*, se utilizó la estadística descriptiva y la representación gráfica de datos para la discusión de los resultados.

Tabla 8. Variables, dimensiones e indicadores seleccionados

Variable	Dimensión	Indicador
Capacidades para la vida	Estilo de vida	Vida
		Salud física
	Seguridad e integridad individual	Integridad física
	Desarrollo personal	Sentidos, imaginación y pensamiento
		Emociones
		Razón práctica de afiliación
		Juego
Interacciones saludables	Afiliación	
Capacidades emprendimiento	Recursos	Financieros
		Organizativos
		Tecnológicos
		Humanos
		Económicos
	Personales	Formación académica
		Idiomas
		Experiencia
		Competencias gerenciales
		Conocimiento del sector
		Actitud innovadora
		Iniciativa
		Salud física
		Emociones
		Razón práctica afiliación
		Juego

Fuente: elaboración propia.

Resultados

1. En primer lugar se analizaron los constructos relacionados con la variable capacidades para la vida. Para identificar las capacidades para la vida en los estudiantes y profesionales de enfermería en la ciudad de Cúcuta, las preguntas se enfocaron en indagar: “Nivel de importancia que usted le asigna a...”.

Para la dimensión estilo de vida se determinó que un 99,2 % de los encuestados señaló la importancia de vivir largos años a plenitud, mientras que el 100 % manifestó que la salud física, mental y reproductiva son trascendentales para el estilo de vida, también un 100 % señaló la importancia de la vivienda y alimentación adecuada.

En la dimensión seguridad e integridad individual-capacidades para la vida se encontró que un 84,6 % consideró muy importante la seguridad integridad individual mientras que para un 15,4 % señaló que es importante.

Con respecto a la dimensión desarrollo personal, el indicador sentido imaginación y pensamiento mostró que el 82,3% lo consideró muy importante mientras que en educación adecuada con capacidad matemática e investigativa el 56,2% lo señaló como importante y el 43,8% lo calificó como muy importante. En cuanto a las emociones se encontró que un 74,6% consideró muy importante este factor y un 25,4% señaló que es importante tener la capacidad de amar y ser amado. Mientras que preocuparse por el semejante y ser empático se halló que un 73,1% afirmó que es muy importante y un 26,9% respondió que es importante

Los resultados para el indicador Juego-Desarrollo Personal, mostraron que un 53,1% lo consideró importante, un 44,6% respondió que es muy importante y un 2,3% señaló que es moderadamente importante. Este factor hace referencia a la necesidad de expresarse y disfrutar de las tareas que desempeña, lo cual permite empatizar con el entorno.

Finalmente, con respecto a la dimensión Desarrollo Personal se puede afirmar que un 69,23% reconoce como muy importantes contar con los factores presentados y un 30,77% respondió que son importantes los elementos en el desarrollo personal y su formación para la vida como personas emprendedoras.

2. A continuación se presentan los resultados de la variable capacidades para el emprendimiento. Para el análisis de la dimensión recursos, la consulta se enfocó en indagar: “Considera que en la actualidad usted posee...”. En cuanto a los recursos financieros, encontró que un 33,8% manifestó no contar con recursos financieros necesarios para emprender una empresa del sector salud. Un 24,6% fue indeciso, un 23,8% manifestó estar totalmente de acuerdo de contar con recursos para emprender.

Con relación a los recursos organizativos y de experiencia laboral para el emprendimiento, un 36,2% respondió estar de acuerdo y un 28,5% señaló estar totalmente de acuerdo, mientras que un 12,3% manifestó no contar los recursos organizativos y de experiencia laboral.

En lo que respecta a contar con los recursos tecnológicos mostraron que un 36,2% respondió estar de acuerdo con que poseen los recursos tecnológicos requeridos para el emprendimiento, un 24,6% señaló estar indeciso y un 20% señaló no contar con esos recursos tecnológicos.

Los resultados para las capacidades personales para el emprendimiento se presentan en la Tabla 9. La dimensión personal para el emprendimiento de acuerdo con las capacidades: formación académica, idiomas, experiencia, competencias gerenciales, conocimiento del sector, actitud innovadora e iniciativa mostró el siguiente resultado: un 51,54% manifestó estar totalmente de acuerdo en contar con dichas capacidades, mientras que un 35,3% respondió estar de acuerdo en que posee dichas capacidades y un 0,7% manifestó no contar con ellas.

Tabla 9. Percepción con respecto a las capacidades personales para el emprendimiento

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila	% del N de fila
Nivel de formación académica	0,0%	2,3%	3,8%	32,3%	61,5%
Conocimiento de otro idioma	0,0%	20,0%	20,8%	34,6%	24,6%
Experiencia profesional	0,0%	1,5%	6,2%	35,4%	56,9%
Recursos económicos	0,0%	19,2%	20,0%	28,5%	32,3%
Competencias gerenciales	0,0%	6,2%	11,5%	34,6%	47,7%
Conocimiento del sector salud	0,0%	3,1%	5,4%	39,2%	52,3%
Actitud innovadora	0,0%	2,3%	4,6%	38,5%	54,6%
Iniciativa e ingenio para pensar cosas diferentes	0,0%	0,0%	3,8%	36,2%	60,0%

Fuente: elaboración propia.

Una vez analizadas las capacidades de emprendimiento en los estudiantes y profesionales de enfermería en Cúcuta se puede afirmar que un 42,31 % de los encuestados respondió estar totalmente de acuerdo con que cuentan con las capacidades necesarias para emprender en el sector salud, por su parte un 37,09 % manifestó que están de acuerdo, mientras que un 0,77 % respondió que no cuentan con las capacidades analizadas

Discusión de los resultados

Los resultados para la dimensión estilo de vida se alinean con la importancia que tiene para el profesional de la salud tener una visión enfocada en modelos de desarrollo sostenible inclusivos e integradores, dirigidos a personas de escasos recursos o a grupos de población ubicados en los externos de la pirámide poblacional para promover propuestas de desarrollo que favorezcan mejoras en las condiciones de salud. Estos grupos pueden contribuir al desarrollo de modelos de emprendimiento, desde diferentes perspectivas y roles ya sea como proveedores, distribuidores o consumidores, tal como lo expone Solis (30)

Para un 100 % de los encuestados es evidente la importancia de la seguridad e integridad individual. Este es un aspecto relevante para las personas y en tal sentido el profesional de la salud emprendedor debe estar consciente del círculo social donde se desenvuelve y las interacciones con su entorno. Para Solís (30) las personas deben ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro en un ambiente seguro, es decir estar a salvo de la violencia

Para Solís (30) el pensamiento crítico y la educación para la investigación en el desarrollo de las capacidades para la vida se relaciona con el uso de la imaginación libremente para generar ideas y propuestas a la sociedad, para su satisfacción propia. En este sentido se puede afirmar que los encuestados reconocen la importancia del pensamiento crítico y la educación para la investigación en el desarrollo de las capacidades para la vida.

En cuanto a las emociones están presentes en el ser humano e internalizar la importancia de la relación emocional con otras personas e interactuar con el entorno es un elemento que permite reconocer al ser social (30). Los resultados están alineados con la importancia de reconocer las emociones para una efectiva relación con el entorno.

En cuanto a la dimensión Desarrollo Personal Martínez (31) afirma que es importante para el desarrollo de las personas y de las capacidades para disfrutar de una vida digna para ser vivida, en este sentido, los resultados del estudio se alinean con esta premisa.

Los recursos financieros constituyen una de las principales trabas para iniciar y mantener un emprendimiento. A nivel internacional algunas investigaciones identifican algunos de los problemas financieros en los emprendimientos (32). Los hallazgos evidencian la necesidad de analizar la relación recursos financieros-emprendedores.

Los resultados en cuanto a los recursos organizativos y la experiencia laboral, están acordes con lo señalado por Torroba (33), quien afirma que estos son elementos que contribuyen a potenciar y crear nuevos emprendimientos en virtud que se requiere de diversos recursos y organización que permitan generar e impactar cambios en la sociedad.

Con relación a la tecnología, Torroba (33) afirma que un emprendedor debe leer el entorno tecnológico para poder identificar y aprovechar nuevas oportunidades en el entorno donde se interrelaciona. En este sentido los resultados se alinean con esta postura teórica.

Los recursos humanos y la formación académica son factores destacados para un emprendedor dado que se requiere contar con alguna experiencia, satisfacción del trabajo y un nivel de educación acorde a la actividad emprendedora a través del nivel

de la formación educativa, así como por las capacitaciones en emprendimiento (34). Se puede afirmar que este elemento se considera una fortaleza en los estudiantes y profesionales de enfermería en la ciudad de Cúcuta.

Se identificó que en el emprendedorismo los recursos financieros para alguien que se inicia son escasos y aunque son críticos no son los únicos necesarios, por ello la búsqueda de recursos es una tarea casi que constante para un emprendedor (19).

Los resultados de la investigación se consideran ajustados al concepto de Schumpeter quien lo define como alguien versátil, que posee las habilidades técnicas para saber producir, reunir recursos financieros, organizar las operaciones internas y capitalizar sus esfuerzos a través de las ventas (19).

Conclusiones

Concluida la investigación relacionada con evaluar las capacidades y habilidades de emprendimiento en estudiantes y profesionales de la enfermería en Cúcuta. Se puede afirmar que en el sector se reconoce el trabajo solidario con una visión comprometida con las personas sin distingo alguno para propiciar mejores condiciones de salud. Se está consciente de la importancia de la relación interpersonal y de la relación con el entorno para afrontar el desarrollo de emprendimientos en el sector salud donde el ser humano es el foco de atención

En relación con las capacidades para el emprendimiento desde el punto de vista de los recursos y personales, se encontró que los recursos económicos son un factor limitante para iniciar emprendimientos en el sector salud. Mientras que en los recursos organizativos y la experiencia laboral existe una fortaleza. en los estudiantes y profesionales de enfermería de la ciudad de Cúcuta. En cuanto a los recursos tecnológicos junto a la formación académica y la disponibilidad de recursos humanos estos elementos constituyen una fortaleza.

En el campo de las capacidades personales para el emprendimiento, se puede afirmar que se posee el nivel académico requerido para afrontar nuevos emprendimientos en el sector salud. Se tiene experiencia profesional, conocimiento del sector y las competencias gerenciales requeridas para afrontar nuevos proyectos.

También se identificaron algunas oportunidades de mejora, estas se relacionan principalmente con el conocimiento de otro idioma.

La evaluación general permite concluir que la formación para la actitud del emprendedor y su posición ante la vida sobresalen ante otros factores más cuantitativos como son los recursos requeridos para el emprendimiento.

Referencias

1. Caballero A, Guillén E y Martínez M. El emprendimiento como propuesta de cambio y herramienta clave para acercar la formación universitaria a la realidad social del mercado laboral. *Simposio Internacional El Desafío de Empezar en la Escuela del Siglo XXI. Universidad de Sevilla*. 2018; 1:2-22.
2. Aldrich HE, Martínez MA. Many are called, but few are chosen: An evolutionary perspective for the study of entrepreneurship. *Entrep Springer*. 2007;293-311.
3. Barba-Sánchez V, Atienza-Sahuquillo C. Entrepreneurial behavior: impact of motivation factors on decision to create a new venture. *Investig Eur Dir y Econ la Empres*. 2012;18(2):132-8.
4. Vélez X y Ortiz S. Emprendimiento e innovación: Una aproximación teórica. Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). *Dom. Cien*. 2015;2,346-369. https://www.jica.go.jp/paraguay/espanol/office/others/c8h-0vm000ad5gke-att/info_11_01.pdf
5. Hisrich RD, Peters MP. *Entrepreneurship*; 2004 https://www.researchgate.net/publication/36808348_Entrepreneurship/link/00b7d535932ab0531d000000/download
6. Drucker P. *Innovation and entrepreneurship*. Routledge; 2015.
7. Salinas F y Osorio L. Emprendimiento y economía. *Emprend y econ soc oportunidades y efectos en una soc en transform*. 2012;75, 129-151.
8. Martín M. *La mediación intercultural en el sistema de salud de cataluña*; 2011. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8442/TESIS.pdf.txt;jsessionid=5B1DB065314DE4893104CA733D69DF7F?sequence=2>
9. Erdmann AS. Formación de emprendedores en enfermería: promover capacidades y aptitudes sociopolíticas. *Enfermería Global*. 2009;16,1-9.
10. Marin M, Bohorquez E y Gutierrez C. Estrategias para el fomento del espíritu emprendedor de los estudiantes de la Universidad Nacional Experimental Sur del Lago. *Vis gerenc*. 2015;(2):301-24.
11. Velandia F. *Modelo teórico para promover el desarrollo de competencias en emprendimiento desde el sector universitario*. Repos UCAB Caracas Venez; 2019.
12. Mussons-Torras M y Tarrats-Pons E. Modelo de credibilidad emprendedora en los estudiantes de enfermería y fisioterapia. *Enfermería glob*. 2018;17:294-323.

13. Krauss C, Franco J, Bonomo A, Mandirola N y Platas A. Intención emprendedora en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica del Uruguay. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2018;7:43–56.
14. Calderón A. *Influencia de los factores personales, familiares y académicos en el nivel de desarrollo de la capacidad emprendedora para el trabajo independiente en los estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas*. Fil Arequipa; 2018. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7285/B4.1617.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Albornoz N, Velásquez J, Castro J y Sotelo M. *Capacidades emprendedoras en población de la base de la pirámide en Cúcuta, Colombia*. Contaduría y Administración; 2021.
16. Bautita-Rodriguez L. La educación en enfermería, un reto necesario para el siglo XXI. *Rev Cienc Y Cuid*. 2004;1:20–25.
17. Arosemena G. *Emprendimiento y creación de riqueza*; 2011. http://works.bepress.com/guillermo_rosemena/410/
18. Global Entrepreneurship Monitor. *INNOVA Research Journal*. 2019;4(3):85–93. <https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/949/1549>
19. Bóveda J, Oviedo A y Yakusik A. *Manual de emprendedorismo*. Product -Servicio Desarro Empres. 2015. https://www.jica.go.jp/paraguay/espanol/office/others/c8h0vm0000ad5gke-att/info_11_01.pdf
20. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50:179–211.
21. Kautonen T, Van Gelderen M y Fink M. Robustness of the theory of planned behavior in predicting entrepreneurial intentions and actions. *Entrep Theory Pract*. 2015;39(3):655–74.
22. Sharaf A, El-Gharbawy A y Ragheb MA. Factors that influence entrepreneurial intention within University Students in Egypt. *OALib*. 2018;05(10):1–14.
23. Cueva I, Rios C, Silva X. *Variables asociadas al emprendimiento empresarial en estudiantes del tercer al quinto nivel facultad de enfermería Unap, Iquitos*; 2018. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/5584>
24. Vélez X, Ortiz S. Emprendimiento e innovación: Una aproximación teórica. *Dom. Cien*; 2016;2,346–369 p.
25. Sen A. Capability and Well-being. En: Nussbaum M, Sen A, Press C, editors. *The Quality of Life*. Oxford; 1993.

26. Castañeda Y, Tinoco S, Méndez W. *Incidencia de la intervención realizada por la cooperación internacional financiera no reembolsable en el desarrollo de las capacidades humanas*; 2019. https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_gestion_desarrollo/129
27. Ortiz H. *Caracterización de la gerencia de la innovación en las empresas más innovadoras de Colombia en 2018*; 2020.
28. Toro J. *Contribuciones a la administración*. s.f. www.eumed.net/libros/2010a/658/
29. Ley 266/1996, 25 de enero, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710 (5 de febrero de 1996).
30. Nussbaum M. *Crear capacidades propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós; 2017.
31. Martínez P. *El «enfoque de las capacidades» de Martha Nussbaum frente el problema de la ética animal*. 2015;33:71–87. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732015000200004>
32. Solís A. *Estas son las principales fuentes de financiamiento para emprendedores*. 2018; <https://www.forbes.com.mx/estas-son-las-principales-fuentes-de-financiamiento-para-emprendedores/>
33. Torroba L. *Factores clave en el desarrollo del emprendimiento*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2014. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/61/TFG000007.pdf?sequence=1>
34. Cardona M, Vera L, Tabares J. *Las dimensiones del emprendimiento empresarial: la experiencia de los programas cultura e y fondo emprender en Medellín*. Medellín: Universidad EAFIT-Serie Cuadernos de Investigación; 2008. <https://core.ac.uk/download/pdf/290651971.pdf>

CAPÍTULO 4

LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN EL EJE TRANSVERSAL DE ACREDITACIÓN, EXPERIENCIAS DESDE LOS PROYECTOS DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

*The humanization of health in the transversal axis of accreditation, experiences
from university extension projects*

*A humanização da saúde no eixo transversal do credenciamento, experiências de
projetos de extensão universitária*

Gloria Omaira Bautista Espinel⁶

Resumen

Atención en salud no es solamente procedimientos, conocimiento científico, o tecnología de punta, situación que hace perder de vista al paciente, la cualificación profesional del equipo de salud no es suficiente si se olvida a la persona y su familia. Este trabajo describe el desarrollo de tres proyectos de extensión con tres clínicas de alta complejidad, que, en su esfuerzo por alcanzar la Acreditación en Salud, confiaron en las capacidades de la Universidad Francisco de Paula

⁶ Enfermera. Doctora en Bioética. Magister en Dirección de Proyectos. Especialista en Práctica Pedagógica Universitaria. Especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud. Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud. Docente Investigadora Programa de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: gloriabautista@ufps.edu.co
Orcid <https://orcid.org/0000-0002-0551-4110>

Santander, y el compromiso de docentes y estudiantes del programa de enfermería, para enfrentar el desafío transformador, que un proyecto de extensión propicia. **Objetivo:** generar orientación técnica y metodológica a los integrantes del equipo de salud de tres Instituciones Sanitarias, en la valoración, análisis y abordaje de la atención con calidad y humanización; desarrollando y gestionando procesos de cambio y mejora continua de los servicios de salud. **Resultados:** se creó una línea de base con tres instrumentos de diseño propio, validados y ajustados para cada IPS, se realizaron acciones de integración con los referentes de calidad, se integraron los estándares de Acreditación en el eje transversal de humanización. La infraestructura, e instalaciones contribuyen a la atención humanizada, las dimensiones menos favorecidas son: disposición del recurso humano, clima organizacional, y relación personal-usuario. **Conclusiones:** los proyectos de extensión universitaria contribuyen al mejoramiento, en las entidades beneficiarias, la academia desde sus acciones de investigación, educación, y extensión, le otorga rigor, y seriedad a los proyectos, complementa los objetivos misionales de las instituciones, además de integrar saberes disciplinares, impulsando acciones de impacto y de responsabilidad social universitaria en el sector productivo. Las entidades de salud deben motivar al personal administrativo y asistencial en la práctica de la humanización en salud, centrada en la persona.

Palabras clave: humanización de la atención, calidad de la atención de salud, acreditación de instituciones de salud, docencia.

Abstract

Health care is not only procedures, scientific knowledge, or state-of-the-art technology, a situation that makes us lose sight of the patient, but the professional qualification of the health team is also not enough if the person and his family are forgotten. This paper describes the development of three outreach projects with three highly complex clinics, which in their effort to achieve Health Accreditation, relied on the capabilities of the Universidad Francisco de Paula Santander, and the commitment of teachers and students of the nursing program, to meet the transforming challenge that an outreach project provides. Objective: to generate technical and methodological orientation to the members of the health team of three health institutions, in the evaluation, analysis and approach of the attention with quality and humanization; developing and managing processes of change and continuous improvement of the health services. Results: a baseline was created with three instruments of our own design, validated, and adjusted for each IPS, integration actions were carried out with the quality referents, and the Accreditation standards were integrated in the transversal axis of humanization. The infrastructure, and facilities contribute to humanized care, the least favored dimensions are disposition of human resources, organizational climate, and staff-user relationship. Conclusions: the university extension projects contribute to the improvement of the beneficiary entities, the academy from its research, education

and extension actions, gives rigor and seriousness to the projects, complements the mission objectives of the institutions, besides integrating disciplinary knowledge, promoting impact actions and university social responsibility in the productive sector. Health entities should motivate administrative and assistance personnel in the practice of humanization in health, centered on the person.

Key words: *humanization of care, quality of health care, accreditation of health institutions, teaching.*

Abstract

A assistência médica não é apenas procedimentos, conhecimento científico ou tecnologia de ponta, uma situação que nos faz perder de vista o paciente, a qualificação profissional da equipe de saúde não é suficiente se a pessoa e sua família forem esquecidas. Este documento descreve o desenvolvimento de três projetos de extensão com três clínicas altamente complexas, que em seu esforço para alcançar a Acreditação em Saúde, contaram com as capacidades da Universidade Francisco de Paula Santander, e o compromisso de professores e alunos do programa de enfermagem, para enfrentar o desafio transformador que um projeto de extensão proporciona. Objetivo: gerar orientação técnica e metodológica para os membros da equipe de saúde de três instituições de saúde, na avaliação, análise e abordagem da qualidade e do atendimento humanizado; desenvolvendo e gerenciando processos de mudança e melhoria contínua dos serviços de saúde. Resultados: foi criada uma linha de base com três instrumentos de nosso próprio projeto, validados e ajustados para cada IPS, foram realizadas ações de integração com padrões de qualidade, os padrões de acreditação foram integrados no eixo transversal da humanização. A infraestrutura e as instalações contribuem para o cuidado humanizado, as dimensões menos favorecidas são: disposição de recursos humanos, clima organizacional e relação pessoal-usuário. Conclusões: os projetos de extensão universitária contribuem para a melhoria das entidades beneficiárias, a academia a partir de suas ações de pesquisa, educação e extensão, dá rigor e seriedade aos projetos, complementa os objetivos de missão das instituições, além de integrar conhecimentos disciplinares, promover ações de impacto e responsabilidade social universitária no setor produtivo. As instituições de saúde devem motivar o pessoal administrativo e assistencial na prática da humanização da saúde, centrada na pessoa.

Palavras-chave: *humanização da assistência, qualidade da assistência à saúde, credenciamento de instituições de saúde, ensinamentos.*

Introducción

La humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos (1). Lo anterior implica que se deben propiciar procesos que trasciendan, y se enfoquen en un nuevo humanismo en salud, que se anteponga a una realidad cada vez más despersonalizante, donde lo individual desaparece a expensas de lo colectivo, situación que es paradójica en este contexto, tal y como lo afirma Peñuela- (2):

No hay nada más humano que la atención y cuidado de un ser hacia otro; sin embargo, dolorosamente, el hombre se ha separado del hombre; la mejor manera de ignorar el dolor y la necesidad ajena, radica en la creación de un discurso sobre el "otro", que carece de empatía, donde crecer y acompañar al que viaja a nuestro lado no es precisamente uno de nuestros máximos logros. (p. 267)

En el sistema de salud colombiano se evidencian estas enormes carencias en materia humanística, en parte debido a las exigencias que el sistema ejerce sobre los integrantes de los equipos de salud, quienes en muchas oportunidades deben anteponer la atención humanizada, privilegiando lo procedimental administrativo, la gestión y los procesos financieros, esta emergencia sobre la atención en salud desde la perspectiva de Rodríguez C, busca subsanarse a través de unos mínimos de cumplimiento como lo son los estándares de *Acreditación en Salud* (3), que han incluido aspectos claves al propósito de promover la atención humanizada. En la medida en que el sistema ha evolucionado, las ideas planteadas han madurado, lo cual, en nuestro caso, se refiere a que se han ido precisando requerimientos específicos en la materia, acorde con las tendencias en el mundo, las propuestas de organismos similares y nuestras propias observaciones (4).

Estos desafíos para las entidades de salud, en muchas oportunidades demandan la disposición de recursos: físicos, financieros y humanos; para el desarrollo de procesos específicos que permitan la implementación de la humanización al interior de las entidades de salud, situación que en muchas ocasiones requiere de la concurrencia de terceros, en este caso de las entidades de educación superior, a través de los procesos de extensión. La concepción actual de extensión universitaria, en el campo de la salud, está regida en dos principios básicos: (a) el derecho a la salud como un derecho humano y (b) la responsabilidad social y cívica de la universidad para contribuir a los derechos humanos es tan importante como la investigación y la docencia (5). Bordoni, considera que la extensión resulta de la interacción entre la sociedad con sus múltiples expresiones y demandas, para el diagnóstico y la solución de problemas concretos y las universidades, con sus formas

de producción del conocimiento y las nuevas maneras de organizarlos, distribuirlos e intercambiarlos en los diversos escenarios del equipamiento social (6).

El presente trabajo describe las líneas de acción adelantadas mediante el desarrollo de tres proyectos de extensión universitaria, ejecutados en tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de carácter privado de la ciudad de Cúcuta, en el marco de los convenios de relación docencia servicios, suscritos con el programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), durante el período comprendido entre 2016 a 2019. Con cada entidad se realizó la formulación de un proyecto de extensión universitaria, que en los tres casos tuvo como objetivo: Generar orientación técnica y metodológica a los integrantes del equipo de salud de tres Instituciones Sanitarias, en la valoración, análisis, abordaje de la atención con calidad y humanización, desarrollando y gestionando procesos de cambio y mejora continua, en los servicios de salud.

El proyecto se desarrolló bajo la metodología de la investigación operacional y el enfoque de marco lógico, que tomo como hilo conductor el eje transversal de humanización, en el sistema de acreditación en salud de Colombia. En este proceso el grupo de investigación cuidado de enfermería GICE, vinculó los proyectos de extensión a sus procesos investigativos y se articularon a la línea de investigación: innovación, calidad, modelos de atención, gestión y TIC en enfermería, debido a que su coordinación estuvo a cargo de docentes adscritas al grupo de investigación.

Se destaca que la denominación proyecto de impacto, está dada en función de los impactos sociales y/o institucionales que un proyecto de intervención genera, desde el ámbito en que este interviene, de tal forma que luego de un proceso diagnóstico, se puedan implementar procesos participativos y espacios de deliberación inclusivos, en los cuales los miembros de la comunidades e IPS puedan: (a) entender cómo se verán afectados por el impacto; (b) determinar la aceptabilidad de posibles impactos y beneficios propuestos; (c) tomar decisiones informadas acerca del proyecto; (d) facilitar la visión de la comunidad institucional, acerca del futuro deseado; (d) contribuir a los planes de mitigación y de monitoreo; y (f) prepararse para el cambio. Lo anterior se trabajó desde la perspectiva de Vanclay *et al.* (7).

El desarrollo de este documento se hará en función de seis fases del proyecto, que son: i) justificación y formulación, ii) diseño de estrategias de intervención desde el enfoque de marco lógico; iii) suscripción de acuerdos de voluntades; iv) diseño y validación de instrumentos para la construcción de línea de base; v) ejecución y resultados y; vi) evaluación del proyecto.

Justificación y formulación

La gestión de calidad en la atención de salud, en Colombia está referenciada en lo establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Se espera que en este sistema (8):

Todas las acciones que se desarrollen estén orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. (p. 17)

En este sentido la calidad y humanización de la atención deben ser entendidos como imperativos éticos que resultan del respeto por la dignidad humana (8).

En el plan de humanización de la Consejería Sanitaria de Madrid, se afirma que humanizar es mucho más que ser cortés. Es importante superar las reducciones populares de la mera cordialidad. Como señala José Carlos Bermejo, humanizar tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones (9). Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística; son más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos, personas que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad. Personas singulares, únicas, que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Personas capaces de decidir, deseosas de participar. Personas con autonomía que cuidan de su vida, salud y bienestar. Personas con derechos y responsabilidades, libres para elegir. Personas que, no solamente tienen problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades. La humanización, por tanto, es mucho más que ser amable. Es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención (10).

Actualmente, la humanización de los servicios asistenciales de la salud es un tema bien posicionado en Colombia, y su desarrollo sigue conquistando el interés clínico, investigativo y reflexivo para su profundización y acción. En este contexto se comprende que la humanización de la salud se caracteriza negativamente dentro de los servicios asistenciales, pero se unen esfuerzos para hacer de la humanización de la salud un tema ético e importante en el sistema colombiano de salud. Esto lo ubica dentro de los procesos de acreditación de calidad, como la calidad y la humanización en la atención de salud, y definido por el ICONTEC como uno de los ejes transversales de acreditación (11).

Desde la Extensión Universitaria se fortalece la función social de la Universidad, pues se pretende que, a través de ésta, ponga el saber al servicio de las comunidades para contribuir con su desarrollo social. La Extensión Universitaria es un tema que poco se ha reflexionado desde la academia, Serna (12), sustenta que a lo largo del

siglo XX el desarrollo de la extensión universitaria ha seguido cuatro modelos: (a) “altruista”, que entendía la Extensión como las labores generosas de los universitarios en pro a las poblaciones marginadas (primeras décadas del siglo), naciendo con esto las pasantías sociales, capacitaciones a poblaciones vulnerables, las brigadas de salud y los consultorios jurídicos; (b) “divulgativo”, el cual trata acercar a la población los avances tecnológicos y las expresiones culturales creadas por la universidad; (c) “concientizador”, que pretende propiciar mecanismos de análisis y conciencia crítica y transformadora hacia una intervención política activa de la comunidad y; (d) “vinculatorio empresarial”, (13). En este caso se utilizó una mezcla entre el modelo divulgativo y el vinculatorio empresarial, en el contexto de la relación docencia servicios, sin la connotación de recepción de beneficios monetarios por la prestación de sus servicios, que tantos cuestionamientos ha ocasionado en el pasado, por el contrario se basó en un proceso de reciprocidad y apoyo, como un elemento de responsabilidad social de la academia y del programa de enfermería, para con las entidades que tienen convenios docentes con la UFPS.

Desde la investigación operacional y por medio de la herramienta de análisis, árbol de problemas se buscó determinar los problemas asociados al tema de la Humanización de los servicios de salud, desde el árbol de objetivos se analizaron los cambios e impactos sociales e institucionales, que ocasionaría cada proyecto. Mediante el uso de la matriz de alternativas se buscó priorizar las alternativas más importantes para el desarrollo de los proyectos, teniendo en cuenta las particularidades y procesos de calidad en cada institución de salud, participante en el proceso. Al considerarse minuciosamente los impactos indirectos, se buscó examinar de qué manera el proyecto contribuirá a posicionarse, sobre los impactos acumulativos que padecen entidades afectadas y la forma como podrían responder a estos.

Posteriormente, se desarrollaron e implementaron estrategias, mediante la identificación de formas de tratar los impactos negativos potenciales (si no se intervenía con el proyecto). Para así, desarrollar maneras de maximizar los beneficios y las oportunidades relacionadas con el proyecto, en este caso se empleó una matriz de riesgos, que permitió ponderar los riesgos más significativos para el desarrollo de los proyectos. Una vez identificado el problema y las estrategias de abordaje, se procedió a la formulación de los proyectos teniendo en cuenta que los impactos se circunscribirían a lo planteado por Vanclay, F. (14). Que en este caso se relacionaron con los siguientes aspectos: i) mejora en la reputación o imagen de la entidad; ii) fortalecimiento del capital humano y; iii) posicionamiento del capital social de las entidades involucradas.

Estrategia desde el enfoque de marco lógico

El Marco lógico (ML), es un proceso sistemático y analítico utilizado para la planificación y estructuración de proyectos, que puede emplearse durante todo el ciclo de gestión del proyecto, es decir, para identificar, preparar, ejecutar, supervisar y evaluar proyectos. Si el ML se utiliza para conceptualizar proyectos y no como un mecanismo estándar para diseñar proyectos, tiene el potencial de una aplicación amplia y flexible. La matriz proporciona una visión general de los elementos más importantes del ML, junto con una terminología común y sugerencias para el diligenciamiento de la misma. La matriz proporciona esencialmente un resumen del proyecto hasta el nivel de actividades, permitiendo establecer el enlace con los productos de la matriz del ML (15).

El desarrollo de los proyectos con matriz de ML tuvo como finalidad: Clarificar el propósito y la justificación de cada proyecto, identificar las necesidades de información, definir claramente los elementos claves de cada uno, analizar el entorno del proyecto desde el inicio y facilitar la comunicación entre las partes implicadas.

En este proceso se incluyeron las actividades que respondieran a los objetivos, es decir, que fueran viables y medibles. En la elaboración del cronograma de actividades se utilizó el método de (calendarización) a partir de la realización de un cuadro de doble entrada, en el que se exponían de manera vertical las actividades y de manera horizontal el tiempo de duración de estos. Este cronograma permitió visualizar rápidamente y con una secuencia lógica la programación de actividades y en función de la misma, hacer las modificaciones necesarias para evitar superposiciones en la planificación, con proyección a cuatro años y desarrollo semestralizado.

Suscripción de acuerdos de voluntades

Con cada una de las entidades se realizó un proceso de socialización de la estructura y estrategias de abordaje de los proyectos, en este caso, la socialización estuvo enfocada a la presentación de los elementos más importantes del proceso, incluidos los elementos presupuestales de la ejecución, que debían en el 80 % de los proyectos ser asumidos por el prestador de salud. En este sentido se cuantificaron los costos relacionados con los tiempos del personal de salud, (otorgamiento de tiempos para participar en las actividades), disposición de espacios para el desarrollo de las acciones del proyecto, suministro de materiales para el desarrollo de actividades, entre otros. La universidad aportaba capital humano para el desarrollo de las acciones, docentes encargados de supervisar los procesos, ejecución de procesos de coevaluación, aporte en el desarrollo de ideas y estrategias (elaboración de vídeos, creación de logo símbolos y demás aspectos estructuradores de identidad corporativa de los proyectos), certificación institucional a los procesos de cualificación del

talento humano en salud, en determinadas prácticas contempladas en los estándares de acreditación e incorporadas a los proyectos.

Con la anterior claridad se procedió a la suscripción de actas de compromiso, para el desarrollo del proyecto por fases, de manera semestralizada y durante los períodos académicos de la práctica preprofesional de enfermería durante los años 2016 a 2019.

De su parte la UFPS y el programa de enfermería revisaron los proyectos y fueron discutidos en los comités curriculares, a los mismos se les asignó acta de aceptación formal, que, junto con las actas de compromiso, se vincularon a las acciones que adelanta el grupo de investigación cuidado de enfermería GICE, en la línea de investigación de innovación, calidad, modelos de atención, gestión y TIC en enfermería, lo cual se incluyó en la plataforma de Minciencias.

Diseño y validación de instrumentos, construcción de línea base

El eje transversal de humanización en el sistema único de acreditación en salud (SUA), no ha trazado una línea base específica, para determinar el desempeño en particular del eje, dentro del modelo de autoevaluación, esto se debe a que este eje se encuentra articulado como elemento determinante, en los grupos de estándares que estructuran el modelo, debido a la concepción del ente acreditador en torno a la integralidad que debe tener el modelo y sus estándares.

Para el ICONTEC el eje transversal y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros. Adicionalmente considera necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento (16). En este sentido, se tomó la decisión de construir tres instrumentos que midieran el desarrollo de los componentes enunciados anteriormente, en cada IPS participante.

El documento para el diseño de instrumentos empleado fue el Anexo 5 (anexo integrado a la metodología institucional, diseñada por los docentes del grupo GICE, para elaborar proyectos de extensión académica en salud), que es un formato de diseño de datos e ítems, para construir instrumentos de investigación: que contiene tres elementos: i) descripción de los datos sociodemográficos; ii) matriz de preguntas que estructura los ítems, incluido el referente teórico o documental,

de dónde se soporta cada enunciado, su forma de respuesta y ponderación; iii) forma de medición de las preguntas, que incluye los rangos de aceptación de las respuestas posibles y su nivel de importancia para la línea base.

Cada instrumento se diseñó de acuerdo con el nivel de avance en el proceso de acreditación de cada ips, el proceso de validación se realizó en dos momentos: i) validez mediante juicio de expertos; ii) prueba piloto, validada mediante el coeficiente del alfa de Cronbach, que mide la confiabilidad y consistencia interna de un instrumento. Se describirá el alfa y estructura de cada instrumento en la Tabla 10.

Tabla 10. Características de los instrumentos diseñados para establecer línea base en tres proyectos de humanización en salud, en tres IPS de Cúcuta 2016- 2019

N° de instrumento	Dimensiones a evaluar	Ítems	Alfa de cronbach	Población objetivo	Tipo de preguntas
Instrumento 1	<ul style="list-style-type: none"> * Características sociodemográficas * Características del personal de salud. * Infraestructura y dotación. * Usuarios y familiares 	55	0,88	Personal de salud Muestra 140 personas	Cerradas con escala de evaluación tipo Likert
Instrumento 2	<ul style="list-style-type: none"> *Características sociodemográficas *Características del personal de salud. *Infraestructura, equipos y tecnología. *Clima organizacional aplicado a la humanización. *Acciones de humanización en el personal de salud. *Formación ética del personal. *Brindar apoyo emocional por parte del personal. 	45	0,83	Personal de salud Muestra 150 personas	Cerradas con escala de evaluación tipo Likert

N° de instrumento	Dimensiones a evaluar	Ítems	Alfa de cronbach	Población objetivo	Tipo de preguntas
Instrumento 3	*Variables socio demográficas. *Valores asociados al cuidado. * Conocimiento y práctica de la humanización. *Relación personal-usuario *Procesos de apoyo. * Cultura de humanización.	34	0.89	Personal de Salud Muestra 180 personas	Cerradas con escala de evaluación tipo Likert

Nota: Informes proyectos de Impacto Convenios Relación Docencia Servicios.
Programa de Enfermería UFPS.

La forma de levantamiento de la línea base se desarrolló de la siguiente manera: i) medición de condiciones iniciales año 1, (antes de la ejecución del proyecto); ii) medición de condiciones finales, (en el último semestre del año 4), esto se realizó una vez se concluyó la ejecución de actividades del proyecto; iii) comparación del proceso, interpretación de variaciones entre el año 1 (sin intervención) contra el año 4 (después de ejecutado todo el proyecto).

Ejecución y resultados

Institución 1: mejoraron los aspectos relacionados con: la percepción en la atención oportuna, disposición de recursos físicos, humanos y tecnológicos, capacitación en humanización y conocimiento de la política de humanización, mejora en la percepción sobre atención enfocada a la humanización, y los integrantes se mostraron de acuerdo en flexibilizar horarios de visitas en áreas especialmente críticas como UCI, además de la importancia de otorgar atención humanizada y amable. Los ítems menos favorecidos fueron: opinión sobre garantía de la privacidad al paciente, y establecimiento de empatía con el usuario. En general la percepción sobre humanización fue adecuada, correspondiente al 85 % de los colaboradores. Las acciones educativas se llegaron a 1307 colaboradores de la entidad (personal de salud, administrativos, empresas de servicios no misionales; subcontratadas), se orientó sobre humanización a 1966 usuarios y sus familias, y se trabajaron 8 campañas colectivas de sensibilización (17).

Adicional a lo anterior, se realizó acompañamiento a la autoevaluación y ejecución de acciones en 7 grupos de estándares de acreditación, se diseñaron tres instrumentos para acompañar procesos de humanización y se desarrollaron 5 manuales, se diseñó la imagen corporativa de la humanización mediante la creación de un *dummy*, diseño de protectores de pantallas, manillas, guías y plegables para usuarios,

desarrollo de actividades lúdicas con entidades externas y programas de salud de otras universidades. Actualización de los derechos y deberes del paciente, la política de humanización y el código de ética de la IPS.

Institución 2: en relación con la categoría 1 infraestructura, equipos y tecnología, hubo una mejora significativa con los acuerdos sobre la mejora de estos aspectos y su influencia en la humanización, del año base a la evaluación final se evidenció un aumento del 16,6 % en cuanto a la percepción sobre la mejora del clima organizacional para el cuidado, se reporta una mejora en la percepción sobre las acciones de humanización adelantadas por la IPS, se incrementó en 10 % el impacto positivo, de la política de humanización y las relaciones del personal con los pacientes, al igual que las formas de brindar apoyo emocional a pacientes y familiares.

En esta entidad, el proyecto abarcó al 100 % del personal, incluido personal administrativo, salud y contrato. Los usuarios a los que se les brindó educación en humanización fueron 672. A lo largo del proceso se desarrollaron 11 talleres de sensibilización, además de dos programas de capacitación en humanización virtuales. Se desarrollaron tres campañas permanentes sobre temas de humanización, ferias y semana de la humanización, Participación en los procesos de autoevaluación de estándares de acreditación, en apoyo al referente de calidad y seguimiento, a la ejecución de actividades del plan de mejoramiento de acreditación. Se trabajaron 7 grupos de estándares de acreditación con sus respectivas acciones de mejoramiento. Se actualizaron los derechos y deberes del paciente, al igual que el código de ética de la entidad, con la inclusión de los valores de humanización, identificados por el personal de salud (18).

Institución 3: la población participante a lo largo del desarrollo del proyecto correspondió a 523 integrantes del equipo de salud, 206 funcionarios de las áreas administrativas y de apoyo y 804 usuarios y familiares. Los resultados de la línea de base presentaron la siguiente evolución por categorías: las mejoras significativas se evidenciaron en cultura de la humanización (conformado por política de humanización reconocida, participación en los procesos de humanización, aportes e ideas de los funcionarios a los procesos), procesos de apoyo (asociados a las estrategias implementadas, incentivos a la humanización, creación de espacios de bienestar para funcionarios y los usuarios). De otra parte, las categorías con decrecimiento (el cual osciló entre el 2 % al 10 %), en relación con la línea de medición inicial fueron: aplicación de los valores asociados al cuidado, conocimientos y prácticas de la humanización en salud, relación personal-paciente. Como observación en este caso se destaca, que esta entidad durante el período de ejecución del proyecto pasó por situaciones de reorganización institucional, con cambios en el recurso humano administrativo y asistencial, (el personal que había participado en la línea

de base de 2016 no laboraba para la entidad en 2019), aspecto que incidió en la percepción de los participantes y en los resultados.

Para esta institución, durante el tiempo de ejecución del proyecto, los productos que se lograron realizar fueron variados, pero sobresalen: 3 campañas de sensibilización, diseño de dos instrumentos para medir aspectos relacionados con la atención humanizada, se participó en tres momentos en el proceso de la autoevaluación institucional, referido a los estándares de acreditación en salud. Se apoyó en los planes de mejoramiento de 120 estándares, dentro de 6 grupos de estándares de acreditación. Como resultado significativo, la autoevaluación institucional en el año 2016 se situó en 1,6. En el año final del acompañamiento del proceso (2019), se ubicó en 2,2, mejora importantísima dada la cantidad de estándares que el modelo de acreditación involucra, que en total corresponden a 160 estándares distribuidos en 8 procesos (19-20).

Evaluación del proyecto

La evaluación de los proyectos se realizó cualitativa y cuantitativamente, en este caso desde la visión de los representantes de calidad y de los coordinadores de la relación docencia servicios en las entidades de salud participantes. A continuación, se presentan apartes de la apreciación final dada en el panel de expertos, desarrollado para evaluar los proyectos de impacto, en el marco del evento de difusión del conocimiento científico, en donde se presentaron, los resultados alcanzados durante el periodo 2016-2019, evento denominado: “III Seminario Regional Alianza Universidad - Empresa - Estado: Trabajando Juntos en Proyectos que Transformen y Contribuyen a la Sociedad”. Esta actividad académica permitió el cierre del ciclo de los proyectos de extensión, formulados y ejecutados, durante el período 2016-2019, dentro del componente de extensión universitaria, desde la relación docencia servicios.

Institución 1: el representante de calidad y seguridad del paciente de la IPS, consideró que: “este proyecto aportó a la institución de salud un gran número de gestiones, las cuales generaron gran impacto en el proceso de humanización de los servicios prestados por la clínica, en los trabajadores quienes hicieron parte activa durante el tiempo de ejecución, mostrándose con disposición al cambio; igualmente los documentos y formatos diseñados se incorporaron al sistema de gestión documental, la adopción oficial de la mascota diseñada por los estudiantes mejoró la percepción de su imagen corporativa, las actividades auditadas, se integraron a los procesos de mejora interna; y las autoevaluaciones de acreditación. Estos aspectos a su vez sirven como referente, para la acreditación de la institución de salud”.

Institución 2: el referente de calidad planteó que “el proyecto contribuye de manera muy directa y general a todo el personal de la institución, llevando a cabo una concientización de lo que hoy en día el profesional de la salud; debe de hacer y de

actuar, ante la prestación de un servicio con nuestros usuarios, pienso que esto de cierta manera ayuda a que nuestros colaboradores se incentiven para que ejecuten mejor sus labores, y podamos obviamente prestar una atención con calidad y sobre todo pues humanizada, que es lo que hemos venido tratando de desarrollar con los estudiantes y con los colaboradores para los usuarios”.

Institución 3: el coordinador de la relación docencia servicios de la IPS, destacó: “en primer lugar, un aporte muy amplio por parte de todos los empleados ha sido bastante representativo, tanto en la parte asistencial – administrativa; ya que no se limitan a trabajar con el personal asistencial, también se abren a otros campos como servicio al cliente, mantenimiento, servicios generales, vigilantes, etc. Quisiéramos desarrollar un nuevo proyecto, con capacitaciones para el 2020 donde se retomen los temas más importantes dentro de la institución, ya que hay vinculado personal nuevo y muy joven, un ejemplo la humanización, el trato del paciente y familiares en el código lila, eso sería muy importante y se podría impactar un mayor porcentaje de colaboradores”.

Conclusiones

En las tres entidades de salud se logró generar orientación técnica y metodológica con los integrantes del equipo de salud, además, de apoyar a los referentes de los procesos de autoevaluación y calidad, en las actividades relacionadas con la valoración, análisis y abordaje de la atención con calidad y humanización. Se incorporaron herramientas y metodologías diseñadas para las entidades; de acuerdo con los requerimientos de estas. Se desarrollaron y gestionaron procesos de cambio y mejora continua de los servicios de salud, se evidenció un incremento en los criterios de ponderación otorgados en las sesiones de autoevaluación institucional, al igual que el cumplimiento de acciones en los procesos de mejoramiento en humanización.

Las instituciones favorecieron la cultura de la humanización. En este sentido, se promovieron estrategias humanizantes, que se reflejaron en las prácticas basadas en criterios de respeto, consideración y humanismo, por parte de los colaboradores del área administrativa y asistencial.

Con la ejecución de los proyectos las instituciones consolidaron acciones de mejora continua, a través de las intervenciones planeadas; en lo relacionado con los estándares de acreditación en salud. Cada intervención realizada incidió en el mejoramiento, de algunos estándares del eje transversal de humanización.

En general estos proyectos, aportaron imagen positiva a la universidad Francisco de Paula Santander, al programa de enfermería y al grupo de cuidado GICE, además del reconocimiento a nivel institucional y local, ya que se generaron resultados efectivos, de acuerdo con los logros obtenidos durante las etapas de ejecución y

posteriormente en las metas alcanzadas. Además de ser un pilar esencial, para la acreditación del programa de enfermería en los procesos de autoevaluación de alta calidad, en el componente de extensión e impacto en el sector productivo, se posicionó el liderazgo del grupo GICE en materia de capacidades en sus integrantes, para direccionar acciones con el sector productivo y los grupos de investigación mediante sinergias, y relaciones de cooperación significativas.

Referencias

1. Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Alburquerque G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev Enferm.* 2008; 16(2): 276-81.
2. Peñuela-Olaya MA. *Una visión humanista sobre el campo de la salud.* <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip104h.pdf> [citado el 9 de septiembre de 2022].
3. Resolución 05095/2018, 19 de noviembre, por medio de la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Res%205095%20de%202018%20Modelo%203.1.pdf>
4. Rodríguez CE. Seis ideas sobre la humanización de la atención en el abordaje de la acreditación en salud. *Normas & Calidad.* <https://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Revista-122-Seis-ideas-humanizacion.pdf>
5. Leal L. Extensión Universitaria como acción social y su inclusión en el currículum de todas las carreras. *Informe de investigaciones educativas.* 1995; IX (número especial), 83–111.
6. Bordoni N. *Programas interdisciplinarios: una mirada desde los problemas y “proyectos universitarios para la mitigación de la marginación social. perspectiva de los investigadores.” En la Secretaría de Ciencia y técnica. UBA: Universidad y Sociedad. Desafíos de la investigación interdisciplinaria.* Buenos Aires: Eudeba; 2014.
7. Esteves F, Aucamp A, Franks I. *Lineamientos para la evaluación y gestión de impactos sociales de proyectos.* Asociación Internacional para la Evaluación de Impactos. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); 2015. www.iaia.org.
8. Grupo curso de vida. *Anexo técnico calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes;* 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
9. Bermejo J. *Humanizar la asistencia sanitaria.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 2014.
10. Consejería de Sanidad de Madrid. *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019;* 2016. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

11. Andino CA. La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*. 2018;13(2):68–86. <https://www.redalyc.org/journal/1892/189258951006/html/>
12. Serna G. Misión social y modelos de extensión universitaria: del entusiasmo al desdén. *Revista Iberoamericana*. 2007; 43: 1-7. <http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/114/Misi%C3%B3n%20social%20y%20modelos%20de%20extensi%C3%B3n%20universitaria%20del%20entusiasmo%20al%20desd%C3%A9n..pdf?sequence=1>
13. Valencia PA. *La praxis de la extensión universitaria en salud pública: el caso del proyecto “Plan Comunal de Salud, Comuna 1 (Popular) de Medellín, 2014 – 2018*. 2020. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16959/7/ValenciaPaula_2020_PraxisExtensi%C3%B3nUniversitaria.pdf
14. Vanclay F, Esteves AM, Aucamp I, Franks D. *Evaluación de Impacto Social y/o institucional: Lineamientos para la evaluación y gestión de impactos sociales en proyectos (BID, trad.)* Fargo, Dakota del Norte: Asociación Internacional para la Evaluación de Impactos; 2015.
15. Innpulsa Colombia y fundación SDECPELDT-S. Guía para la formulación de proyectos bajo el enfoque de marco lógico; 2017. https://www.swisscontact.org/_Resources/Persistent/3/4/b/d/34bd2731751cb590d5ad65fe41b5e49fcba f337d/Gui__a_para_formulacion_de_marco_logico.pdf
16. ICONTEC. *Humanización de la Atención*. Acreditación en Salud. 2020. <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>
17. Universidad Francisco de Paula Santander. Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería GICE. Equipo del Proyecto Grupo VIII semestre Curso de Gerencia Servicios de Enfermería. *Informe final Proyecto de Impacto: Eje Transversal de Acreditación: Humanización de la Atención Clínica San José*. S.A; 2019.
18. Universidad Francisco de Paula Santander. Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería GICE. Equipo del Proyecto Grupo VIII semestre Curso de Gerencia Servicios de Enfermería. *Informe final Proyecto de Impacto: Humanización de la Atención en Salud en los Diferentes Servicios de la Clínica Norte* S.A; 2019.
19. Universidad Francisco de Paula Santander. Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería GICE. Equipo del Proyecto Grupo VIII semestre Curso de Gerencia Servicios de Enfermería. *Informe final Proyecto de Impacto Humanización De Los Servicios En El Eje Transversal de Acreditación en Salud. Clínica Santa Ana* S.A; 2019.

20. Gobierno de Colombia. Ministro de Salud y Protección Social. *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1*; 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
21. Universidad Francisco de Paula Santander. Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería GICE. Equipo del Proyecto Grupo VIII semestre Curso de Gerencia Servicios de Enfermería. *Memoria e informe final del: III seminario regional alianza universidad - empresa - estado: trabajando juntos en proyectos que transformen y contribuyen a la sociedad*; 2019.

CAPÍTULO 5

CONFLICTO ARMADO Y ACADEMIA: EXPERIENCIA METODOLÓGICA EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES ANTE LA JEP

*Armed conflict and academia: methodological experience in the
preparation of reports to the JEP*

*Conflito armado e academia: experiência metodológica na
elaboração de relatórios para o JEP*

Gloria Omaira Bautista Espinel⁷

Eduardo Gabriel Osorio Sánchez⁸

Liany Yetzira Hernández Granados⁹

-
- 7 Enfermera. Doctora en Bioética. Magister en Dirección de Proyectos. Especialista en Práctica Pedagógica Universitaria. Especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud. Especialista en gerencia de los servicios de salud. Docente Investigadora Programa de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: gloriabautista@ufps.edu.co Orcid <https://orcid.org/0000-0002-0551-4110>
- 8 Abogado Doctor en Derecho Público. Máster de Investigación en Derecho Público. Especialización en Derecho Administrativo. Docente Investigador Programa de Derecho. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: eduardogabrielos@ufps.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1977-085X>
- 9 Abogada. Magister en Derechos Humanos, Paz y Desarrollo Sostenible. Especialista en Responsabilidad Civil y Daño Resarcible. Docente Investigadora Programa de Derecho Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: lianyyetzirahg@ufps.edu.co Orcid <https://orcid.org/0000-0002-2503-1669>

Resumen

Objetivo: desarrollar el proceso de acompañamiento a los Equipos Territoriales de la Jurisdicción Especial de Paz (JEP) en Norte de Santander, en materia de asesoramiento directo a grupos de víctimas del conflicto armado, que permita la elaboración y presentación de informes en los componentes orales y escritos con perspectiva bioética. **Alcance:** mediante el diseño de metodologías para el acopio de información, además del diseño, elaboración y entrega de material pedagógico a través de una caja de herramientas que facilitara la elaboración de informes en Norte de Santander. **Metodología:** consultoría científico-tecnológica que se apoyó en la investigación acción participación (IAP), con enfoque colaborativo, proceso mediado por tecnologías de la información (TIC), con la participación de docentes investigadores de dos universidades y áreas del conocimiento diversas, incluida la interacción progresiva con los colectivos de víctimas convocados al proceso. **Resultados:** se logró el acompañamiento a tres grupos de víctimas del conflicto armado en Norte de Santander, además de la creación y diseño de material pedagógico (mediado por TIC), que permitiera la elaboración de informes ante la JEP. **Conclusiones:** para lograr una mayor participación de los colectivos de víctimas en la elaboración de informes, además de aplicar el contexto histórico, el enfoque de atención psicosocial (para evitar adelantar acciones con daño), se requirió apelar a otros elementos como el enfoque bioético, además de promover la capacitación a investigadores y organizaciones sociales sobre el uso del material pedagógico, y sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de presentar informes ante la JEP.

Palabras claves: conflictos armados, víctima de guerra, justicia, bioética, paz.

Abstrac

*Objective: to develop the accompaniment process for the Territorial Teams of the Special Jurisdiction for Peace (JEP) in Norte de Santander, in terms of direct counseling to groups of victims of the armed conflict, allowing the preparation and presentation of reports in oral and written components with a bioethical perspective. Scope: through the design of methodologies for the collection of information, in addition to the design, elaboration and delivery of pedagogical material through a toolbox that will facilitate the elaboration of reports in Norte de Santander. **Methodology:** scientific and technological consultancy based on participatory action research (PAR), with a collaborative approach, a process mediated by information technologies (ICT), with the participation of research professors from two universities and different areas of knowledge, including the progressive interaction with the victims' collectives invited to the process. **Results:** the accompaniment of three groups of victims of the armed conflict in Norte de Santander was achieved, in addition to the creation and design of pedagogical material (mediated by ICT), which allowed the preparation of reports*

before the JEP. **Conclusions:** in order to achieve greater participation of victims' collectives in the elaboration of reports, in addition to applying the historical context, the psychosocial care approach (to avoid advancing actions with harm), it was required to appeal to other elements such as the bioethical approach. In addition to promoting training for researchers and social organizations on the use of pedagogical material and raising community awareness on the importance of submitting reports to the JEP.

Key words: armed conflicts, war victims, justice, bioethics, peace.

Resumo

Objetivo: desenvolver o processo de acompanhamento das Equipas Territoriais da Jurisdição Especial para a Paz (JEP) no Norte de Santander, em termos de aconselhamento direto a grupos de vítimas do conflito armado, o que permite a preparação e apresentação de relatórios em componentes orais e escritos com uma perspectiva bioética. *Âmbito:* através da concepção de metodologias para a recolha de informação, bem como a concepção, elaboração e entrega de material pedagógico através de uma caixa de ferramentas que facilitará a elaboração de relatórios no Norte de Santander. **Metodologia:** consultoria científica e tecnológica baseada na investigação de acção participativa (PAR), com uma abordagem colaborativa, um processo mediado pelas tecnologias de informação (TIC), com a participação de professores de investigação de duas universidades e áreas de conhecimento diferentes, incluindo a interação progressiva com os coletivos das vítimas envolvidos no processo. **Resultados:** o acompanhamento de três grupos de vítimas do conflito armado no Norte de Santander foi conseguido, para além da criação e concepção de material pedagógico (mediado pelas TIC) o que permitiu a preparação de relatórios para a JEP. **Conclusões:** para conseguir uma maior participação dos coletivos de vítimas na elaboração de relatórios, para além de aplicar o contexto histórico, a abordagem dos cuidados psicossociais (para evitar o avanço de acções com danos), foi necessário recorrer a outros elementos, tais como a abordagem bioética, além de promover a formação de investigadores e organizações sociais sobre a utilização de material pedagógico, e de sensibilizar a comunidade para a importância de apresentar relatórios ao JEP.

Palavras-chave: conflitos armados, vítimas de guerra, justiça, bioética, paz.

Introducción

El grupo de Investigación Cuidado de Enfermería, ha incursionado a lo largo de su historia por diversas etapas, una de ellas fue mediante el desarrollo y participación procesos de consultoría científico tecnológica, modalidad que se ha considerado por Minciencias como una forma de brindar asesoría técnica en aquellos estudios que son el resultado de los procesos de investigación que sirven para la toma de decisiones en el Estado y son validados por una agremiación o sociedad científica (1), es por esto que en 2020 se inicia participación en este proceso que tenía como finalidad contribuir a la consolidación de la paz en Colombia, mediante el apoyo investigativo, apoyando a la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), es el componente de justicia del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición, creado por el Acuerdo de Paz entre el Gobierno Nacional y las Farc-EP. La JEP tiene la función de administrar justicia transicional y conocer de los delitos cometidos en el marco del conflicto armado que se hubieran ocurrido antes del 1 de diciembre de 2016 (2). La participación de las víctimas busca restaurar sus derechos a través de su reconocimiento como sujetos de derecho y la recomposición y transformación de sus relaciones sociales a partir del acceso a la justicia y la construcción dialógica de la verdad (3).

Los informes presentados a la JEP son el primer mecanismo con el que cuentan las víctimas y las organizaciones sociales para alzar su voz en el proceso dialógico que se sigue en la JEP, relatar desde sus perspectivas los crímenes que ocurrieron en la guerra, identificar a presuntos responsables y aportar, en general, al esclarecimiento de los hechos y a la no repetición. Los informes permiten a la magistratura y, eventualmente, a la sociedad en general, ver el conflicto a partir de los ojos de quienes lo han padecido, comprender su dolor y conocer los factores y eventos que, desde su perspectiva, permiten explicar lo que ocurrió (3).

Los informes podrán activar la competencia de la JEP para la investigación de los hechos delictivos allí consignados. Una vez recibidos por parte de la Sala de reconocimiento de verdad se procederá a contrastarlos con otra información recolectada por diferentes medios (otros informes, versiones voluntarias, acervo probatorio) (4). Esto no implica que los informes sean la única fuente para activar la función jurídica de la JEP para administrar justicia y conocer de los delitos cometidos en el marco del conflicto armado.

En Norte de Santander el panorama de presentación de informes, por parte de organizaciones de víctimas, ante la JEP, a corte de 2019 era muy limitado, en este sentido en el informe de gestión de la JEP con corte a diciembre de 2019, exponía que desde el Departamento de Atención a Víctimas, (instancia de apoyo, y articulación con otras áreas que presta servicios a las víctimas según los protocolos establecidos para la JEP), se brindó asesoría a 1.846 víctimas, de las cuales únicamente 56 eran de Norte de Santander, así mismo de las 552 actividades de difusión sobre pedagogía

de la guía para la presentación de informes; en este territorio se desarrollaron 47 actividades, que en materia de cobertura abarcaron 966 víctimas individuales, asistentes a los eventos de capacitación y difusión, aspecto que fue posible de realizar gracias al apoyo material, brindado a 372 víctimas del departamento fronterizo (5).

Lo anterior fue complementado con otras actividades que el informe destaca como: suscripción de actas por parte del departamento de gestión territorial, en apoyo territorial a las Salas de Justicia y el Tribunal de la Paz, eventos de difusión y pedagogía, además de acciones de relacionamiento institucional. Fruto de estas acciones, surge la iniciativa de realizar alianzas estratégicas con entidades de cooperación internacional, (como GIZ y Colombia Transforma) y entidades de educación superior en este caso las Universidades Libre de Colombia Seccional Cúcuta y Francisco de Paula Santander.

Desde el punto de vista metodológico la JEP, contaba con excelentes documentos y una labor pedagógica amplia; pero dada la situación de recrudecimiento del conflicto armado en el territorio, impedían un accionar con mejores resultados. Lo anterior se respalda en hechos, como los acaecidos en Antioquia y Norte de Santander, que concentraron, de enero a abril de 2020, el 72 % de los combates entre la fuerza pública y grupos armados delincuenciales, y el 87 % de los incidentes con minas antipersona, (un instrumento para proteger los cultivos de coca frente a la erradicación forzada), además de la violencia directa contra la población, la disputa abierta por la reconfiguración del poder o control territorial; entre grupos armados ilegales como lo es el caso (del Catatumbo, entre el ELN y el Ejército Popular de Liberación, EPL), haciendo que el nivel de violencia se incremente y que las víctimas se sientan intimidadas para agruparse y coordinar acciones tendientes a la elaboración de informes (6).

Aunado al anterior panorama, en el mes de marzo de 2020 se decreta la cuarentena obligatoria en todo el país y el proceso de elaboración de informes en ese momento, que tenía como fecha límite el 15 de marzo de 2020, debe ser reconsiderado por la JEP. Es por esto por lo que posteriormente a través del Auto No. 222 de 2019, y por unanimidad, la Sala de Reconocimiento de Verdad de la JEP determinó la ampliación del plazo para la entrega de informes, hasta el 15 de marzo de 2021, para garantizar los derechos a la verdad, justicia, reparación y no repetición de las víctimas (7).

Ante tal horizonte, en Norte de Santander se realiza un convenio de consultoría científico-tecnológica, con los investigadores (de las áreas del conocimiento de derecho, enfermería, ciencias económicas y psicología); de las universidades Libre de Colombia, Francisco de Paula Santander, y la Cooperación Internacional; para el desarrollo de una caja de herramientas, en apoyo al proceso de acompañamiento a los Equipos Territoriales de la Jurisdicción Especial de Paz (JEP). El equipo de investigadores brindó acompañamiento y asistencia directa a tres grupos de

víctimas (desplazados, afrodescendientes y misión médica), de tal forma que la elaboración y presentación de informes, en los componentes escritos (en este caso) fue posible. Además de involucrarse en el proceso metodológico los componentes de justicia transicional, enfoque diferencial, sociohistórico y psicosocial se incluyó en el proceso la perspectiva bioética.

En el presente artículo se desarrollará el componente metodológico para la creación de la caja de herramientas propuesta en la presentación de informes ante la JEP, teniendo en consideración los componentes del derecho y la bioética, involucrados en el proceso, y la mediación de las TIC. En este caso el paso a paso, que se presenta a continuación, tiene como foco de desarrollo el trabajo adelantado en la consultoría científico-tecnológica realizada en 2020, en la cual el grupo GICE fue parte activa del proceso. Labor que se insertó a una de sus líneas de investigación, como lo es: **bioética, éticas del cuidado, derechos humanos, biopolítica y desarrollo humano**. Línea que busca contribuir al desarrollo de una nueva mirada para enfermería, en torno los procesos de cuidado de salud, medio ambiente, personas y grupos; situación que en este caso involucra el contexto social del país. Adicional a lo anterior, el grupo de investigación en justicia, democracia y derechos humanos (JHUDEM) del programa de Derecho de la UFPS, aportó al proceso el componente jurídico, los elementos relacionados con la Justicia Transicional, la comprensión socio jurídica de los hechos victimizantes, la incorporación del componente legal, que el marco jurídico para la paz ha establecido y que el proceso de construcción colectiva ameritaba, para el desarrollo de un modelo metodológico, a nivel territorial.

Justificación

La participación de diversas disciplinas en el proceso de acompañamiento a víctimas buscó generar una mirada integradora al fenómeno del conflicto armado, además de involucrar las diversas perspectivas dialógicas en el proceso de acompañamiento; como el planteado en la consultoría propuesta. En este sentido los aportes de los docentes investigadores del programa de derecho posibilitaron desde lo legal un contexto para el componente de Justicia Transicional y el acompañamiento a las víctimas de desplazamiento forzado, aspecto que para Hernández *et al.* (8), se refleja en:

El conflicto armado es la principal causa de desplazamiento forzado interno, el fomento y la protección de los derechos humanos de la población desplazada es un desafío polifacético que obliga el accionar de instituciones, comunidad, organizaciones y sociedad civil. Las múltiples afectaciones a los derechos y libertades fundamentales de la población desplazada se encuentran más acentuadas en grupos de especial protección como los niños, niñas y adolescentes ante la amenaza física, mental y social en la vida de la infancia. [...] se convierte en una problemática que transgrede su manifestación como sujetos de derechos, con daños al proyecto de vida individual y colectiva, perjuicios morales, físicos,

psíquicos, emocionales y culturales; vulnera sus derechos a tener una familia, a educarse, a ejercer la propiedad. La persona desplazada experimenta desestabilización de la unidad familiar, desarraigo, pérdida de identidad, vulneración a la subsistencia básica e indefensión, entre otros.

Así mismo desde la perspectiva de las ciencias económicas se realizó acompañamiento al grupo de afrodescendientes, además de la construcción histórica y la explicación desde la teoría económica, sobre el desarrollo del conflicto armado en el departamento, algo que Zambrano *et al.* (9), había abordado en su momento al afirmar:

Los resultados evidencian que entre mayor sea el área de cultivo en el municipio mayor es la magnitud del desplazamiento: en promedio un incremento de 100 hectáreas de coca genera un desplazamiento de 45 personas. Por otra parte, un incremento de 1% de los hogares pobres bajo el índice de pobreza multidimensional en el municipio genera un incremento promedio de 372 desplazados. Asimismo, un aumento en las acciones de los grupos armados en una unidad ocasiona, en promedio, un aumento de aproximadamente cuatro (4) desplazados. (p. 30)

En el proceso de brindar un enfoque basado en la atención psicosocial, se contó con el apoyo de un docente investigador de psicología, elemento que fue transversal; para la construcción metodológica, en este sentido este aporte parte del entrecruzamiento, que existe entre ambas disciplinas, aspecto que Guevara (10), define que:

La psicología jurídica se enfatizan dos ramas: el derecho y la psicología. Por ende, permite el estudio de la conducta humana dentro del ámbito jurídico, lo cual es de una aplicación inmediata y real frente a un derecho fundamental (...). Lo anterior con el fin de saber si existe daño psicológico y si este tiene relación directa de causalidad con los daños ocasionados. (p. 2)

Tal y como se buscó identificar y mitigar durante el desarrollo del proceso, para evitar realizar una acción con daño, que generara revictimización a los participantes.

En el caso del programa de salud de enfermería, se buscó aportar desde el componente bioético un marco metodológico que permitiera a las víctimas, (además de participar); adelantar su propio proceso deliberativo, que a su vez integrara la bioética al componente metodológico. En cuanto a la elaboración de informes, se asesoró a las víctimas de la misión médica. En la interacción entre bioética y conflicto armado, Bautista (11) considera que:

Es fundamental recordar que, desde la declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en su objetivo tercero, se promueve el respeto por la dignidad humana y protege los Derechos Humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los Derechos Humanos. (...) En síntesis

y de acuerdo con lo expresado por Gracia: han surgido en Latinoamérica nuevos enfoques con un profundo contenido humano y filosófico, como lo es la bioética basada en los Derechos Humanos, que coloca como fundamento el respeto a la dignidad inherente a las personas y a la justicia la relaciona con la equidad en bienes y oportunidades. (p. 38)

Fundamentación teórica del enfoque bioético en la metodología

En Latinoamérica la magnitud de los debates en torno a cuestiones políticas, la ética social, las desigualdades, los conflictos internos y el clima de convulsión sociopolítica al interior de algunos países de la región, han transformado las concepciones bioéticas, ampliando la finalidad y las prácticas aplicables en los diferentes contextos, ensanchando el espectro de su intervención al ámbito social, el cual difiere de la concepción bioética desarrollada desde Estados Unidos, donde el enfoque de la bioética era eminentemente clínico.

En este sentido y de acuerdo con lo expuesto por León Correa (12), los tradicionales temas de justicia sanitaria, salud, género y ética en salud, en el continente latinoamericano, incluyeron nuevas realidades relacionadas con los derechos humanos y la salud. Destacándose la necesidad de profundizar en temas de justicia y equidad dentro de los sistemas sanitarios cargados de perfeccionamientos técnicos, que ameritaban de manera urgente un sistema moral que se conjugara con lo técnico, en sistemas de salud altamente tecnocráticos y tecnificados. En el actual panorama se amerita el desarrollo de instrumentos, incluidas metodologías para el análisis ético de los problemas sociales, la ética política, centrada en el desarrollo de las exigencias éticas de justicia social de cada país, esto involucra el debate sobre los valores que deben fundamentar el desarrollo social de cada nación.

Para Garrafa y Manchola (13), la ampliación del alcance epistemológico y metodológico de la bioética, fruto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005, ha abierto enormes posibilidades para diversos campos, entre ellos: los derechos humanos, la antropología, el derecho, la salud pública, etc. No se ha explorado, sin embargo, el importante rol que la bioética puede desempeñar en el estudio e implementación de la paz.

De otra parte, Bautista (14) considera que el conflicto armado es:

Un nuevo desafío para la bioética, que amplía de forma importante su campo de intervención, porque implica un análisis crítico sobre la dimensión del conflicto, que amerita el estudio sobre las causas y efectos generadores en el interior de la relación actor armado-agente de salud. Este aspecto permitirá sentar las bases sobre posteriores consensos de pos-conflictividad, que requieren resignificar la concepción del otro, para contribuir a la reconstrucción de un ethos desmarcado de la violencia. (p. 138)

Rodríguez (15) sostiene que resulta necesario establecer un viraje en el actuar y vincular un conocimiento con carácter multi, inter y transdisciplinar como la bioética a la confección y seguimiento de las políticas públicas, para que mediante su aplicación se logre mediar entre las distintas posiciones e intereses, concertando desde la reflexión y el dialogo puntos de concordia constructivos y beneficiosos entre las partes. Es por medio de la aplicación de la estrategia “Bioética como engranaje” en las acciones de gobernanza, que se puede dar paso a la creación de diferencias en la realidad a favor de la dignidad humana y justicia social, aunque se desconozca políticamente el alcance de las conceptualizaciones desde la noción de paz.

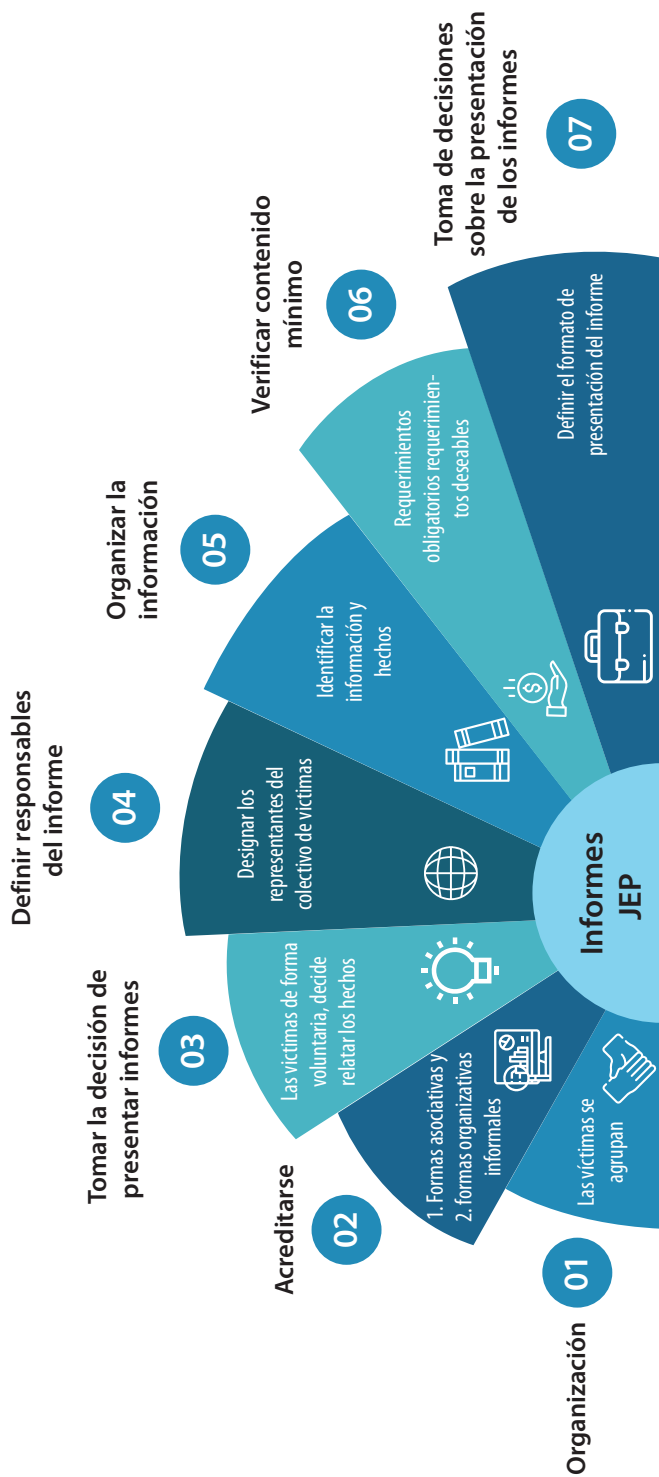
Desde la mirada de enfermería emerge el planteamiento de Franco Peláez (16), quien considera importante repensar la importancia de la bioética, el cuidado y el desarrollo humano integral como parámetros cognitivos, afectivos y prácticos; es retomar el rumbo correcto que debe orientar el norte, de la razón y la sensibilidad para hallar el sano equilibrio que permita plantear propuestas y cursos de acción, que ayuden a mejorar las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos a nivel local, regional, nacional y mundial de tal manera que se aporte desde la óptica de la justicia social y la equidad para disminuir el sufrimiento humano innecesario.

Los anteriores argumentos sustentan de forma importante la necesidad de intervenir desde lo metodológico, formas de abordaje en situaciones de conflicto desde sus multidimensionalidades, mediante el uso de herramientas que posibiliten estos acercamientos, en temas tan importantes para la sociedad, como lo es el esclarecimiento de los hechos que rodearon el conflicto armado en Colombia y sus dinámicas de comprensión.

Marco para el desarrollo del proceso

Antes de presentar la metodología conviene recordar que el proceso adelantado en el proyecto de consultoría, del cual se deriva el presente documento, se realizó como parte del acompañamiento realizado a la JEP territorial, para este fin es importante considerar dos tipos de presupuestos en el abordaje; en primer lugar, están las etapas propias de presentación de informes ante la JEP, que se presentan a continuación en la Figura 5.

Figura 5. Etapas para la presentación de informes ante la JEP, 2020



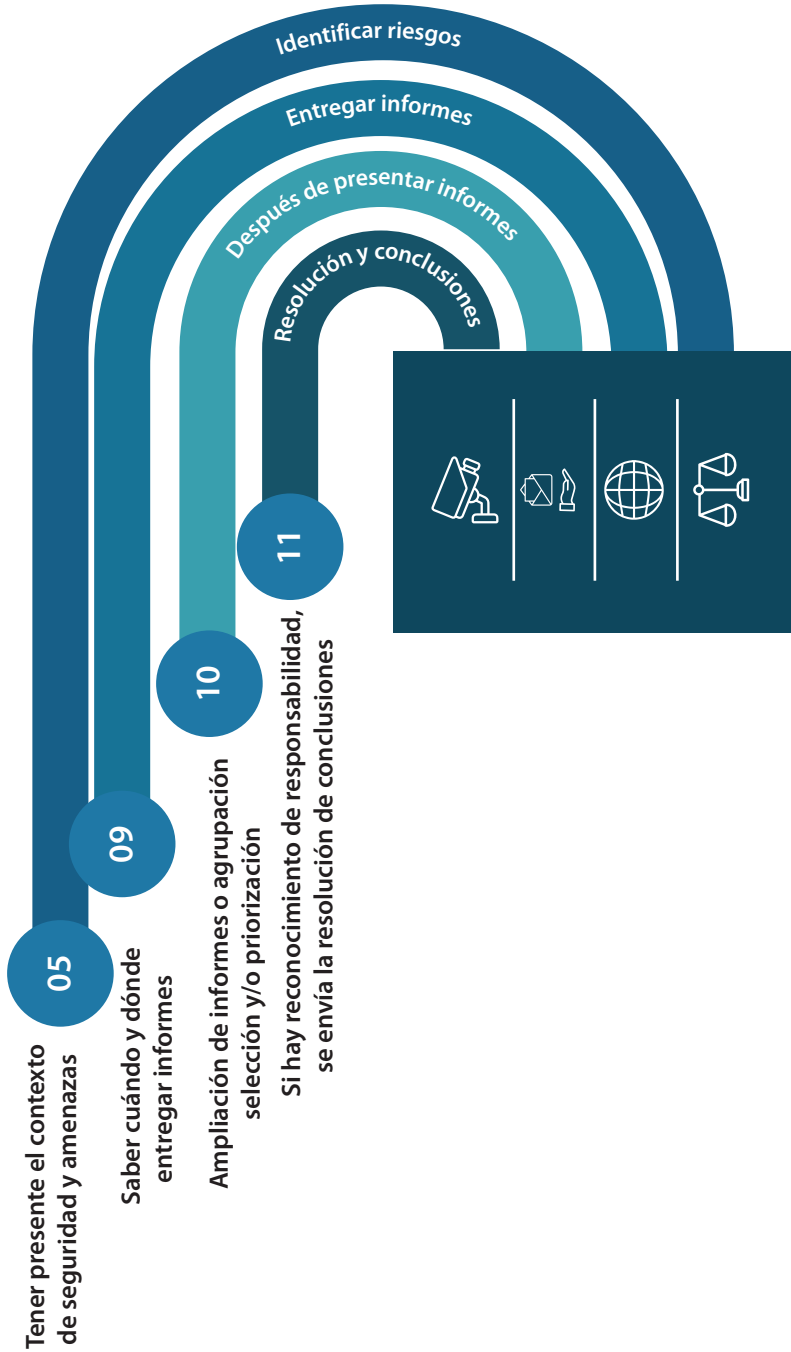
Nota: diseño propio sobre la base de la ruta metodológica para la construcción de informes a la JEP. Fuente: elaborado a partir de MAPP-OEA (2019) (17).

La anterior ilustración se destaca que la presentación de las víctimas ante la JEP es un proceso voluntario, que se debe hacer de forma colectiva; de ahí la importancia de la acreditación de los grupos para que esta se realice, ya sea por mecanismos formales o informales, esto permitirá que sean considerados como sujetos colectivos, susceptibles de reconocimiento, de forma que (18):

Lo que incluye su reparación integral. (...). De igual forma, frente a la satisfacción de la garantía de no repetición, la JEP deberá estar en constante comunicación con las autoridades encargadas de labores de investigación y persecución penal, lo cual incluye la relación con la Unidad de Investigación y Acusación, organismo con el que deberá adoptar mecanismos de articulación para la investigación. (p. 19)

Las etapas 3 y 4 las debe asumir de manera interna cada grupo, de forma consensuada, mecanismo bioético en el que se apoyaron los colectivos que participaron al momento de tomar las decisiones. Para las fases 5 a la 7 se contó con el apoyo de la metodología de trabajo desarrollada por el equipo consultor. En segundo lugar, están los elementos del contexto, que la Figura 6 destaca incluyendo las premisas fundamentales para el abordaje y desarrollo del proceso.

Figura 6. Otros elementos para la presentación de informes



Nota: diseño propio sobre la base de la ruta metodológica para la construcción de informes a la JEP.
Fuente: MAPP-OEA (2019) (17).

En relación a la Figura 6, por ser la elaboración de informes con los colectivos de víctimas del conflicto armado, un proceso tan sensible y de alto riesgo para los actores sociales, (dadas las dinámicas presentadas por el recrudecimiento de las amenazas a líderes sociales; incluido el contexto de alteración en el orden público, presente en los territorios de Norte de Santander, y la situación de cuarentena obligatoria derivada de la pandemia por COVID 19), el equipo investigador, se vio obligado a que se eligiera como alternativa; realizar todo el proceso de manera virtual, para lo cual se entregaron a los grupos de víctimas e investigadores recursos tecnológicos consistentes en: planes de datos, sim card para las comunicaciones, equipos de cómputo y unidades de almacenamiento de datos, además del uso de estrategias comunicativas mediadas por TIC.

Pasos de la metodología

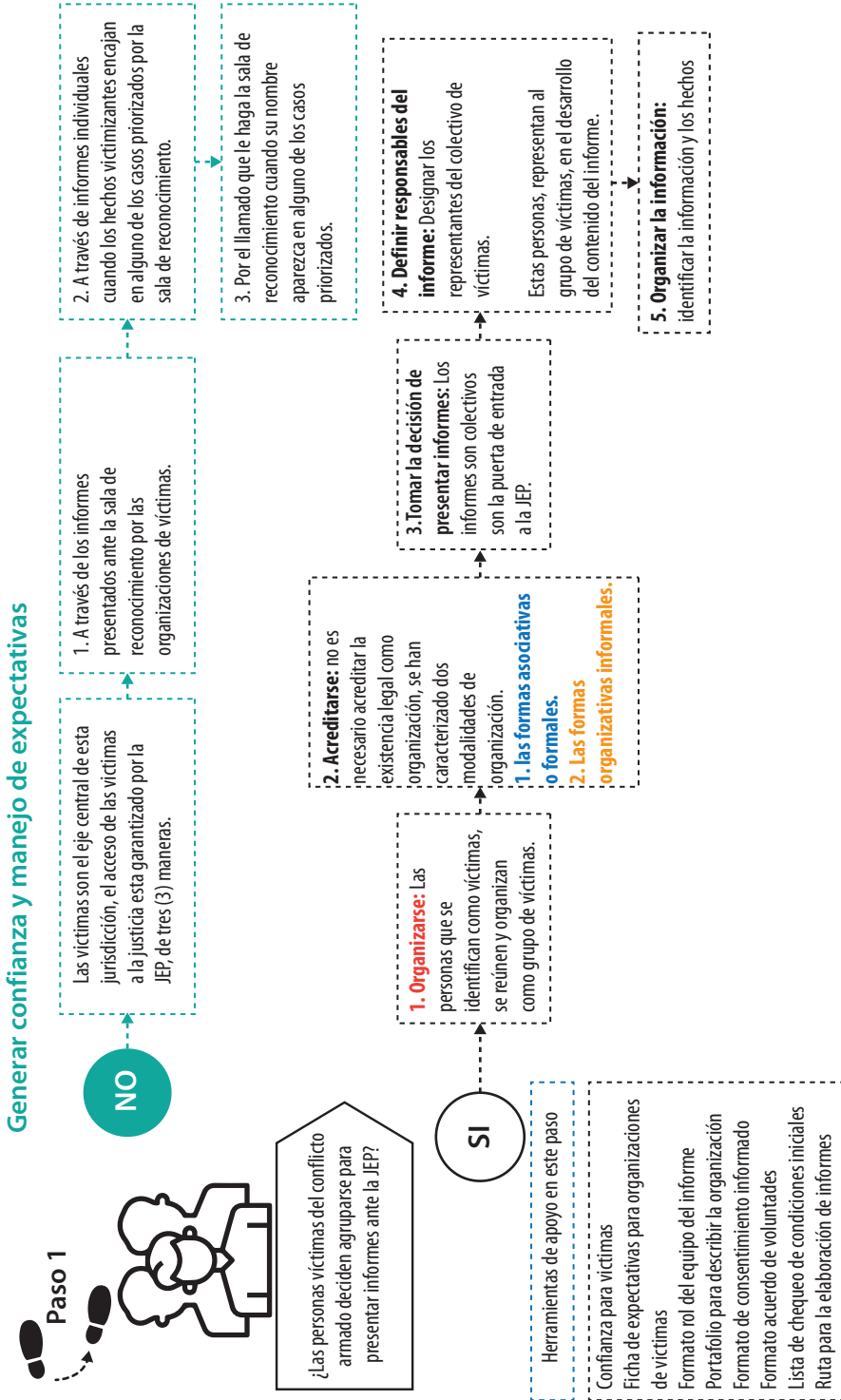
Las consultorías científico-tecnológicas y sus informes finales, son productos del conocimiento que resultan de las actividades de Desarrollo Tecnológico e Innovación, que buscan generar conocimiento e innovación a través de la planeación y el fortalecimiento de sus capacidades en I+D+i. A este respecto García (19) sostiene que los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, o estudios sobre ciencia, tecnología y sociedad (CTS), constituyen un campo de trabajo en los ámbitos de la investigación académica, la educación y la política pública. Para el autor el enfoque general es de índole interdisciplinario, concurriendo en él disciplinas de las ciencias sociales y la investigación académica en humanidades tales como la filosofía y la historia de la ciencia y la tecnología, la sociología del conocimiento científico, la teoría de la educación y la economía del cambio técnico.

En relación con el enfoque de investigación acción participación (IAP) y el trabajo desarrollado por el equipo consultor, este concuerda con lo planteado por Balcázar (20), quien sostiene que desde el punto de vista ideológico, la IAP representa creencias sobre el papel del científico social en disminuir la injusticia en la sociedad, promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas y ayudar a sus integrantes a incrementar el grado de control, que ellos tienen sobre aspectos relevantes en sus vidas (incremento de poder o empoderamiento). La IAP genera conciencia sociopolítica entre los participantes en el proceso, incluyendo tanto a los investigadores como a los miembros del grupo o comunidad, en una forma no tradicional- como agentes de cambio y no como objetos de estudio-, lo cual sustenta la IAP con énfasis colaborativo que es el proceso seguido en este caso.

La metodología realizada por el grupo del proyecto se agrupó en el documento denominado *Ruta para la elaboración de informes ante la JEP*, el cual constaba de cuatro pasos que se describen a continuación:

Paso 1. Generar confianza y manejo de expectativas: la Figura 7 presenta las actividades relacionadas con la toma de decisiones por parte de los grupos de víctimas para la elaboración de informes, e involucra las actividades para el establecimiento de relaciones de confianza entre víctimas y facilitadores, en la misma se realiza identificación de expectativas por parte de las organizaciones de víctimas, se establecen los roles del equipo del informe, además de la elaboración del portafolio del grupo que permite describir la organización, se realiza el acuerdo de voluntades, la firma de consentimientos informados y la evaluación de condiciones iniciales.

Figura 7. Paso 1: generar confianza y manejo de expectativas



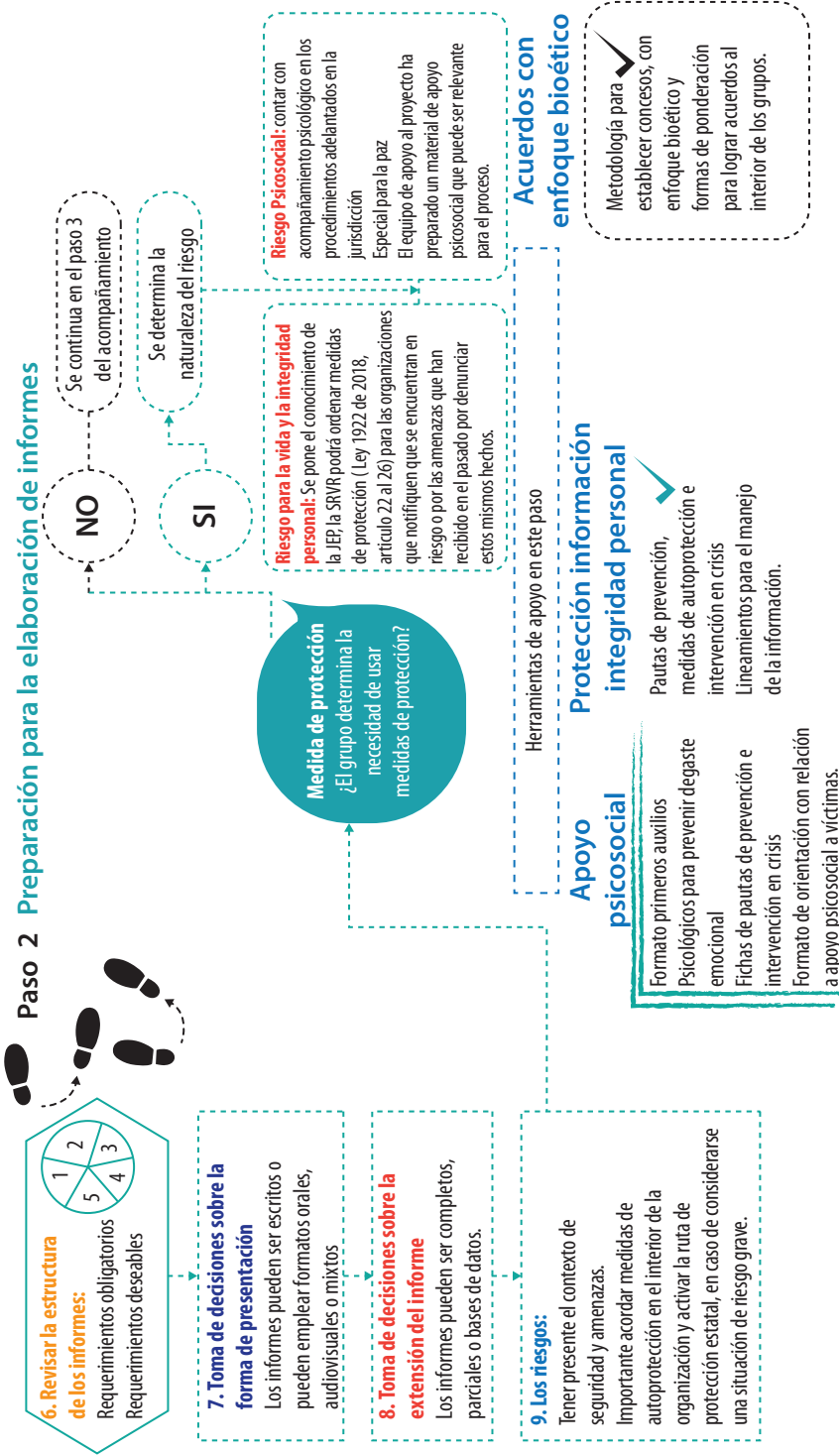
Nota: diseño propio sobre la base de documento guía para la presentación de informes elaborados por organizaciones de víctimas, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, Rom y dederechos humanos colombianas.

Fuente: JEP (2018) (4).

En este paso se tiene en cuenta la ruta para elaborar los informes de la JEP (4), documento base de la metodología propuesta. Las herramientas diseñadas en esta etapa fueron: dinámica para el establecimiento de relaciones de confianza entre las víctimas y los equipos de apoyo, ficha de expectativas para organizaciones de víctimas, formato rol del equipo del informe, formato de portafolio para describir la organización, formato de consentimiento informado, formato acuerdo de voluntades (que formalizaba las relaciones entre investigadores y los integrantes del equipo del proyecto), lista de chequeo de condiciones iniciales y la ruta para la elaboración de informes.

Paso 2. Preparación para la elaboración de informes: dentro de las actividades descritas en la figura 8 se destacan la consideración especial, en torno a que los grupos pueden requerir primeros auxilios psicológicos, para lo cual se pueden apoyar en las pautas para la prevención e intervención en crisis, (que el equipo de acompañamiento ha diseñado), para brindar acompañamiento psicosocial. En esta parte del proceso se proponen algunas herramientas y medidas de autoprotección.

Figura 8. Paso 2. Preparación para la elaboración de informes



Nota: se realizó sobre la base del documento guía para la presentación de informes elaborados por organizaciones de víctimas, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, Rom y de derechos humanos colombianas.

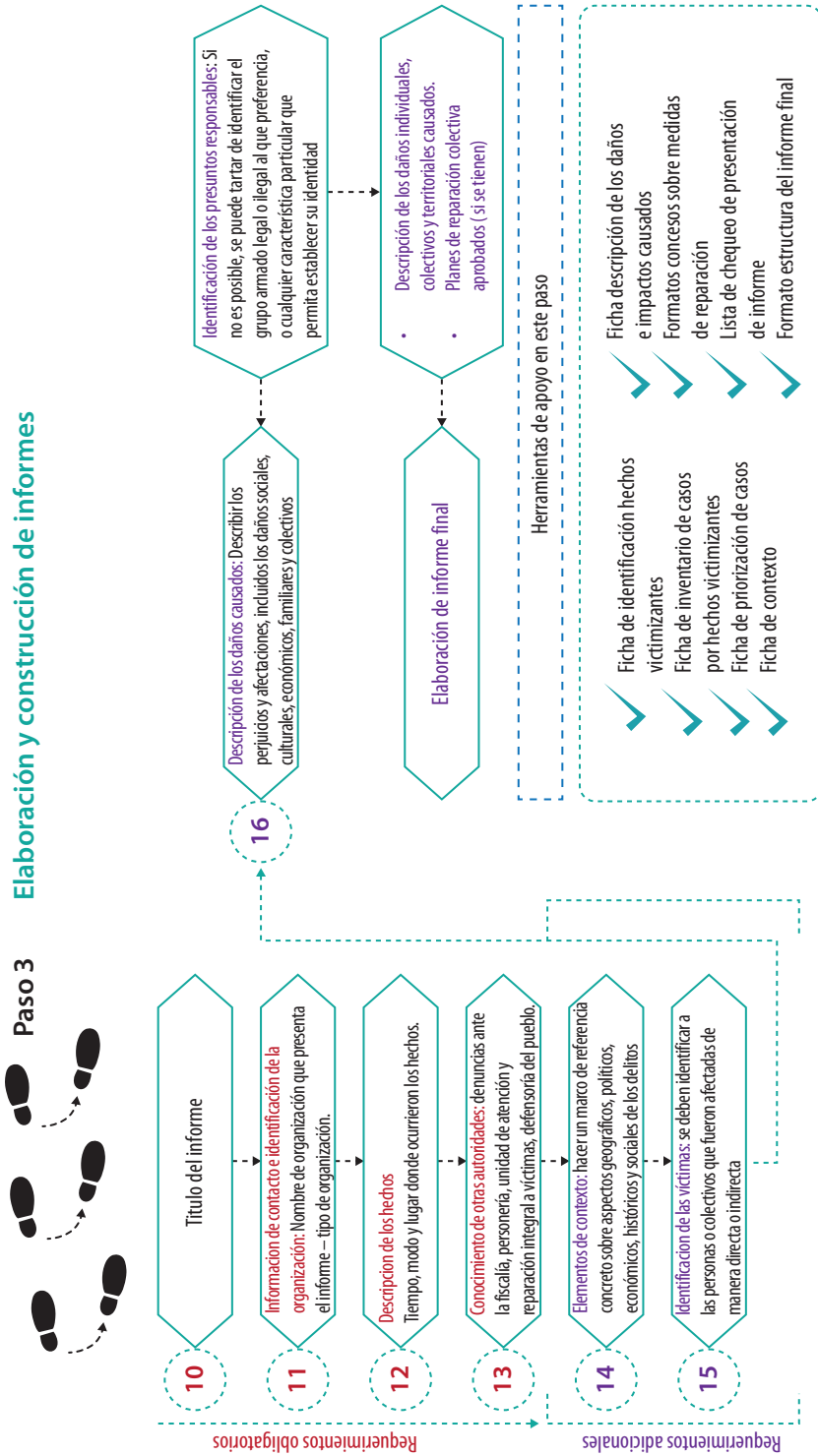
Fuente: elaborado a partir de JEP (2018) (4).

En la anterior figura, se describen los lineamientos para el manejo de la información, que involucra la importancia de lograr acuerdos mutuos con enfoque bioético, mediante el establecimiento de consensos, para lograr una adecuada ponderación de casos. Las herramientas que integraron el paso 2 se agruparon en tres categorías: 1. Apoyo psicosocial: formato primeros auxilios psicológicos (para prevenir desgaste emocional), ficha de pautas de prevención e intervención en crisis, formato de orientación con relación al apoyo psicosocial a víctimas. 2. Protección, información e integridad personal: son las pautas de prevención, medidas de autoprotección e intervención en crisis y lineamientos para el manejo de la información. 3. Acuerdos con enfoque bioético: incluye la metodología para establecer consensos, con enfoque bioético y formas de ponderación para lograr acuerdos al interior de los grupos.

Paso 3. Elaboración y construcción de informes: la Figura 9 describe el paso 3, necesario para el desarrollo del proceso con las organizaciones de víctimas, que trabajarán en la identificación de hechos victimizantes más relevantes para su colectivo, para lo cual es importante elaborar el inventario de casos por hecho victimizante. Esta fase es un insumo para trabajar con la ficha de priorización de casos. Una vez identificados hechos y casos, es importante ubicar en el contexto de ocurrencia, la información relevante que el contexto amerita, esto permitirá continuar con la descripción de los daños e impactos generados.

Las herramientas de este paso están integradas por una ficha de identificación de hechos victimizantes, ficha de inventario de casos por hechos victimizantes, ficha de priorización de casos, ficha de contexto, ficha descripción de los daños e impactos causados, formato de consensos sobre medidas de reparación, lista de chequeo de presentación de informe, formato estructura del informe final.

Figura 9. Paso 3. Elaboración y construcción de informes



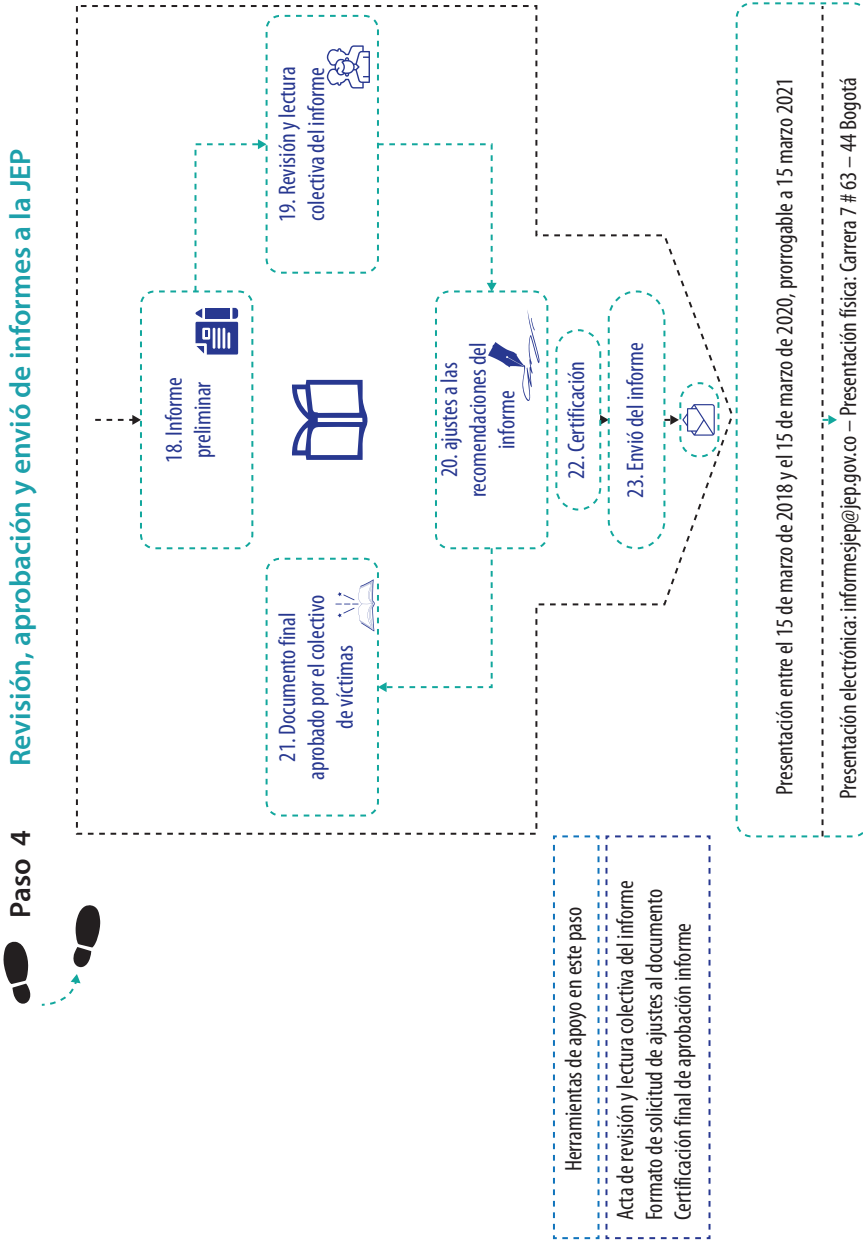
Nota: diseñado sobre la base del documento guía para la presentación de informes elaborados por organizaciones de víctimas, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, Rom y de derechos humanos colombianas.

Fuente: JEP (2018) (4).

Sobre lo anterior es importante recalcar, que se requerirá de una actividad de consenso, sobre medidas de reparación con los integrantes de los grupos. Finalmente se deberá realizar un chequeo sobre los contenidos desarrollados, para elaborar el formato de informe final y posterior entrega de este.

Paso 4. Revisión, aprobación y envío de informes a la JEP: la Figura 10 describe los elementos del paso final, que es el N°4 en este paso. Las organizaciones de víctimas deben leer todo el documento, (actividad que se debe realizar de forma colectiva), producto de esta lectura pueden surgir recomendaciones y ajustes al informe. Estos ajustes solicitados, se corregirán de manera conjunta, es decir en la corrección participarán los grupos de víctimas y los investigadores. Una vez se llegue a un acuerdo sobre el texto final, se elaborará certificación conjunta de aprobación, donde conste el papel del equipo investigador en el desarrollo del proceso.

Figura 10. Paso 4. Revisión, aprobación y envío de informes a la JEP



Nota: diseñado sobre la base del documento guía para la presentación de informes elaborados por organizaciones de víctimas, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, Rom y de derechos humanos colombianas.
Fuente: JEP (2018) (4).

En el anterior paso se destaca que el informe será enviado de manera directa por el grupo de víctimas, utilizando los medios disponibles para tal fin. Con esta actividad concluye el proceso de acompañamiento de los investigadores en la elaboración de informes. Herramientas de apoyo en este paso: Acta de revisión y lectura colectiva del informe, Formato de solicitud de ajustes al documento, Certificación Final de Aprobación del Informe, por parte del colectivo de víctimas.

Proceso Metodológico para docentes e investigadores, que deseen acompañar a las víctimas en su orden este procedimiento consta de tres pasos:

Paso 1. Contextualización para la construcción de una red de grupos de investigación-manejo de expectativas: está relacionado con la coordinación interna, en los grupos de investigación y unidades académicas, sobre el interés particular y colectivo en participar y vincularse activamente en el proceso de trabajo en red, el investigador en este caso contribuye con su labor en darle la posibilidad a las víctimas de ser considerados como sujetos que pueden acceder a los mecanismos de justicia. Este paso involucra el documento introductorio sobre justicia transicional, la ruta para la elaboración de informes, enfoque contextual, ficha manejo de expectativas, formato figura humana.

Paso 2. Rol de los investigadores en procesos de justicia transicional: se documenta en esta parte sobre los elementos, que los investigadores pueden incorporar como resultado de la producción, aplicación y apropiación del conocimiento y de cara a las crecientes necesidades que la sociedad en general reclama de la investigación universitaria. Está constituido por el documento *Rol investigadores y productos y documento construcción de la red*.

Paso 3. Manejo de riesgos: esta parte busca ayudar a los docentes investigadores a realizar una mejor apropiación de las implicaciones y precauciones que la información relacionada con el marco de la justicia transicional, amerita. Conceptualización que destaca el papel del apoyo psicosocial en el proceso de elaboración de informes e involucra las medidas necesarias para la protección y custodia de la información por parte de las víctimas. Lo integran: medidas de cuidado, ficha de atención psicosocial, manejo de información.

Resultados

Se logró construir y consolidar los siguientes elementos de apoyo en materia de entregables dentro de la consultoría que en su orden fueron:

Diseño de un libro editable virtual dirigido a víctimas denominado *Apoyo metodológico para los grupos de víctimas en la preparación, elaboración y presentación de informes ante la jurisdicción especial para la paz (JEP)* (21). En este documento se describen los 4 pasos presentados en la metodología, e incluye los formatos

enunciados en cada paso que integran el proceso de elaboración de informes. Sobre los referentes metodológicos para su desarrollo, se tomaron en cuenta los lineamientos y orientaciones existentes en el país en materia de guías para apoyar a las víctimas en el desarrollo de informes ante la JEP.

Como complemento a lo expuesto se desarrolló un documento de apoyo que permite a los docentes, investigadores, y miembros de grupos interesados en acompañar a las víctimas del conflicto armado en el proceso de elaboración de informes. En este caso el libro virtual se denominó *Metodología para investigadores en el acompañamiento a víctimas para la presentación de informes ante la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP)* (22), herramienta que describe tres pasos y en cada uno de ellos incluye el enfoque de la bioética.

Adicional a lo anterior en cada etapa del proceso de la herramienta 2 se identificó el enfoque bioético del proceso. En este punto se encontró que en el Paso 1 se identifica la existencia de una tensión, entre los principios bioéticos de justicia (por estar en juego el acceso a la justicia transicional) vs la autonomía de las víctimas, para que sea ejercida de manera independiente. En el Paso 2: emergieron los sentimientos necesarios, para orientar a las víctimas a la participación en el ámbito público, atendiendo las propuestas de la ética de los sentimientos planteadas por Etxeberria X en 2008 (23). El paso 3 identifica desde la bioética tres ejes importantes en la elaboración de informes, que son 1. desarrollo del principio de protección, 2. respeto por la diversidad de las víctimas y 3. fortalecimiento de derechos para ejercer de forma verdadera la autonomía.

Para Bautista (24):

Reunir las diferentes experiencias individuales en una realidad colectiva que tuvo que ser sufrida, casi desde sus mismos orígenes del conflicto, para poder establecer ciertos casos como emblemáticos, no será una tarea fácil. Tanto desde el comienzo de su realidad, como en los mecanismos de transformación de esta, que ingresan a la esfera de la reflexión profunda, pasan a convertirse en razonamientos, cargados de sentimientos con proyecciones de la legitimidad, que impactan en lo público. (pp. 328, 329)

Así mismo se pudo desarrollar una metodología con enfoque bioético para establecer consensos y ponderación, que está orientada a ser utilizada por los grupos de víctimas como una herramienta que les permita llegar a acuerdos o definir posiciones en el momento de tomar decisiones, o cuando la diversidad cree situaciones críticas, se presenten desacuerdos insolubles, y cuando se reconozca que se ha llegado al límite de lo consensuable. Este procedimiento puede ser utilizado en cualquier etapa del proceso de elaboración de informes, incluso en las fases finales del proceso. El documento está al servicio de los grupos de víctimas (21).

La ficha para documentar el desarrollo del proceso de consenso es un procedimiento que ofrece la metodología, que considera todos los elementos concurrentes en la toma de decisiones éticas, el mismo está integrado por 5 etapas: A- definir el problema, B- identificación de significación emocional del problema/ conflictos para los implicados, C- presentación del caso o casos - establecer valores y principios en juego-afectaciones que genera-evidencias, D- curso de acción posible, E- decisión final.

Al cierre del presente documento, en julio de 2022, dos de los informes derivados de la presente metodología, desarrollados con el apoyo de los grupos GICE y JHUSDEM, durante el acompañamiento a dos colectivos de víctimas del conflicto armado en Norte de Santander, fueron aceptados por la sala de reconocimiento de la JEP, e incorporados al macrocaso N° 10, que agrupa los patrones de crímenes que serán investigados y juzgados por representar graves infracciones al DIH cometidas por las FARC-EP, un logro significativo en materia de impacto social del proceso.

Conclusiones

Se logró culminar la caja de herramientas, que permitió apoyar a las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander, en la elaboración de informes ante la JEP, proceso realizado de manera virtual mediada por TIC. Además de entregar y difundir la caja de herramientas de forma pública. En este punto, se considera necesario que métodos como el desarrollado por la presente consultoría, deben tener una mayor difusión en las entidades del estado, involucradas en los procesos de acompañamiento a víctimas; para que logren alcanzar la intencionalidad con la que se diseñaron. Derivado del proceso de construcción de la caja de herramientas, se desarrollaron espacios de difusión y socialización de sus contenidos, con la comunidad académica; incluido el desarrollo de tres talleres virtuales para investigadores, lo cual redundó en la consolidación de la red de justicia transicional de Norte de Santander.

Es importante tener presente que para este proyecto en particular, la elaboración de informes buscaba contribuir a que las víctimas pudieran tener acceso a la justicia, contar su verdad a la sociedad colombiana, proponer medidas de reparación y contribuir a luchar contra la impunidad. Por tanto, la recomendación previa al proceso consistió en enfocar a los participantes en la importancia de su rol, en la elaboración de informes. En este contexto, se corría el riesgo de que las víctimas al transitar por el dolor del recuerdo no pudiesen obtener recursos de apoyo en los investigadores, por lo cual se realizó una fase de preparación psicosocial al equipo del proyecto, aspecto que implicó aprender a establecer vínculos de confianza y empatía, que permitieran a los participantes la apertura a la verdad, en un entorno tan complejo e impersonal como lo era el método de trabajos basado en entornos virtuales.

Diseñar una metodología explicativa que promoviera un enfoque bioético y jurídico, dadas las características de violencia del conflicto armado colombiano, no fue una tarea fácil, principalmente por los métodos existentes para lograr consensos orientadores, al no existir la posibilidad de interacción de forma física con las personas, (que en este caso debía establecerse con las víctimas), hizo que el enfoque de análisis desde los principios bioéticos en pugna, fuera más difícil de abordar debido a la disminuida capacidad, para la identificación de las tensiones emergentes en las personas, en este caso, se buscó además de los aspectos psicosociales el establecimientos de ejes de apoyo; (como lo fue la ética de los sentimientos y la deliberación bioética); además de los elementos jurídicos desde la justicia transicional, que permitieron generar una metodología, en la que se probó su funcionalidad, al ejecutarse con los colectivos de víctimas, que participaron dentro del proceso de consultoría. Aspecto que permite concluir que la bioética, la salud y el derecho; tienen mucho que aportar en los procesos de reconciliación y de búsqueda de la verdad, la justicia, la reparación y la garantía de no repetición en el marco de los derechos de las víctimas.

La participación de los Grupos GICE y JHUSDEM, en un proceso de consultoría interdisciplinar, integrado a un tema de tan alto impacto y sensibilidad para la sociedad norte santandereana y colombiana, pone en evidencia la importancia que tienen los resultados de investigación que la academia realiza, la investigación con un propósito, como una de las premisas, que deberían tener los procesos de ciencia, investigación y desarrollo que se adelantan en el país, en los cuales enfermería, la bioética y el derecho; juegan un papel relevante que trasciende los procesos de cuidado y se inserta en los problemas que la sociedad vive.

Referencias

1. Ministerio De Ciencia, Tecnología E Innovación – Minciencias. *Manual de usuario CvLAC*. 2021. https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/D103M06%20Manual%20de%20Usuario%20CVLAC%20V01do.pdf
2. JEP. *Jurisdicción especial para la paz*. s.f. <https://www.jep.gov.co/JEP/Paginas/Jurisdiccion-Especial-para-la-Paz.aspx>
3. Jurisdicción Especial para la Paz (JEP). *Manual para la participación de las víctimas ante la jurisdicción especial para la paz*. Bogotá, Colombia: *Imprenta Nacional de Colombia*; 2020. <https://www.jep.gov.co/Infografas/participacion/manualparticipacion.pdf>
4. Jurisdicción Especial para la Paz (JEP). Documento guía para la presentación de informes elaborados por organizaciones de víctimas, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, Rrom y de derechos humanos colombianas; 2018. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b0d83814.pdf>
5. Jurisdicción Especial para la Paz (JEP). Informe estadístico 2020-I; 2021. <https://www.jep.gov.co/rendiciondecuentas/Informes%202020/Informe%20Estadi%CC%81stico.pdf>
6. Grasa R. *Colombia cuatro años después de los acuerdos de paz: un análisis prospectivo*; 2020. https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/12/DT_FC_39.pdf
7. JEP. *La JEP amplía el plazo para que las organizaciones de víctimas entreguen sus informes*. 2019. <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Paginas/La-JEP-ampl%C3%ADa-el-plazo-para-que-las-organizaciones-de-v%C3%ADctimas-entreguen-sus-informes.aspx>
8. Hernández LY, Osorio EG, Ayala ET. *El desplazamiento forzado de niños, niñas y adolescentes en Colombia. Una mirada desde la Corte Constitucional*. 2021;10(13):867-79. <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1796>
9. Zambrano M, Manzano DJ, Corzo JA, Gelves WA. Determinantes del desplazamiento forzado en Norte de Santander, 2008-2013. *Rev. Logos cienc. tecnol.* 2016;8(1):23-32. <https://revistalogos.policia.edu.co:8443/index.php/rlct/article/view/357>
10. Guevara J. Dictamen pericial en abuso a menor de 14 años. *Rev. Científica Codex*. 2018;4(6). <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/codex/article/view/4416>

11. Bautista G. Bioética y derechos humanos: acceso humanitario a los servicios de salud, acceso a la vida y al desarrollo humano, en el pos-acuerdo: ¿qué está en juego para la misión médica en las regiones apartadas? *Revista Colombiana de Bioética*. 2017;11(3):30-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189253785004>
12. Correa F. La bioética latinoamericana en sus textos. Programa de bioética. Vol. 01. Chile: OPS / OMS; 2008. <https://www.paho.org/chi/dmdocuments/bioeticalatin.pdf>
13. Garrafa V, Manchola C. *La bioética: una herramienta para la construcción de la paz*. *Revista Colombiana de Bioética*. 2014; 9(2):95-106. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189233271011.pdf>
14. Bautista G. *Tensiones bioéticas y principios aplicables en misión médica: ¿existen límites en el cumplimiento del deber?* *Rev.latinoam.bioet*. 2018; 18(1): 136-154. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022018000100136&lng=en. <https://doi.org/10.18359/rubi.2987>.
15. Rodríguez-Artavia A. Bioética: una estrategia más allá de una política de paz. *Rev. Col. Bioet*. 2018;13(1):117-24. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/2231>
16. Peláez F, Rosa Z. La bioética: ética del cuidado de la vida y la salud para el desarrollo humano. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2009;14(2):75-92. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126692004>
17. Menéndez R, De Misión J, Franco J, Profesional C, Jorge N, Gil E. Ruta metodológica para la construcción de informes a la JEP. 2019. <https://www.jep.gov.co/Infografas/participacion/ruta.pdf>
18. Svenja L, Ospina JC y Linares C. Comisión Colombiana de Juristas. *Guía 02: la satisfacción de los derechos de las víctimas: el reto de la JEP y sus comparecientes*. Primera edición junio de 2018. Bogotá: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). 2018. https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Documents/guia_02%20SATISFACCION%20DE%20LOS%20DERECHOS%20DE%20LAS%20VICTIMAS%20JEP.pdf
19. García A. *Áreas de intervención del consultor sobre la ciencia, la tecnología y la sociedad*. s.f. <https://www.gestiopolis.com/areas-intervencion-consultor-sobre-ciencia-tecnologia-sociedad/>
20. Balcázar F. Investigación acción participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*. 2003; IV (7-8):59-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400804>

21. Bautista G, Guevara J, Hernández L, Osorio E, Zambrano M. *Apoyo metodológico para los grupos de víctimas en la preparación, elaboración y presentación de informes ante la jurisdicción especial para la paz (JEP)*. Cúcuta: Ediciones Nueva Jurídica. 2020;204. <https://fcs.ufps.edu.co/fsalud/public/doc/GJskgnPGNA92nN5TLLTmmmfal5skgndk.pdf>
22. Bautista G, Guevara J, Hernández L, Osorio E, Zambrano M. *Metodología para investigadores en el acompañamiento a víctimas para la presentación de informes ante la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP)*. Cúcuta: Ediciones Nueva Jurídica. 2020;96. <https://fcs.ufps.edu.co/fsalud/public/doc/gFNSf948ajngDKgka28rosjaijJNGPkfai82.pdf>
23. Etxeberria X. *Por una ética de los sentimientos en el ámbito público*. (Bakeaz, Ed.) (1a ed.). 2008.
24. Bautista G. *Sentimientos, tensiones y conflictos éticos de la misión médica. El caso del Catatumbo. Aportes de la bioética para orientar la paz en horizontes de reconciliación*. [Tesis Doctoral]. Universidad el Bosque; 2019 <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/5645>

CAPÍTULO 6

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Family functionality and quality of life in people with chronic disease
Funcionamento familiar e qualidade de vida em pessoas cronicamente doentes

Dianne Sofía González Escobar¹⁰

Resumen

La realidad que representa la situación de las enfermedades crónicas en el país y globalmente, plantea a enfermería la necesidad de construir conocimiento alrededor de la experiencia de la cronicidad para la persona y los cuidadores, el impacto en las diferentes dimensiones de la vida, así como de los factores que favorecen o afectan el afrontamiento y adaptación en la experiencia de la enfermedad crónica, como punto de partida en la definición de propuestas de cuidado integrales, pertinentes y relevantes. Objetivo: establecer la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar en las personas en condición de enfermedad crónica por

10 Enfermera. Magister en educación de adultos, Magister enfermería cuidado paciente crónico, especialista en docencia Universitaria, especialista en práctica pedagógica. Profesora titular, facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta. Correo: dianne-gonzales@ufps.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-8760-1743>

hipertensión arterial y diabetes mellitus. Metodología, estudio de tipo correlacional con una muestra de 355 pacientes mayores de 45 años de una institución de salud de III nivel, definida mediante la estimación de una proporción poblacional y un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se emplearon los instrumentos: caracterización del paciente con enfermedad crónica GCPC-UN-P, instrumento calidad de vida en personas con enfermedad crónica de Betty Ferrell y el APGAR familiar. Resultados: los pacientes en su mayoría de bajo nivel educativo, el 50 % con pareja estable, con ocupación principalmente en labores del hogar y trabajadores independientes, de religión católica mayoritariamente. En promedio el tiempo de diagnóstico es de $10,6 \pm 9,3$ años y el 65,9 % de los pacientes cuentan con un único cuidador, que en la mayoría de los casos corresponde a los hijos(as) o a la esposa(o), requieren diariamente para su cuidado $12,2 \pm 9,1$ horas. El 20,6 % de los pacientes exhibió mediano grado disfunción o dependencia, mientras que un 3,7 % presentó severa disfunción o dependencia con un estado mental intacto el 71,5 % y el 28,5 % presentó alteración intelectual entre mínima y severa. En la valoración de la calidad de vida se encontró una percepción de mediana afectación general y el 82 % de los pacientes perciben su familia funcional, el 13 % moderadamente disfuncional y el 5 % familia con grave disfunción. Conclusión: al establecer la relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar, se concluye que la percepción de calidad de vida en estos pacientes es independiente al grado de funcionalidad al interior de sus familias. Lo cual indica que para este estudio la afectación de la calidad de vida está determinada por otros factores. Al evaluar la relación de las características sociodemográficas con la percepción de calidad de vida se evidenciaron diferencias significativas respecto al género y estrato socioeconómico.

Palabras clave: *enfermedades crónicas, relación familiar, calidad de vida, cuidado.*

Abstract

The reality that represents the situation of chronic diseases in the country and globally, poses to nursing the need to build knowledge around the experience of chronicity for the person and caregivers, the impact on the different dimensions of life, as well as the factors that favor or affect coping and adaptation in the experience of chronic disease, as a starting point in the definition of comprehensive, relevant and pertinent care proposals. Objective: to establish the relationship between quality of life and family functionality in people with chronic disease due to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. Methodology: correlational study with a sample of 355 patients over 45 years of age from a III level health institution, defined by estimating a population proportion and non-probabilistic convenience sampling. Instruments were used: characterization of the patient with chronic disease GCPC-UN-P and Betty Ferrell's Quality of Life in people with chronic disease instrument and the family APGAR. Results: most of the patients had a low educational level, 50 % had a stable partner, were mainly employed in housework and self-employed, and were mostly catholic. On average the time of

diagnosis is $10,6 \pm 9,3$ years; 65,9 % of patients have a single caregiver, which in most cases corresponds to the children or spouse, requiring 12,2 9,1 hours daily for their care. Of the patients, 20,6 % showed a medium degree of dysfunction or dependence, while 3,7 % showed severe dysfunction or dependence; 71,5 % had an intact mental state and 28,5 % showed minimal to severe intellectual impairment. In the assessment of quality of life, a perception of medium general affectation was found and 82 % of the patients perceive their family as functional, 13 % as moderately dysfunctional and 5 % as severely dysfunctional. Conclusion: when establishing the relationship between quality of life and family functionality, it is concluded that the perception of quality of life in these patients is independent of the degree of functionality within their families. This indicates that, for this study, the effect on quality of life is determined by other factors. When evaluating the relationship between sociodemographic characteristics and the perception of quality of life, significant differences were found with respect to gender and socioeconomic status.

Key words: chronic diseases, family relationship, quality of life, caregiving.

Sumário

A realidade representada pela situação das doenças crônicas no país e no mundo, levanta a necessidade da enfermagem de construir conhecimento em torno da experiência da cronicidade para a pessoa e os cuidadores, o impacto nas diferentes dimensões da vida, bem como os fatores que favorecem ou afetam o enfrentamento e a adaptação na experiência da doença crônica, como ponto de partida na definição de propostas de cuidados abrangentes, relevantes e pertinentes. Objetivo: estabelecer a relação entre qualidade de vida e funcionalidade familiar em pessoas com doenças crônicas devido a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Metodologia: estudo correlacional com uma amostra de 355 pacientes com mais de 45 anos de idade de uma instituição de saúde de nível III, definida através da estimativa de uma proporção populacional e de uma amostragem de conveniência não-probabilística. Foram utilizados instrumentos: Caracterização do paciente com doença crônica GCPC-UN-P; Qualidade de vida de Betty Ferrell em pessoas com instrumento para doenças crônicas e a família APGAR. Resultados: a maioria dos pacientes tinha um baixo nível de educação, 50 % tinham um parceiro estável, eram principalmente empregados em trabalhos domésticos e autônomos, e eram principalmente católicos. Em média, o tempo de diagnóstico é de $10,6 \pm 9,3$ anos; 65,9 % dos pacientes têm um único cuidador, que na maioria dos casos corresponde aos filhos ou cônjuge, necessitando de 12,2 9,1 horas diárias para seus cuidados. 20,6 % dos pacientes apresentavam grau médio de disfunção ou dependência, enquanto 3,7 % apresentavam disfunção ou dependência grave; 71,5 % apresentavam estado mental intacto e 28,5 % apresentavam deficiência intelectual mínima a grave. Na avaliação da qualidade de vida, foi encontrada uma percepção de afetação geral média e 82 % dos pacientes percebem sua família como funcional, 13 % moderadamente disfuncional e 5 % com disfunção grave. Conclusão:

Ao estabelecer a relação entre qualidade de vida e funcionalidade familiar, conclui-se que a percepção da qualidade de vida nesses pacientes é independente do grau de funcionalidade dentro de suas famílias. Isto indica que, para este estudo, o efeito sobre a qualidade de vida é determinado por outros fatores. Ao avaliar a relação entre as características sociodemográficas e a percepção da qualidade de vida, foram encontradas diferenças significativas em relação ao gênero e ao status socioeconômico.

Palavras-chave: *doenças crônicas, relacionamento familiar, qualidade de vida, cuidados.*

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan un problema de salud prioritario a nivel mundial con tendencia al aumento, cuya trascendencia radica no solo en las tasas de mortalidad y morbilidad, sino en los años de vida productivos perdidos por las condiciones de discapacidad con la que se asocian, y por la carga familiar, social y económica que generan. Estas enfermedades caracterizadas por su larga duración y lenta evolución resultan de la interacción de múltiples factores de tipo conductual, genético, fisiológico y ambiental con tendencia a la generalización en la población, como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de estilos de vida poco saludables y el envejecimiento, hacen que su prevalencia se vea favorecida. Estas enfermedades afectan a la población de todos los grupos de edad, en todas las regiones y países del mundo, siendo responsables del 71 % de las muertes a nivel mundial. Aunque suelen asociarse a los grupos de edad más avanzada, las cifras ponen en evidencia que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años (1).

La agenda 2030 para el desarrollo sostenible (meta 3,4 de los objetivos de desarrollo sostenible), reconoce que las ENT son un importante obstáculo al desarrollo sostenible, por lo cual, en el contexto de dicha agenda, se convoca a los gobiernos a comprometerse con la elaboración de respuestas nacionales ambiciosas que logren reducir las muertes prematuras por ENT en un 33 % para 2030 mediante la prevención y el tratamiento (2).

En las Américas la alta carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) constituye un desafío fundamental para el desarrollo social y económico de la Región. Las principales ENT son las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas ENT comparten cuatro factores de riesgo: consumo de tabaco, consumo dañino de alcohol, dieta no saludable e inactividad física. El análisis de la mortalidad, analizada por amplios grupos de causas, muestra un predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT) representando el 77 % de todas las muertes en el 2000 con aumento al 81 % de todas las muertes en el 2016 (3).

El análisis de la situación de salud en Colombia 2021, reporta un total 2.549.819 personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud captadas con hipertensión arterial en el 2020 que representa un 41,23 % de la población afiliada al sistema; en personas de 18 a 69 años se mantiene el aumento desde el 2018 con una prevalencia de 9,15 por cada 100 afiliados. Respecto a la diabetes mellitus, refiere que pasó al 6° lugar como causa de muerte más frecuente en 2017 después de haber estado en la posición 7° en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000; con relación a muertes prematuras el incremento fue del 46,38 % entre 2007 y 2017, pasando del puesto 11° en 2007 al lugar 7° en 2017 (4).

Las enfermedades no transmisibles (ENT), por su comportamiento epidemiológico en los últimos años, han sido objeto de análisis, estudios y propuestas de intervención por parte de organizaciones internacionales y gubernamentales y por disciplinas del área de la salud y socio humanísticas. Desde estos procesos se han planteado definiciones y caracterizaciones de la enfermedad crónica disponibles en la literatura, que visibilizan las múltiples dimensiones y la amplitud de este problema de salud pública con implicaciones a nivel individual, familiar, social, sanitario y económico a nivel mundial.

Para las personas vivir con una enfermedad crónica implica más allá de padecer un trastorno orgánico y funcional que causa alteraciones en la estructura y funciones corporales. Representa enfrentar dificultades y crisis emocionales, de relación y económicas. La persona experimenta soledad, pérdida, aislamiento, vergüenza, temor, intolerancia, insatisfacción, preocupación e incertidumbre por la dependencia de otros a que esta los aboca y por los efectos que tiene en la dinámica, funcionamiento y bienestar de su familia (5). Por lo anteriormente expuesto, las personas en situación de enfermedad crónica deben enfrentarse no solo a las limitaciones impuestas por la enfermedad, sino a las impuestas por su entorno social, que se reflejan en los cambios en el desempeño de roles y en la satisfacción de las expectativas sociales como seres activos, productivos y funcionales.

Estudios han demostrado que las enfermedades crónicas a nivel psicosocial producen altos niveles de estrés teniendo un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de las personas que las padecen y requieren un periodo de adaptación de parte del individuo y de la familia, identificando cinco procesos relacionados con el ajuste frente a la enfermedad: la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas. El impacto de la enfermedad crónica produce estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Por otro lado, el impacto sobre las familias y cuidadores se evidencia en alteraciones a nivel de la comunicación y las interacciones, como también en coaliciones y alianzas familiares,

además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad (6,7)

La enfermedad crónica puede afectar la calidad de vida de la persona, por sus efectos en las diferentes dimensiones de la vida humana, dimensiones que interactúan en el concepto de calidad de vida como constructo complejo y multifactorial, en el que se conceptualizan tres dimensiones globales: El estado funcional, el acceso a recursos y oportunidades en el entorno social que influyen en el desarrollo humano y la sensación de bienestar (8).

Conocer el nivel de la calidad de vida de las personas en condición de cronicidad permite identificar el impacto de la enfermedad, la forma en que la persona la percibe, efecto de los tratamientos y terapias, y orientar acciones que la mejoren (9). La OMS define la calidad de vida (10):

En función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (p. 385)

Desde el punto de vista de enfermería, Ferrell describe la calidad de vida como una construcción multidimensional que incluye el bienestar o descontento en aspectos de la vida importante para el individuo, que abarca la interacción de la salud y el funcionamiento psicológico, espiritual, socioeconómico y familiar (11). Por lo tanto, la calidad de vida puede ser definida como la evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores con los que viven, es decir, la calidad de vida es un sentido subjetivo de bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales (12,13).

Ferrell y Hassey (14) definen las dimensiones de la calidad de vida de la siguiente manera:

- Bienestar físico: se define como el control o alivio de los síntomas y mantenimiento de la funcionalidad y la independencia.
- Bienestar psicológico: se toma como la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida, caracterizada por un problema emocional, alteración de prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida.
- Bienestar social: esta dimensión brinda la posibilidad de ver a la persona no solo desde la enfermedad sino a la persona que rodea a la misma; medio por el que se reconoce al paciente con la enfermedad, sus relaciones y roles.

- Bienestar espiritual: habilidad para mantener la esperanza y obtener el significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre.

Tradicionalmente la familia se reconoce como agente cuidador natural de las personas que viven en situación de enfermedad o limitación. Aun con los cambios generados por la modernidad y el avance de las tecnologías en las relaciones sociales, la familia continúa siendo la principal fuente de apoyo y soporte para la persona en la vida diaria, especialmente en situaciones como la enfermedad crónica, donde el grupo familiar es quien brinda apoyo funcional, afectivo, instrumental, económico o material. La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a la familia, significa una dura prueba a nivel emocional y de relación; su llegada va a ocasionar sensaciones de angustia, temor, desesperanza e impotencia, y exige realizar un proceso de adaptación en el que se logre enfrentar la crisis que se está viviendo. Es por esto por lo que encarar la cronicidad se convierte en un momento desestabilizador para cualquier familia, independiente de la capacidad de adaptación de sus miembros, generando ruptura con la cotidianidad y sentimientos de miedo e incertidumbre.

La funcionalidad de la familia es un factor determinante en el desarrollo y la conservación de la salud de sus miembros. El término funcionalidad familiar involucra cinco aspectos:

1. Adaptación, explica la capacidad de utilizar los recursos intra y extra familiares en procuración del bien común y la ayuda mutua en tiempo de necesidad, así como la asistencia de amigos o redes sociales; 2) participación, describe la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidado médico y problemas personales); 3) crecimiento, se refiere a la madurez emocional y física, autorrealización y reacción de los miembros de la familia por un apoyo mutuo; 4) Afecto, puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia y 5) Resolución, representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio y recursos, sobre todo económicos (15).

El funcionamiento familiar se ha documentado como posible factor precipitante de síntomas activos de enfermedades crónicas, por lo cual se ha planteado como intervención en la atención del enfermo la psicoeducación del núcleo familiar y cuidadores primarios en mecanismos de afrontamiento, comunicación, cohesión y resolución de conflictos; esto los prepara para el apoyo al proceso adaptativo del sujeto de cuidado, integrándolos al equipo de atención y disminuyendo la sobrecarga relacionada con la responsabilidad de cuidar (16).

Como lo plantea la OMS (10), la evaluación de la calidad de vida puede servir para medir los beneficios de diferentes métodos terapéuticos, como parámetro en estudios de costo-beneficio en la optimización de recursos y en general al mejoramiento de la calidad de la atención. De otra parte, explorar la relación de esta con el funcionamiento familiar servirá de punto de partida en la definición de propuestas de cuidado que involucren la asistencia, educación, consejería y apoyo, que aborden de manera integral a las personas y su familia, de acuerdo con sus necesidades y percepciones.

Por lo anterior, se desarrolló una investigación con el objetivo de establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de las personas en condición de enfermedad crónica por enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional de corte trasversal. La obtención del tamaño muestral se realizó mediante la fórmula para la estimación de una proporción poblacional con un nivel de confianza del 95 %, una probabilidad del evento del 50 % y un error máximo del 5 %, obteniéndose una muestra de 355 pacientes. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando los participantes según los criterios de inclusión y aceptación de participación mediante consentimiento informado. No se incluyeron personas con discapacidad mental o con complicaciones neurológicas sin resolver. La recolección de la información se llevó a cabo de forma individual y personal, aplicando los instrumentos: caracterización del paciente con enfermedad crónica GCPC-UN-P del grupo de cuidado al paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia versión 3, instrumento calidad de vida en personas con enfermedad crónica de Betty Ferrell y el APGAR familiar.

La caracterización sociodemográfica del paciente se realizó mediante el instrumento GCPC-UN- P, que determina edad, procedencia, escolaridad, estado civil, ocupación, estrato de su vivienda, tiempo con la enfermedad, diagnóstico médico, número de horas de cuidado que requiere, cuidador familiar encargado, nivel de funcionalidad y nivel de salud mental, uso de TIC. Cada uno de los ítems tiene una codificación numerada, dependiendo de los aspectos considerados en cada ítem.

Para la determinación de la calidad de vida, se utilizó el instrumento calidad de vida en enfermedad crónica de Betty Ferrell, versión en español, validado por Corredor en 2016 (17), quien realizó adecuación semántica que implicó el ajuste idiomático y redacción de los 41 ítems. La versión modificada con readecuación semántica reportó un grado de comprensibilidad mayor al 85 %. El índice de validez de contenido fue de 0,90 y la consistencia interna fue de 0,88.

La puntuación se basa en una escala de 1 a 5, donde 1 representa la inexistencia, ausencia o valoración negativa del aspecto descrito en el ítem y 5 corresponde a la máxima presencia o valoración positiva del aspecto descrito en el enunciado del ítem. A la dimensión bienestar físico corresponden 18 preguntas distribuidas en

dos subdimensiones: carga física y carga percibida sobre el desempeño de roles. El bienestar psicológico se evalúa con las preguntas 18 a 25, relacionados con angustia ante el diagnóstico inicial, tratamiento, tiempo del tratamiento, ansiedad, depresión, miedo a futuros exámenes, segundo diagnóstico y deterioro por la enfermedad. El bienestar social y espiritual se valora con los ítems 27, 28 y 30 relacionados con nivel de apoyo, preocupación familiar e impacto en la sexualidad y las preguntas 35, 36, 37, 39 y 41 que se relacionan con participación en actividades religiosas, necesidad de reflexión, transformación espiritual, cambios positivos relacionados con la enfermedad, esperanza frente situación actual. A la dimensión formas de afrontamiento de la enfermedad corresponden las preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 40, relacionadas con la percepción de la calidad de vida, felicidad, control sobre los aspectos que afectan la vida diaria, satisfacción con la vida, capacidad de concentración y memoria, sentimiento de utilidad y sentido de vida.

Para determinar la funcionalidad familiar se aplicará el instrumento APGAR familiar, diseñado en 1978 por el Dr. Grabiell Smilkstein, validado en Colombia en el 2006 por Forero *et al.*, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,79 (15). Cuestionario autoadministrado que consta de 5 preguntas cerradas y que ha sido diseñado para obtener una evaluación general, rápida y sencilla de la integridad de la función familiar. Mide el grado de satisfacción con que se perciben 5 áreas: la adaptabilidad, la cooperación, el desarrollo, la afectividad y la capacidad resolutoria de la familia. Cada pregunta se puntúa con una escala que va de 0 a 2, en la que 0 equivale a “casi nunca”, 1 a “a veces” y 2 a “casi siempre”, obteniéndose un índice final entre 0 y 10. Las familias se clasifican como normo funcionales con puntajes entre 7 y 10, modernamente disfuncionales con puntaje entre 4 y 6 puntos y gravemente disfuncional entre 0 y 3 puntos.

El análisis estadístico se basó en la elaboración de tablas de frecuencia simple para las variables de la encuesta de caracterización de las personas con enfermedad crónica, el cálculo de medidas descriptivas en variables numéricas y de las puntuaciones obtenidas para las escalas de calidad de vida y de funcionalidad familiar APGAR. Para establecer la relación entre la percepción de calidad de vida y funcionalidad familiar se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que las puntuaciones obtenidas no cumplieron con los supuestos de normalidad. Adicionalmente, a fin de establecer la asociación entre los resultados por escalas y las variables socio demográficas, el contraste de hipótesis se llevó a cabo mediante pruebas no paramétricas U de Mann Whitney para comparación entre dos grupos, y la prueba H de Kruskal Wallis para la comparación entre más de dos grupos. Las conclusiones obtenidas se proporcionaron bajo un nivel de significancia de 0,05.

En el desarrollo del estudio se aplicó la normatividad ética en la investigación definida en Colombia mediante la Resolución 008430 de 1993, que se diligenció con consentimiento informado por parte de los participantes, autorización de uso

por parte de los autores de los instrumentos y aprobación por el Comité de Ética de la institución de salud de referencia.

Desarrollo de caracterización del paciente con enfermedad crónica. Características sociodemográficas

A la investigación fueron vinculados 355 pacientes con enfermedad crónica. La edad promedio en los pacientes es $60 \pm 14,8$ años, con rango entre 19 y 98 años; el 58,3 % de los casos corresponde a hombres y el 41,7 % a mujeres.

Los pacientes en su mayoría tienen bajo nivel educativo (17,4 % sin escolaridad, 50,4 % primaria). Respecto al estado civil, la mitad corresponde a personas con pareja estable (39,2 % casados, 10,7 % unión libre), y la otra mitad a personas sin pareja estable (23,4 % solteros, 17,7 % viudos y 9 % separados).

Dada su condición actual, la mayoría de los pacientes tiene como ocupación las labores del hogar (56,9 %); el 24,2 % se desempeñan como trabajadores independientes y el 11,5 % como empleados. En los pacientes valorados predomina la religión católica (77,2 %), y su nivel de compromiso religioso es medio (57,2 %).

Percepción de carga y apoyo

Del total de pacientes valorados, el 61,3 % son personas hipertensas, el 27,3 % padecen diabetes mellitus y el 21,4 % ambas enfermedades. Con relación al tiempo de diagnóstico, en promedio cada paciente lleva con su enfermedad crónica $10,6 \pm 9,3$ años, con rango entre 0 y 45 años. El 65,9 % de los pacientes cuentan con un único cuidador, que en la mayoría de los casos corresponde a los hijos(as) (39,7 %) y a la esposa(o) o pareja estable (38,6 %). En promedio, cada paciente requiere diariamente para su cuidado $12,2 \pm 9,1$ horas; sin embargo, hay pacientes que requieren de la presencia del cuidador las 24 horas (29 %).

Respecto al nivel de satisfacción frente al apoyo recibido por sus cuidadores y familiares en los diferentes ámbitos, la mayoría de los pacientes exhibe un grado de satisfacción medio-bajo. Predomina en orden de importancia el apoyo familiar, religioso y social. En menor grado de satisfacción está el apoyo económico y psicológico al indagar sobre la percepción de carga frente a sus familiares por su condición. A nivel general, se observó que la mayor parte de los pacientes considera que son una carga baja para sus familiares (57,2 %), mientras que el 28,5 % considera que es una carga moderada. El 10,7 % se considera una carga alta para sus familiares y el 3,7 % una carga muy alta.

Frente a los niveles de bienestar con relación a la condición y calidad de vida actuales, el mayor grado de bienestar se observa respecto a factores espirituales, seguido de sociales y psicológicos, el bienestar físico es el de menor promedio de

satisfacción. A nivel general, los pacientes exhiben un nivel de satisfacción medio-bajo.

Uso tecnologías de información y comunicación

Al indagar en los pacientes frente al uso de las TIC como herramientas útiles para recibir información sobre la enfermedad y su cuidado, en los pacientes predomina un nivel de conocimiento, posibilidad de acceso y frecuencia de uso bajo, principalmente en lo que concierne al computador e internet. Respecto al televisor y radio, predomina el nivel de conocimiento alto, pero con posibilidad de acceso y frecuencia de uso media. Igualmente es muy bajo el uso de las TIC como apoyo al cuidado del paciente apenas el 12,4% de los pacientes informó su uso.

Funcionalidad y estado mental

Se valoró la funcionalidad en los pacientes a través de la escala PULSES, al igual que su estado mental a través de la escala SPMSQ – PFEIFFER. Acorde a los resultados obtenidos, el 20,6% de los pacientes exhibió mediano grado disfunción o dependencia, mientras que un 3,7% presentó severa disfunción o dependencia. Frente a los resultados de la escala de valoración del estado mental, en el 71,5% está intacta; no obstante, el 21,7% presentó alteración intelectual mínima, el 5,4% moderada y el 1,4% severa.

Calidad de vida de las personas con enfermedad crónica

Respecto a la valoración de la calidad de vida, la Tabla 11 contempla las medidas descriptivas por dimensión. El promedio grupal en cada dimensión es cercano a la puntuación mediana posible en cada una de ellas, lo que implica una percepción de mediana afectación general en su calidad de vida. A nivel general, la puntuación media de la escala fue $116 \pm 19,5$, con rango entre 62 y 157 puntos y el 50% de los cuidadores obtuvo una puntuación superior o igual a 119, de un total de 205 puntos posibles.

Tabla 11. Medidas descriptivas para puntuaciones dimensión de calidad de vida

Dimensión	Ítems	Rango de puntuación n posible	Media	ds	Mediana	Mínimo	Máximo
Bienestar físico	18	18 - 90	51,7	12,3	53	22	90
Bienestar psicológico	8	8 - 40	25,6	5,8	27	8	40

Dimensión	Ítems	Rango de puntuación n posible	Media	ds	Mediana	Mínimo	Máximo
Bienestar social y espiritual	8	8 - 40	21,6	3,7	22	8	31
Formas de afrontamiento	7	7 - 35	17,2	4,4	17	7	30
Calidad de vida	41	41 - 205	116,0	19,5	119	62	157

Nota: datos aplicación versión modificada del instrumento calidad de vida de Betty Ferrell para personas con enfermedad crónica.

Con relación a la dimensión de bienestar físico, frente a la carga física los ítems con menor puntuación promedio sobre los cuales los pacientes exhiben positiva calidad de vida son su funcionamiento sexual, la no molestia por la presencia de náuseas o estreñimiento, y la forma de verse como persona. El ítem con mayor promedio y por ende con percepción negativa de calidad de vida, son los cambios que la enfermedad ha causado en su apariencia, el cansancio/agotamientos provocados por su enfermedad, así como su salud física actual.

Respecto a la carga percibida por el desempeño de roles, predomina la percepción positiva de calidad de vida en lo que respecta al no sentirse aislado por causa de su enfermedad, el mantener sus relaciones personales, y la no interferencia con sus labores en el hogar. Aspectos con valoración de tendencia negativa se encuentran la percepción de empeoramiento de su estado de salud, la dificultad en el manejo de la rutina diaria con la enfermedad, el impacto económico de la enfermedad y su tratamiento, y la incertidumbre frente al futuro.

En cuanto al bienestar psicológico, los ítems con menor promedio, es la poca frecuencia de sentirse ansiosos o deprimidos como consecuencia de su enfermedad crónica, así como mantener la calma con su tratamiento actual. La percepción negativa de calidad de vida se observó frente al temor de sufrir otra enfermedad adicional, el deterioro que pueda causar su enfermedad actual, y la angustia que generó su diagnóstico inicialmente.

En la dimensión social y espiritual, específicamente en lo concerniente a la interacción social, los pacientes exhiben positiva calidad de vida frente a la preocupación por parte de sus familiares por su enfermedad y el apoyo recibido por otros para manejar su enfermedad. A nivel espiritual, se observa que los pacientes reflejan una percepción negativa de calidad de vida, puesto que las puntuaciones promedio observadas fueron bajas excepto en que asocian su enfermedad con cambios positivos en su vida.

En cuanto a las formas de afrontamiento, en todos los ítems se observaron puntuaciones bajas, lo cual implica una percepción baja o negativa de cada uno de ellos, especialmente en lo que concierne al sentir satisfacción con su vida actual y sentirse felices.

Funcionalidad familiar (APGAR)

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. A nivel general, se observó una puntuación promedio de $8,4 \pm 2,3$, con rango entre 0 y 10 (Tabla 12). Analizando individualmente cada ítem, el 76,1 % está contento con el poder recurrir a su familia en busca de ayuda; el 70,7 % está satisfecho con el modo en que sus familiares hablan y comparten sus problemas; el 69 % siempre le agrada pensar que su familia acepta y apoya sus deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección; el 71,5 % siempre le satisface el modo en que su familia expresa su afecto y responde a sus emociones; el 75,5 % le satisface la forma en que su familia comparte tiempo juntos. Aunque predomina un alto grado de satisfacción, se observaron pacientes que coinciden en que las anteriores situaciones ocurren solo en algunas ocasiones, en una proporción que oscila entre el 20,3 % y 26,2 %, mientras que entre el 2,5 % y 5,1 % no existe satisfacción alguna en su situación actual con su familia, dada su enfermedad actual.

Tabla 12. Medidas descriptivas para puntuaciones observadas en APGAR familiar

Escala	Ítems	Rango de puntuación posible		Media	ds	Mediana	Mínimo	Máximo
APGAR familiar	5	0	10	8,4	2,3	10	0	10

Nota: datos de aplicación de APGAR familiar.

De acuerdo con la clasificación de los resultados para la escala APGAR, se logró determinar que el 82 % de los pacientes cuentan con una familia muy funcional; sin embargo, el 13 % posee una familia moderadamente disfuncional y el 5 % de familia con grave disfunción. Familias que necesitan una mayor intervención por parte del personal de enfermería y la solución de problemas asociados al estado de salud del paciente.

Comportamiento de la calidad de vida y funcionalidad familiar

Al establecer la relación entre los resultados obtenidos para calidad de vida y APGAR familiar (Tabla 13), se observó un coeficiente de correlación igual a $-0,08$, concluyéndose que la percepción de calidad de vida en estos pacientes es independiente al grado de funcionalidad al interior de sus familias ($p = 0,129$).

Tabla 13. Matriz de correlaciones entre escalas calidad de vida y funcionalidad familiar

	Escalas	Calidad de Vida	Apgar Familiar
Calidad de vida	Coefficiente de correlación	1	-0,08
	Valor p		0,13
	N	355	355
Apgar familiar	Coefficiente de correlación	-0,08	1
	Valor p	0,13	
	N	355	355

Nota: base de datos de investigación.

Comportamiento de la calidad de vida, características demográficas y funcionalidad familiar

Las puntuaciones para las escalas calidad de vida y APGAR familiar no cumplieron los supuestos de normalidad, acorde con los resultados de la prueba de Kolmogorov Smirnov ($p > 0,05$). Por lo anterior el contraste de hipótesis se hizo bajo pruebas no paramétricas. Para la comparación entre dos grupos se utilizó la prueba U de Mann Whitney, mientras para comparación entre más de dos grupos se utilizó la prueba H de Kruskal Wallis. Las conclusiones se dieron bajo un nivel de significancia de 0,05.

Al evaluar la relación de las características sociodemográficas con la percepción de calidad de vida se evidenciaron diferencias significativas respecto al género ($p = 0,003$), observándose que las puntuaciones promedio para la escala fue significativamente mayor en el género femenino. Igualmente se observaron diferencias significativas respecto al estrato socioeconómico, determinándose que, a mayor estrato, mejor percepción de calidad de vida de los pacientes ($p = 0,001$). Respecto a las variables edad, escolaridad y estado civil no se observan diferencias entre las puntuaciones globales para la escala ($p > 0,05$). Aunque la tendencia respecto a la ocupación es que los pacientes con algún tipo de labor independiente expresan mejor calidad de vida, no se pudo concluir que existan diferencias significativas respecto al grupo de pacientes que se dedican a las labores del hogar u otra actividad ($P = 0,053$).

Frente a la relación de las características sociodemográficas con la escala APGAR familiar, se evidenciaron diferencias significativas únicamente respecto al estado civil, donde se observó que las puntuaciones son significativamente mayores en personas con pareja estable ($p = 0,001$). Para el resto de las variables, el comportamiento de la puntuación promedio de la escala funcionalidad familiar es similar entre subgrupos (Tabla 14).

Tabla 14. Características demográficas, calidad de vida y APGAR familiar

Variable	Categorías	n	CALIDAD DE VIDA			APGAR FAMILIAR		
			Promedio	ds	valor p	Promedio	ds	valor p
Género	Masculino	148	112,5	20,1	0,003	8,3	2,4	0,995
	Femenino	207	118,4	18,7		8,5	2,2	
	35 o menos	27	122,1	24,9		9	1,7	
Edad	35 - 59	138	115,7	19,1	0,070	8,3	2,2	0,237
	60 o más	190	115,3	18,5		8,5	2,4	
	Ninguno	62	115,6	18,1		8,1	2,6	
Grado máximo de escolaridad	Primaria	179	116,6	18,7	0,830	8,3	2,5	0,203
	Secundaria	85	116,5	20,3		8,6	2	
	Técnico	8	113,1	27,1		9,2	0,9	
	Profesional	21	110,4	23,7		9,5	1,2	
Estado civil	Con unión estable	177	114,2	20,4	0,159	8,9	1,9	0,001
	Sin unión estable	178	117,7	18,4		7,9	2,6	
	Hogar	202	117,5	18,6		8,5	2,5	
Ocupación	Independiente	86	111,5	19,3	0,053	8,8	2,1	0,075
	Otras	67	117,2	21,5		8	2,5	
Nivel socioeconómico	Estrato 1	186	117,2	17,6	0,001	8	2,7	0,063
	Estrato 2	131	113,2	20,3		8,9	1,8	
	Estrato 3	35	122,8	21,6		8,8	1,6	
	Estrato 4	3	78,6	11,2		8,7	1,5	

Nota: base de datos de investigación.

Los resultados obtenidos en las características demográficas de los participantes guardan correspondencia con la literatura, respecto a la edad, aun cuando las ECNT tienen presencia y elementos comunes en las diferentes etapas de la vida, se asocian más a los grupos de edad más avanzada, en todas las regiones y países del mundo, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos (1). Por otra parte, estudios (18-21) realizados con enfermos crónicos en el contexto colombiano coinciden con los hallazgos al reportar características demográficas similares, a excepción de los porcentajes de pacientes de género femenino, los cuales en su mayoría son levemente mayores.

El nivel educativo se ha asociado a mejores conductas preventivas y al fortalecimiento de las relaciones personales, sociales e integración social frente a la EC, así como niveles educativos bajos y medios con mayor prevalencia de factores de riesgo. El

contar con una relación de pareja puede ser un factor de ayuda para muchos de los enfermos, en la toma de decisiones y frente a la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria cuando su salud se deteriora. La enfermedad crónica se asocia a la ausencia de trabajo remunerado, lo cual disminuye la productividad y empobrece a las familias, por lo cual la carga de la enfermedad se determina alrededor de los años de vida productivos perdidos (22).

Respecto al apoyo en el cuidado y la percepción de carga del enfermo crónico, en el estudio se destaca que los participantes tienen en promedio 10,6 años con la enfermedad, la mayoría tiene un único cuidador, rol que es desempeñado principalmente por hijas (os) y esposas(os), que dedican en promedio 12 horas del día a su cuidado. Estos resultados ratifican lo reportado en la literatura con relación al papel protagónico de la familia en el apoyo al cuidado del enfermo crónico. En Latinoamérica y en Colombia la mayor parte de las personas en situación de enfermedad crónica son cuidadas por su familia (23), entre las características de los cuidadores familiares, se ha descrito que son principalmente mujeres quienes lo proveen, en edades productivas y con vínculo directo con el receptor de cuidado (esposas, hijas, madres), con bajo nivel educativo y ausencia de actividad laboral formal. Cuidan a la persona desde el momento del diagnóstico con diferencias en las horas dedicadas al cuidado que va desde menos de 6 horas al día a cuidado permanente, lo cual se ha asociado a la percepción de carga (24-27).

Con relación al nivel de satisfacción respecto al apoyo recibido los enfermos crónicos participantes en este estudio exhibieron un nivel medio-bajo, predominando en orden de importancia el apoyo familiar, religioso y social. El menor grado de satisfacción estuvo en el apoyo económico y psicológico. En este componente los resultados encontrados en la literatura son diversos, no solo por la complejidad y multifactorialidad del apoyo social sino por lo particular de la experiencia de la enfermedad para cada individuo y la influencia cultural. En lo que se encuentra coincidencia es en reconocimiento del apoyo familiar por parte de los enfermos crónicos, seguido del religioso y el social: siendo el apoyo psicológico y el económico los menos percibidos de manera general (7, 28). En general estos resultados como los encontrados en otros estudios, confirman que en el caso de la enfermedad crónica la familia es el principal proveedor de apoyo social y de apoyo emocional, a través del afecto y la afirmación, apoyo que promueve el desarrollo de actitudes positivas ante la misma y ayuda a las personas a reducir el estrés (29).

Sobre la percepción de carga del enfermo para sus familiares por su condición el estudio reporta los mayores porcentajes en los niveles de baja y moderada carga, lo cual coincide con otros estudios en los que la población comparte algunas características respecto al diagnóstico clínico, nivel de funcionalidad y estado cognitivo, nivel socioeconómico y ocupación (30, 31). La percepción de carga en el enfermo crónico puede estar determinado no solo por su nivel de bienestar

sino por el reconocimiento del impacto que su situación de salud ha generado en su entorno familiar por los cambios en el desempeño de roles a nivel personal y en sus cuidadores, el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria y en la economía familiar entre otros. Frente a los niveles de bienestar con relación a la condición y calidad de vida actuales los participantes manifestaron un nivel medio-bajo, siendo el bienestar espiritual el de mayor percepción y el bienestar físico el menor percibido, resultados que coinciden con otros estudios (28). El enfrentamiento a los problemas relacionados con el cuidado y el impacto de la enfermedad en los diferentes aspectos de la vida y el apoyo social recibido pueden determinar la percepción de bienestar del enfermo.

Respecto al estado de salud de las personas con enfermedad crónica participante, se encontró que un 24,3% tiene algún nivel de alteración funcional y un 28,5% alteración en su estado cognitivo. De manera general los participantes presentan bajo nivel de dependencia, lo cual puede relacionarse con la percepción de carga para sus familiares por su condición, en la cual la mayor parte de los pacientes considera que son una carga baja y moderada para sus familiares. Estos resultados guardan correspondencia con la reportado por Torres *et al.* respecto al nivel de funcionalidad física y cognitiva y la percepción de carga para la familia, planteando que estos elementos no son necesariamente críticos para el reconocimiento de la labor de cuidado, que el establecimiento de la relación cuidador receptor de cuidado no está supeditada a la existencia de altos niveles de dependencia (30). Autores reportan que la funcionalidad reflejada en las actividades sociales, el sueño, el bienestar psicológico, la calma, los problemas físicos, entre otros pueden afectar la calidad de vida del paciente, el cuidador y de la familia, por lo cual es importante determinar el grado de funcionalidad para determinar las intervenciones necesarias en el cuidado del paciente y la prevención de cansancio en el cuidador (32).

Aun cuando no se encuentran en la literatura estudios que apliquen la versión modificada del instrumento de calidad de vida en enfermedad crónica de Betty Ferrel validada por Corredor, estudios que abordan el fenómeno con otros instrumentos permiten analizar comparativamente los resultados obtenidos.

En la valoración de la calidad de vida se identificó una afectación general de nivel medio, es decir que, aunque los puntajes promedios alcanzados no son altos si evidencian como la experiencia de la enfermedad afecta los diferentes componentes de calidad de vida. Al confrontar los resultados con la literatura, se encuentran resultados diversos respecto a la percepción de calidad de vida en los enfermos crónicos, entre ellos Olaya y Carrillo (33), quienes reportan en personas con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal el predominio de una percepción alta de la calidad de vida en cada una de las dimensiones, identificando el dolor y las alteraciones del sueño como los indicadores reportados por los

participantes como los que generan mayor alteración en la percepción de su calidad de vida en la dimensión física.

De otra parte, estudios de calidad de vida en pacientes diabéticos como el de Guerrero *et al.* (34) reportan niveles moderados y bajos de calidad de vida, lo cual asocian con él con el deterioro de las habilidades y capacidades necesarias para afrontar las complicaciones generadas por la enfermedad; y el de Salazar *et al.* (35), quienes encontraron gran afectación en calidad de los pacientes participantes, lo cual relacionaron con el hecho de que la mayoría de los pacientes presenta complicaciones tardías de la diabetes por la media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, igualmente que el mayor resultado negativo de la diabetes en la calidad de vida se asoció con el género masculino, con el ingreso menor al promedio y con la presencia de complicaciones por la diabetes.

Así mismo, el estudio cualitativo de Segura y Barrera (36), con una muestra de personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial, en el análisis de las entrevistas realizado sobre la percepción general de la calidad de vida evidencian que la percepción de calidad de vida fluctúa de acuerdo con la exacerbación de los síntomas, sin embargo, reconocen la afectación que la enfermedad ha tenido en su calidad de vida por las limitaciones generadas.

En conjunto estos resultados confirman las conclusiones de algunos autores sobre la calidad de vida, con relación a que es subjetiva, que el puntaje asignado en la valoración a cada dimensión es diferente en cada persona y que los valores asignados a las diferentes dimensiones pueden cambiar a través de la vida (37). Así mismo corresponden a la definición que de calidad de vida da la OMS “en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” (10).

En cuanto a la dimensión bienestar físico, los resultados tuvieron un comportamiento similar a la valoración general, con un nivel medio o moderado, encontrándose entre los ítems de mayor afectación: los cambios que la enfermedad ha causado en su apariencia, el cansancio/agotamiento provocados por su enfermedad, así como su salud física actual; la percepción de empeoramiento de su estado de salud, la dificultad en el manejo de la rutina diaria con la enfermedad, el impacto económico de la enfermedad y su tratamiento, y la incertidumbre frente al futuro. Resultados que corresponden a lo reportado en la literatura, en la cual personas con enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, identifican la dimensión física como la más afectada por las limitaciones que ocasiona la enfermedad, como malestar, cansancio, alteraciones en la función y actividad física, la salud general, los efectos del tratamiento mismo y afectación del rol (36, 38-40). Por su parte,

Nolasco *et al.* (41), concluyen en su estudio de análisis de factores asociados a la calidad del paciente hipertenso que la disminución de la calidad de vida en la población de su muestra está relacionada con tener algún grado de dependencia y no con padecer HTA, siendo las dimensiones relacionadas con la salud general, la función física y el dolor las más afectadas.

En el bienestar psicológico se identifica un nivel medio de calidad de vida en los participantes, destacándose percepción positiva en la poca frecuencia de sentir ansiedad o depresión como consecuencia de la enfermedad crónica, así como en mantener la calma con su tratamiento actual. La percepción negativa se observó frente al temor de sufrir una enfermedad adicional, el deterioro que le pueda causar la enfermedad actual, y la angustia que generó el diagnóstico inicial. Estos resultados coinciden con el estudio de Vinaccia *et al.* (38), quienes encontraron que la mayoría de las personas afectadas por diabetes mellitus perciben que los problemas emocionales relacionados con la enfermedad no interfieren con su trabajo y sus actividades diarias. No presentaron niveles importantes de depresión y ansiedad, tienen adecuado control emocional y de conducta.

Según lo plantea Alvarez *et al.* (42), desde el punto de vista psicosocial, los padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan significativamente el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y las personas cercanas. En personas diabéticas se ha informado de mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía; y en la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica.

Respecto a la dimensión social y espiritual, específicamente en lo concerniente a la interacción social, los pacientes exhiben positiva calidad de vida frente a la preocupación por parte de sus familiares por su enfermedad y el apoyo recibido por otros para manejar su enfermedad, resultados que coinciden con otros reportes en la literatura (43). El apoyo social en condiciones de enfermedad crónica es una variable de la dimensión social ampliamente estudiada y según refieren Vinaccia y Quiceno (6), en muchos de los estudios se encuentra que el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal asistencial, amigos, compañeros de trabajo y familiares, puede servir de amortiguador de los efectos de las emociones negativas creados por las enfermedades y el tratamiento.

En lo espiritual, se observa que los pacientes reflejan una percepción negativa de calidad de vida, esta dimensión se relaciona con encontrar significado a la experiencia de la enfermedad y mantener la esperanza, el propósito de vida, la falta de certeza y la trascendencia. En la literatura se describe como la parte del ser humano que busca significado y propósito en la existencia, que le permite trascender más allá del acá y ahora; es subjetiva, compleja e intangible, permea y vitaliza todas las otras dimensiones del ser humano de tal manera que todos

los demás valores, pensamientos, comportamientos, decisiones, experiencias y preocupaciones están relacionadas con ella (44).

Los resultados en esta dimensión no corresponden a los hallazgos en la literatura, en los que se reportan puntajes promedio buenos en la dimensión espiritual de la calidad de vida señalando el papel trascendental que la espiritualidad tiene en la percepción de calidad de vida, reconociéndose como un elemento amortiguador o protector para la persona que sufre la enfermedad y su familia (33). Otro elemento a considerar en los resultados en esta dimensión es que los pacientes expresaron un compromiso religioso medio, lo cual haría suponer una mayor percepción de bienestar espiritual, sin embargo, pone en evidencia que no son homologables lo espiritual y lo religioso.

En la dimensión 'formas de afrontamiento' se encontró una percepción baja o negativa de cada uno de ellos, especialmente en lo que concierne al sentir satisfacción con su vida actual y sentirse felices. Vinaccia (7), en su estudio sobre los aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida en la enfermedad crónica, resalta la definición de Schwartzmann (2003) de calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Bajo esta perspectiva la calidad de vida se puede considerar como una valoración en la que la persona da una respuesta cognoscitiva seguida de una reacción emocional, que reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas.

La respuesta social ante la enfermedad puede generar que las personas adopten estrategias como el aislamiento social, el encubrimiento y manejo de secretos para lidiar con el estigma y las situaciones de discriminación en las redes sociales en las que está inserto, hasta lograr un sentido de equilibrio a través de un proceso de reestructuración de identidad que se inicia desde los primeros vínculos con la enfermedad. Sin embargo, la señalización social puede también motivar la búsqueda de atención de salud y, con ello, sentir aumentadas y fortalecidas las redes de apoyo social a partir de la interacción edl personal de salud, de otras personas con enfermedades crónicas y las redes sociales tradicionales (45).

Respecto a la funcionalidad familiar en los enfermos crónicos participantes, los resultados guardan correspondencia con otros estudios, como el Concha y Rodríguez (46), sobre la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados, en el cual la mayor parte (80,5 %) presentan una funcionalidad familiar adecuada según el test apgar familiar de Smilkstein y una proporción significativa (19,5 %) registra niveles de funcionalidad moderada o disfunción severa. Zavala (47) en el estudio de funcionalidad familiar y ansiedad en personas con enfermedad crónica, bajo los referentes de Friedemann de efectividad

de funcionamiento familiar, encontraron que el 91 % de los pacientes manifestó que integran una familia funcional.

Se ha planteado que la funcionalidad de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. La familia funcional es aquella capaz de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, y en general la que no sufre crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad en la familia está asociada a diferentes características del sistema familiar como la cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, los vínculos, entre otros (48). Se ha documentado que la comunicación efectiva, la efectividad, la adaptabilidad, el desarrollo, el apoyo emocional, económica y de información son funciones esenciales de la familia que tiene efecto positivo en la recuperación de salud, por lo cual familias que no cumple estas funciones o no saben manejar el estrés que produce la enfermedad, influirán negativamente en la evolución de esta (46).

Al establecer la relación entre los resultados obtenidos para calidad de vida y funcionalidad familiar, se observó un coeficiente de correlación igual a $-0,08$, concluyéndose que la percepción de calidad de vida en estos pacientes es independiente al grado de funcionalidad al interior de sus familias ($p = 0,129$). Para la comparación de los resultados de estudio con lo reportado en la literatura, se encuentran pocas referencias que busquen establecer relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de enfermos crónicos. Entre los hallazgos se encuentra el estudio de Ávila Espinoza (49), quien evaluó la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos, obteniendo como resultados que el 87,2 % de los pacientes y el 90,6 % de las familias identifican sus familias como funcionales. Respecto a las percepciones sobre la Calidad de vida el estado de salud general, los datos derivaron en un estado de salud casi excelente (promedio de 4,8 y de 4,6), pero con una calidad de vida general baja. Reportando correlación entre la percepción de salud general alta y la funcionalidad familiar. Enfatizando que la funcionalidad familiar se presenta como un factor predictor de la calidad de vida y del estado de salud general de los pacientes oncológicos, mejorando las expectativas sobre el curso de la enfermedad.

Por su parte, Caqueo y Urizar, en su estudio sobre calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana reportaron que, a pesar de las limitaciones de recursos económicos, sanitarios y comunitarios, los pacientes de esta muestra indican niveles adecuados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar; lo cual confirma la importancia de la familia como red social de apoyo emocional (50).

Es de anotar, que si bien se encuentran pocos referentes que relacionen las variables calidad de vida y funcionalidad familiar en enfermedad crónica, si se ha relacionado

la funcionalidad familiar con el automanejo de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el control de la patología y la presencia de problemas emocionales como la ansiedad (46, 47, 51-53). La familia se identifica como la principal fuente de apoyo en diferentes contextos. Se ha demostrado que la participación familiar amortigua algunos efectos de los síntomas del paciente, en especial los psicológicos y que incide más en los comportamientos saludables que en el apoyo social general. Por ello, una mejor comprensión del funcionamiento de la familia y de la salud puede ofrecer explicaciones más profundas de sus efectos en el cuidado de la salud (54, 55).

Al evaluar la relación de las características sociodemográficas con la percepción de calidad de vida se evidenciaron diferencias significativas respecto al género, observándose mayor afectación en la calidad de vida de las mujeres. Igualmente se observaron diferencias significativas respecto al estrato socioeconómico, determinándose que, a mayor estrato, mejor percepción de calidad de vida de los pacientes. Respecto a las variables edad, escolaridad y estado civil no se observan diferencias entre las puntuaciones globales para la escala. Aunque la tendencia respecto a la ocupación es que los pacientes con algún tipo de labor independiente expresan mejor calidad de vida, no se pudo concluir que existan diferencias significativas respecto al grupo de pacientes que se dedican a las labores del hogar u otra actividad.

Resultados que difieren de los estudios realizados por Bautista y Zambrano (56), quienes no encontraron diferencias significativas en la calidad (general y por dimensiones) con respecto al género; identificaron diferencias significativas respecto al estado civil, pues se observó mayor deterioro en la calidad de vida en pacientes sin pareja, que en aquellos con una relación estable. Por su parte Nolasco *et al.* (90) no identificaron diferencias significativas en la calidad de vida entre hombres y mujeres, sin embargo, encontraron diferencias significativas entre la edad y las dimensiones de la calidad de vida, lo cual explican con la acentuación de las carencias en edades avanzadas especialmente en el ámbito físico. Guerrero *et al.* (57) en su estudio de calidad de vida y autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus 2 no observaron diferencias en la calidad de vida y sus dimensiones con relación a las características sociodemográficas.

Conclusiones

Las características sociodemográficas de los enfermos crónicos son la edad, escolaridad, nivel socioeconómico y estado civil corresponden al perfil epidemiológico relacionado con la prevalencia de la hipertensión arterial y diabetes en el país y en América Latina, evidenciando la necesidad de establecimiento de programas de atención en salud integrados y continuos que favorezcan la prevención y control de estas patologías por su impacto en la calidad de vida, estado

de salud y bienestar de quienes las padecen y su familia, y en el sistema de salud por la carga de enfermedad que representan.

En los aspectos relativos a la relación de cuidado como identificación de un cuidador principal, cuidado desde el diagnóstico de la enfermedad y el tiempo dedicado al cuidado, así como el predominio de una baja percepción de carga para su familia por parte del enfermo probablemente relacionado con bajo compromiso de la funcionalidad física y cognitiva, ratifican el papel de la familia como principal agente de cuidado del enfermo crónico en contexto regional y en Colombia, especialmente en poblaciones vulnerables por sus condiciones socioeconómicas y nivel educativo, lo cual evidencia la necesidad de que enfermería direcciona sus intervenciones al cuidado del grupo familiar, documentando y validando los resultados de las mismas.

Respecto a la calidad de vida existe una afectación general de nivel medio, es decir que, aunque los puntajes promedios alcanzados no son altos si evidencian como la experiencia de la enfermedad afecta los diferentes componentes de calidad de vida especialmente en las mujeres de niveles socioeconómicos bajos y sin una relación de pareja. Sin desconocer la subjetividad de la valoración de la calidad de vida, estos resultados señalan la importancia de considerar la calidad de vida como una variable para tener en cuenta en la planeación y evaluación del cuidado, especialmente en la atención de personas en situación de enfermedad crónica.

La identificación de una adecuada funcionalidad familiar puede entenderse como una fortaleza, especialmente por representar el principal sistema de apoyo para las personas en condiciones crónicas no solo a nivel instrumental, económico y afectivo, sino en el proceso de toma de decisiones y la adopción de conductas promotoras de salud en el autocuidado. Lo cual debe ser objeto de estudio.

Al establecer la relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar en personas con enfermedad con hipertensión y diabetes, se concluye que la percepción de calidad de vida en estos pacientes es independiente al grado de funcionalidad al interior de sus familias, indicando que para este estudio la afectación de la calidad de vida está determinada por otros factores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades Crónicas*. OMS. 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. ONU: “Resolución A/RES/70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”; 2015. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>
4. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) Colombia; 2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
5. Cantillo-Medina C, Sánchez-Castro L, Ramírez-Guerrero A, Muñoz-Bolaños M, Quintero-Penagos H, Cuero-Montaña S. Calidad de vida y caracterización de las personas con enfermedad renal crónica trasplantada. *Enferm Nefrol*. 2021;24(1):83-92. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000100009&lng=es.
6. Vinaccia S, Quiceno M. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psycholog Avanc*, 2012. 6(1), 123-136. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
7. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas Diversitas. *Perspect en Psicolog*, 2005;1(2), 125-137. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
8. Caicedo I. *La calidad de vida en el envejecimiento y en el cuidado. Manual de cuidadores de personas mayores*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
9. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Residente*. 2016;11(3):120-125.
10. WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? *Foro mundial de la salud*. 1996;17(4):385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
11. Ferrell B, Dow H, Grant M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Qualty Life Res*. 1995;4(6):523-31

12. Achury D, Castaño H, Gómez L, Guevara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investig Enfermer Imag Desar.* 2011; 13(1), 27-46. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632>
13. Corredor L, Carrillo G, Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell en español para personas con enfermedad crónica. *Investig Enferm.* 2016; 18(1):129-148. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12041>
14. Ferrell B, Hassey K. Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology.* 1997; 11(4), 565-571. <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/quality-life-among-long-term-cancer-survivors>
15. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Psiquiat.* 2006. 35(1), 23-29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635103>
16. Pérez-Caro AM, Moreno-Méndez JH. *Funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con salud: una revisión narrativa. Perspectivas de investigación psicológica: aportes a la comprensión e intervención de problemas sociales.* 2021.
17. Corredor L, Carrillo G. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell en español para personas con enfermedad crónica. *Investig Enferm.* 2016; 18(1):129-148. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12041>
18. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe.* 2012;29(1):87-104. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171006>
19. Carrillo-González G, Barreto-Osorio R, Arboleda L, Gutiérrez-Lesmes O, Melo B, Ortiz T. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Rev.fac.med.* 2015; 63(4): 668-675. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000400012&lng=en.
20. Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo. *Situación de la enfermedad renal crónica hipertensión arterial y diabetes mellitus en colombia;* 2015 https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situaci%C3%B3n_de_la_Enfermedad_Renal_Cr%C3%B3nica_en_Colombia_2015.pdf

21. Aldana E, Barrera Y, Rodríguez K, Gómez O, Carrillo G. Competencia para el cuidado (cuidar) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm nefrol.* 2016;19(3):265-273. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300009&lng=es.
22. Barrera L, Vargas E, Cendales PA. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. [Internet]. *Investig Enferm.* 2015;17(1):27-43. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.eccp>
23. Barrera L, Pinto N, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. *Cuidado a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
24. Vega-Angarita OM. Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias. *Rev. cienc. ciudad.* 2016; 13(1): 9-22.
25. Carrillo-González GM, Barreto-Osorio RV, Arboleda LB, Gutiérrez- Lesmes OA, Melo BG, Ortiz VT. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Rev. Fac. Med.* 2015; 63(4):665-75.
26. Pérez M, Llibre J. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Rev Cubana Enfermer.* 2010; 26(3): 110-122. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300003&lng=es.
27. Carrillo M, Chaparro D, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. *Cienc. enferm.* 2014; 20(2): 83-91. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009&lng=es.
28. Figueredo N. Compañero de vida: enfermedad crónica. Un estudio de caso. *Index Enferm.* 2014;23(12),46-50. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100010&lng=es
29. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* 2009;(16). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
30. Torres-Pinto X, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2017; 49(2): 330-338.
31. Carrillo G. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina;* 2015,63(4):665-675. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50322/54044>. doi:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50322>

32. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. enferm.* 2012;18(1): 29-41. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>.
33. Medellín J, Carrillo G. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Av.enferm.* 2014;32(2): 206-216. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46099>.
34. Guerrero J, Parra L, Mendoza J. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Rev Cubana Salud Pública.* 2016;42(2):193-203. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200003&lng=es.
35. Salazar J, Gutiérrez A, Aranda C, González R, Pando M. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud, Barranquilla.* 2012; 28(2):264-275. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200009&lng=es.
36. Segura M, Barrera L. Un llamado a enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica por su impacto en su calidad de vida. *Salud Uninorte*, 2016; 32(6), 228-243. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81748361006>
37. Fuentes N, Ojeda A. Soporte y red social en el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(3), 1-88. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.pdf>
38. Vinaccia S. Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Rev. Sum Psicolog*, 2006; 13(1), 16. <file:///C:/Users/Dianne/Downloads/Dialnet-CalidadDeVidaYConductaDeEnfermedadEnPacientesConDi-2567573.pdf>
39. Contreras F, Esguerra A, Espinosa C, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Act Colom Psicolog*, 2007; 10(7), 169-179. <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79810216>
40. Montalvo A, Cabrera B, Quiñones S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 2012; 12(2), 27-74. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120/html>

41. Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 2015; 18(4): 282-289. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000400006&lng=es.
42. Álvarez L, Rueda Z, González L, Acevedo L. Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas.* 2010;9(2), 279-290. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol9-Issue2-fulltext-118>
43. Romero-Massa E, Acosta-Ospino S, Carmona-Castilla I, Jaimes-Sarmiento A, Masco-Mier M, Sáez-Góngora Á, Vega-Jiménez C. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena. Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas.* 2010;1(2). <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/971>
44. Sánchez B. *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
45. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cub Salud Públc,* 2011; 37(4), 488-499. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es.
46. Concha C, Rodríguez C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Teoría,* 2010; 19(1), 41-50. <http://www.redalyc.org/pdf/299/29916956004.pdf>
47. Zavala M, Ríos M, García, G, Rodríguez, C. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan,* 2010; 9(3), 2027-5374. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1524>
48. González F, Gimeno A, Meléndez J, Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial. *Escrit Psicolog,* 2012; 5(1), 34-39. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000100005&lng=es
49. Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema,* 2008; 20(4), 577-582. <http://www.psicothema.es/pdf/3525.pdf>
50. Ávila E. *Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos: un estudio epidemiológico.* Salamanca: Universidad de Salamanca. 2015. https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128489/1/DME_AvilaEspinozaE_Calid dadpacientes%3%A1ncer.pdf

51. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidad Salud*, 2014; 1(2), 1. <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/23>
52. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdova I, Banda-González O, Rangel-Torres S, De León- Ramírez M. *Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2*. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(3)155-161. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300416>
53. Aguilar-Rivera T, González-López AM, Pérez-Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Aten Fam*. 2014;21(2):50-54. <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af142f.pdf>
54. Gómez M, Sabeh E, *Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*; s.f. <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
55. Leung K, Chen C, Lue B, Bee-Horng L, Shih T. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44(2):203-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854478>
56. Bautista Rodríguez, LM, Zambrano Plata, GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. 2015;17(1):131-148. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516009>
57. Guerrero JM, Parra LR, Mendoza JC. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(2):193-203. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21444932003>

CAPÍTULO 7

PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se caracterizan por ser de prolongada duración, deterioro de la funcionalidad general y sin pronóstico de cura; así mismo, son constituidas por factores conductuales como los genéticos, ambientales y fisiológicos, donde se encuentra dentro de estos elementos diversas enfermedades respiratorias, cardiovasculares, neoplásicas y metabólicas.

La mayor carga en los indicadores de salud pública secundarios a las ECNT se presenta en los países de ingresos más bajos, con 85 % de las muertes a causa de estas enfermedades entre personas de 30 y 69 años, repercutiendo ampliamente en la economía de estos países (1).

La organización mundial de la salud (OMS) en su plan de acción mundial para ECNT 2013-2020, establece que en la Sub-Región Andina, conformada por los países Colombia, Venezuela, Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, la primera causa de morbilidad y mortalidad son las ECNT, por tanto, sus dirigentes deben asumir diversos compromisos para la prevención y el control de estas enfermedades (3,4). Para el año 2030 unas de las metas de los líderes mundiales dentro los objetivos de desarrollo sostenible, se encuentra garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, donde una de sus metas orienta la reducción en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar (4).

A nivel regional, la política de estado que busca orientar el que hacer en salud pública del país en los próximos 10 años se circunscribe en el plan decenal 2022-2031, donde la gestión del cuidado es un eje fundamental, que a través de las directrices de la *Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC) orienta rediseñar y fortalecer la prestación de los servicios de salud para el abordaje multidimensional de las enfermedades crónicas (5).

Existen patrones de conducta humana científicamente identificados como contribuyentes al desarrollo de ECNT como lo son, el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, alimentos procesados y altamente calóricos, convirtiéndose en objetivos estratégicos de las acciones formuladas en los servicios de atención primaria en salud (APS), e intervenciones de cuidado de la salud al sujeto en condiciones crónicas, programas en salud familiar y comunitaria y determinantes sociales de la salud, cuyo propósito es alcanzar mejores resultados en salud, mayor costo-efectividad y mejor satisfacción de los usuarios, el cual contribuye a los lineamientos que aporta a la salud de esta población (6).

Otros factores que incrementan las tasas de ECNT son la presencia constante de condiciones metabólicas y hemodinámicas como la hiperglicemia e hipertensión arterial, siendo los principales predictores de la enfermedad renal crónica (ERC), patología que en la actualidad representa un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta incidencia, prevalencia, elevados costos de las terapias de reemplazo renal entre las que se encuentran la terapia dialítica y el trasplante renal (6). De esta forma es que las personas adoptan un rol de estilos de vida para la supervivencia de estas enfermedades (7).

Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo con una estimación de 850 millones de personas enfermas, siendo una de las pocas enfermedades no transmisibles que ha mostrado un aumento en las muertes asociadas en las últimas 2 décadas (8). La ERC se presenta en países de ingresos bajos y medios en poblaciones mayores, mujeres, minorías raciales y en personas que padecen diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA). La ERC provoca al menos 2,4 millones de muertes al año, mientras que la enfermedad renal aguda, es un importante impulsor de la ERC y afecta a más de 13 millones de personas a nivel mundial (9).

Mundialmente se ha identificado la ERC como una patología de alto costo, no solo por la prevalencia e incidencia de la misma, sino también por el riesgo elevado de presentar complicaciones como la muerte y el deterioro de la calidad de vida de la persona. En América Latina, la ERC representa la tasa de mortalidad más elevada del mundo, siendo México el país que encabeza este dramático panorama, seguido por Guatemala, Brasil, Chile, Uruguay y Argentina, y los países con cifras

más bajas, pero aun impactantes como Colombia y Perú (10). Esta enfermedad se ha posicionado como un multiplicador para el riesgo cardiovascular por la comorbilidad con la DM y sus complicaciones; de tal manera, problemas de salud como el sobrepeso y la obesidad, sumado a bajos recursos de los gobiernos para tratar la ERC, en los que se encuentran la restricción de equipo humano (médicos y enfermeras, especialmente especialistas en nefrología), la falta de acceso a diagnóstico oportuno y una pobre conciencia en la comunidad, son algunas de las razones por las cuales pudiera estar subestimada la enfermedad. (11)

En Colombia para 2020 se reportaron 152.354 casos nuevos de ERC, lo que representa 26.448 menos que en el 2019, evidenciando una disminución del 14,79%, predominando la incidencia en mujeres siendo el 55,36% de los casos nuevos. De igual manera, se presentó disminución en los casos prevalentes en los cuales se analizaron 849.874 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica en cualquiera de sus estadios, demostrando una prevalencia de 1,70 casos por cada 100 habitantes, que con respecto al 2019, resulta en una disminución de 76.122 casos. En el departamento Norte de Santander se reportaron un total de 4.652 casos nuevos, con una incidencia de 3,23% por cada 1.000 habitantes, para la ciudad de Cúcuta se evidenciaron 15.422 nuevos casos con una incidencia de 2,18% por cada 100 habitantes (12).

Las guías KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*) en su actualización del concepto para el año 2017, han definido de ERC como la presencia de duración mayor o igual a tres meses de: filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal, manifestado directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario o a través de técnicas de imagen (11).

Esta enfermedad presenta cinco estadios clínicos; en el estadio I se encuentran los pacientes que no tienen un claro déficit de filtración y se define como una función renal normal o elevada ($= 90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) en presencia de daño renal evidente, el cual se define ampliamente, pero más frecuentemente se encuentra albuminuria persistente. El estadio 2 ($60 - 89 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) es una reducción leve de la función renal en presencia de daño renal. Los estadios 3 y 4 ($30 - 59$ y $15 - 29 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) corresponden a reducciones moderada y severa de la función renal. Esta disminución grande de la función renal se clasifica como enfermedad renal sin considerar la evidencia adicional de daño renal; y el estadio 5 es la falla renal, definida como $\text{TFG} < 15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ o la necesidad de terapia de sustitución o remplazo (diálisis o trasplante), cuando la ERC ha progresado hasta al estadio 5 el daño se considera irreversible (13).

La ERC cursa con algunas complicaciones propias de la enfermedad, como son la anemia, alteraciones del equilibrio ácido base, hidroelectrolíticas, del metabolismo mineral óseo, las inherentes a la uremia o la sobrecarga de volumen, condicionando

el deterioro en el pronóstico de los pacientes que la padecen que es más acusado con el descenso del filtrado glomerular, potencian el de riesgo cardiovascular y aumentan el riesgo de infecciones (14).

La enfermedad renal en el estadio más avanzado requiere medios artificiales de excreción de las sustancias de desecho para sobrevivir. Los principales medios para lograrlo son la diálisis peritoneal (DP) o la hemodiálisis (HD). En consecuencia, los pacientes con enfermedad renal en terapias de reemplazo renal se ven obligados a realizar una serie de restricciones o cambios en su estilo de vida, dieta y líquidos para adaptarse a su enfermedad (15).

Terapias de reemplazo renal

Las terapias de reemplazo renal (TRR) son técnicas empleadas para mantener dos constantes fisiológicas renales, dirigidas a la extracción de solutos y el agua del plasma, el cual consiste en incluir entre dos compartimientos líquidos (sangre y líquido dializante) una membrana semipermeable (filtro/dializador y/o membrana peritoneal). Es así, que estas constantes se llevan cabo por medio de los principios físicos como difusión y convección; en el primero, los solutos pasan de un gradiente de mayor a menor concentración; y en el segundo, el agua del plasma pasa a través de la membrana semipermeable (ultrafiltración). Otros procesos ayudan al aclaramiento (diálisis) como es el paso de la sangre en contraflujo o contracorriente relacionada con el líquido dializante, ayudando de esta manera la eliminación de solutos al plasma. De igual forma, las TRR regulan el estado ácido base, mas no suple las funciones endocrinas y metabólicas renales (16).

En la actualidad en la ciudad de Cúcuta del departamento de Norte de Santander, se cuenta con diferentes centros especializados en terapias de reemplazo renal que se encargan dar manejo y tratamiento integral (nutrición, psicología, trabajo social, enfermería y medicina especializada) a los pacientes con enfermedad renal del aérea rural y urbana del área metropolitana, con necesidad de HD, DP y tratamiento médico no dialítico. Entre los centros se encuentran: Fresenius Medical Care, Nefrouros, Davita y RTS, atendiendo una demanda por incidencia de 141 casos y una prevalencia de 1.112 casos por cada 100.000 habitantes en este departamento (9).

Modalidades

Antes de la selección de la TRR se debe considerar algunos factores como la situación clínica del paciente teniendo en cuenta la presencia de sobrecarga hídrica, acidosis metabólica, alteración de parámetros bioquímicos de creatinina y nitrógeno urémico, disminución significativa de la FG (filtración glomerular), persistencia de proteinuria y la presencia del síndrome urémico (edemas, anuria, encefalopatía metabólica). Además, la edad, las comorbilidades propias del paciente,

condiciones económicas y hospitalizaciones en la unidad de cuidado intensivo, son factores que pueden influir en la modalidad de diálisis del paciente (16). Entre las modalidades de TRR se encuentran: la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal, estos tratamientos se complementan con una dieta estricta, consumo de medicamentos y restricción hídrica (17).

Referente a la asistencia y número de recambios los pacientes en HD deben asistir, por lo regular, a tres sesiones semanales en su centro de diálisis y permanecer allí por cuatro horas (17). En la DP el paciente se realiza de cuatro a cinco recambios en la modalidad manual y/o conexiones nocturnas de diez a catorce horas en máquina dentro de las comodidad de su casa, sin embargo, en muchos países existe un predominio de la HD sobre la DP a pesar de desenlaces semejantes, (14) la preservación de la función renal, la estabilidad hemodinámica y la mejor calidad de vida a corto y largo plazo que tiene la DP sobre la HD (18).

Diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente en su modalidad manual diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD), como en la automatizada diálisis peritoneal automática (APD), que es elegida por los pacientes como primera opción en sus diferentes modalidades por su simplicidad en la realización de la terapia y relativo bajo costo (19, 20, 21).

La técnica de DP se realiza en el peritoneo, conformada por dos capas la parietal y la visceral, que cubre la superficie externa de todos los órganos de la cavidad abdominal. La membrana peritoneal se utiliza como filtro de diálisis, en la cual se infunden soluciones especiales (alta concentración de glucosa) que ayudan a eliminar las toxinas, con ciclos de permanencia en el abdomen con posteriores drenajes, llevando al exterior el exceso de agua y sustancias de desecho del cuerpo (17). Es necesario el implante de un catéter peritoneal capaz de comunicar la cavidad abdominal con la parte exterior, ya que están conformados por una porción intraperitoneal y una porción subcutánea (art peritoneal). Estos catéteres son de material de silicona o poliuretano, los cuales estimulan la producción de epitelio escamoso en el túnel subcutáneo, beneficiando la no entrada de bacterias al peritoneo (22).

Los catéteres peritoneales generalmente son implantados de forma percutánea o quirúrgica, realizada por cirujanos, nefrólogos o radiólogos intervencionistas, para la colocación se debe contar con las recomendaciones prequirúrgicas generales para este procedimiento, como lo es la valoración del anestesiólogo, valoración de laboratorios clínicos, administración de la profilaxis de antibioticoterapia, antecedentes de cirugías abdominales, la limpieza intestinal antes y después del procedimiento y el rasurado del área (22).

Después de la inserción del catéter peritoneal los cuidados de enfermería están orientados a la integridad del orificio peritoneal para evitar de esta manera una de las complicaciones más severas: la peritonitis. Además, otros cuidados en el postoperatorio es la funcionalidad de la cavidad peritoneal alcanzado con los exitosos recambios peritoneales (misma cantidad de líquido de entrada relacionada con la misma o mayor cantidad de líquido extraído) (22).

Las indicaciones de DP más relevantes son: la normalidad anatómica y funcional de la membrana peritoneal, dificultad de un acceso vascular para la HD, problemas cardiacos, problemas transfusionales (testigos de Jehová), entre otros. La DP es una modalidad de TRR, que consolida varias ventajas, entre las que se destacan la mayor estabilidad hemodinámica, mejor control de presión arterial, menor sobrecarga de volumen, mejores niveles de hemoglobina, tratamiento domiciliario que proporciona mayor independencia y, a su vez, no requiere acceso vascular (23). Sin embargo, para poder contar con tales beneficios, se deben tener en cuenta los tres elementos básicos de la DP: la integridad de la estructura anatómica y funcional de la membrana peritoneal, las características físicas y químicas de la solución de diálisis y el catéter (24).

La DP es un tipo de diálisis que permite depurar toxinas, electrolitos y eliminar exceso de líquido en los pacientes, existen dos modalidades: diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) y diálisis peritoneal automatizada (APD). En la primera el paciente permanece con el líquido de diálisis con un volumen promedio de 2 litros las 24 horas del día con recambios cada 4-5 horas, los parámetros a tener en cuenta en esta terapia son: el volumen de líquido en cada infusión, número de recambios al día y la composición de los líquidos de diálisis. En la segunda, la modalidad automatizada, la diálisis se realiza con una cicladora durante la noche, que pueden ser ciclos intermitentes: diálisis peritoneal nocturna (DPN) y diálisis peritoneal intermitente (DPI), o continuas: diálisis peritoneal continua con cicladora (DPCC), diálisis peritoneal ampliada (DPA) o DP plus, diálisis peritoneal en marea o tidal (DPM), entre otras más modalidades (25).

Para la realizar la terapia de DP, es indispensable el entrenamiento de la técnica por el paciente y el cuidador, es un factor esencial para garantizar el éxito de la técnica, en temáticas relacionadas con la conexión, desconexión, técnicas de limpieza y desinfección, técnica de curación de orificio, principios generales de la enfermedad renal, autocuidado y posibles complicaciones, manejo del medio ambiente y acondicionamiento a la vivienda del paciente; este entrenamiento lo realiza la enfermera encargada del programa DP (26, 27).

Entre las complicaciones de la DP, la peritonitis es la complicación clínica más importante y causante del 15 % de la falla del método y del 2 a 3 % de mortalidad (9); sin embargo, no es la única complicación que puede presentarse, dentro de las no infecciosas como las hidroelectrolíticas, ácido-base, trastorno de la volemia,

alteraciones nutricionales, anemia, complicaciones cardiovasculares e hipertensión arterial, las derivadas de la técnica (hernias, fugas, hidrotórax, dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, alteraciones cardiorrespiratorias), hemoperitoneo, dolor lumbar. Las complicaciones infecciosas de la DP, por otro lado, son: la peritonitis (infección e inflamación del peritoneo), infección de orificio de entrada de catéter, tunelitis en la trayectoria del catéter peritoneal, consecuencia dada algunas veces por la falla de técnica aséptica y de limpieza inadecuada en la terapia DP; para estas complicaciones se realiza tratamiento médico terapéutico intravenosa o intraperitoneal según sea el protocolo, simultáneamente se realiza por parte de enfermería el reentrenamiento de las fallas ocurridas en proceso de DP (27).

Hemodiálisis

Es la otra modalidad de TRR, que permite eliminar las toxinas y el exceso de líquido del cuerpo, empleando procesos físicos y químicos por medio de un dializador en la máquina de hemodiálisis. En el procedimiento de HD, la sangre es extraída del cuerpo (depuración sanguínea extracorpórea), por medio de los circuitos que la llevan a la máquina de diálisis, esta extracción se realiza por medio de un acceso vascular del paciente; la sangre es pasada varias veces por una membrana semipermeable con un baño de líquido dializador contenida en un filtro de diálisis y retornada al cuerpo libre de toxinas; este procedimiento se realiza por cuatro horas, generalmente tres veces por semana, lo anterior depende de las condiciones y necesidades particulares de cada paciente (28).

En la membrana semipermeable del dializador junto con los principios físicos y químicos de la HD se da el paso de solutos (toxinas) y agua del plasma sanguíneo, además se eliminan otras sustancias en menor cantidad entre ellas los electrolitos, por lo que contribuye al equilibrio ácido base del paciente. Los principios físicos químicos de la HD son: difusión, el paso de partículas (solutos-toxinas) de un compartimiento de mayor a menor concentración; y la convección, (ultrafiltración) transporte de agua por gradiente de presiones entre compartimentos; por tanto, al integrar los procesos de difusión y convección se produce la diálisis (29).

Existen varias modalidades de HD, dependientes de la biocompatibilidad, la permeabilidad y la eficiencia del dializador utilizado. Para estas modalidades se encuentra: HD de bajo flujo y las HD de alto flujo. En el mercado existen múltiples modalidades según el sistema de flujo de HD, estos son elegidos según las necesidades y condiciones del paciente en su tratamiento de TRR. La HD de bajo flujo o hemodiálisis convencional incluye los principios de convección y difusión, con duración de cuatro horas por sesión; la HD de alto flujo están: a) hemodiafiltración: tiene los principios de difusión y convección, con tasas de ultrafiltración de hasta 12 litros por sesión; b) la hemofiltración: utiliza el principio de convección, sin baño de diálisis, con función similar al riñón nativo, los solutos se eliminan en consecuencia del coeficiente de cribado y la tasa de ultrafiltración (30, 31).

Accesos vasculares en hemodiálisis

Para la realización de la TRR en hemodiálisis es indispensable la instalación de un acceso vascular conocido con el nombre de fístula arteriovenosa (FAV), que permita conducir la sangre desde el paciente hasta la máquina de hemodiálisis, cuenta con dos vías, una extrae la sangre del paciente para ser depurada por la máquina de HD y la otra regresa la sangre libre de toxinas y exceso de líquido hacia el paciente, siendo un recurso que reduce tasas de mortalidad en pacientes con edad avanzada (30, 32).

Anatómicamente, las FAV pueden ser instaladas a través de dos técnicas o modalidades, que irán a depender de las condiciones específicas de cada paciente. La FAV- nativa (FAV-n) se construye a partir de una vena de buen calibre y una arteria, los puntos anatómicos más utilizados son radiocefálica, humerocefálica y humerobasílica. De forma similar se construye la FAV- protésica (FA-prot) en pacientes con sistema venoso inadecuado, para este procedimiento se inserta un injerto de politetrafluoroetileno (PTFE), que une la arteria y la vena, se construye lo más distal que permite el calibre de los vasos, los puntos anatómicos para esta fístula son radiobasílica recta antebraquial, humerobasílica en asa o loop antebraquial, humeroaxilar, axiloaxilar en asa o loop, humeroyugular y femorofemorales (33).

Garantizar la integridad de la FAV es uno de los objetivos de los cuidados de enfermería, principalmente enfocados en la funcionalidad de la misma: a través de la valoración del thrill (frémito palpable) y el soplo audible a la auscultación a nivel de anastomosis; así como mantener otras medidas de preservación de la misma, como no tomar la presión arterial en el brazo de la FAV, evitar levantar peso con el brazo donde está la fístula y no emplear este como apoyo para las actividades de la vida diaria (33).

En las ocasiones que la FAV no es posible, se realiza la instalación de un catéter venoso central (CVC), recurso que es la última opción en accesos venosos, por su asociación con la mortalidad y aumento de número de hospitalizaciones (infecciones, mayor inflamación, malnutrición, anemia y aumento de problemas cardiovasculares). El CVC generalmente se emplea por la urgencia de la HD en pacientes con complicaciones severas de la enfermedad renal y se clasifican en transitorios o no tunelizados (uso para dos semanas) y en permanente tunelizado (uso mayor a dos semanas). Los sitios de inserción son las venas: yugular interna, subclavia y femorales. La valoración permanente del orificio de salida o túnel del catéter es un cuidado de enfermería fundamental para inspeccionar la aparición de los signos de infección (enrojecimiento, salida de material purulento, eritema, edema y fiebre), siendo una estrategia de seguimiento continuo en la realización de cada cesión de diálisis.

El cuidado de los pacientes en TRR es un escenario que genera múltiples desafíos para sus cuidadores formales (enfermeros) y familiares (34, 35), situaciones que pueden repercutir en el estado de salud física, mental y espiritual de los cuidadores, consecuencia de las múltiples variables que deben considerarse para garantizar el mantenimiento de la función renal sustituta en estos pacientes, lo que puede generar sobrecarga en sus funciones y reducción de la calidad de vida y bienestar no solo de pacientes y cuidadores. Partiendo de lo anterior, es importante considerar a los cuidadores para las acciones de cuidado formuladas a los pacientes en TRR, con el propósito de incidir de manera positiva en la diada paciente-cuidador, de esta manera, garantizar el mantenimiento de condiciones que favorezcan los mejores resultados de la TRR en el paciente, su pronóstico de vida y bienestar en ambos receptores de las acciones de cuidado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organismo Andino De Salud – Convenio Hipólito UNANUE. *Plan andino para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2018 – 2022* [Internet]. 2018. https://orasconhu.org/sites/default/files/Plan%20Andino%20ENT_Versi%C3%B3n%2030_Oct_2018_Cr%C3%A9ditos.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington: OPS; 2013. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031; 2022. https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/05/PDSP_2022-2031.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud*; 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. International Society of Nephrology ISN. *Global Kidney Health Atlas*; s.f. : <https://www.theisn.org/initiatives/global-kidney-health-atlas/>
7. Vega-Angarita OM. Adopción de estilos de vida como estrategia en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. *Rev. cienc. cuidad.* 2020; 17(1):5-7. <https://doi.org/10.22463/17949831.1941>
8. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements.* 2022; 12(1):7-11. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2157171621000666?via%3Dihub>
9. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). *Situación la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019*; 2020. https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf
10. Cueto-Manzano AM. La sociedad latinoamericana de nefrología e hipertensión y los retos de la enfermedad renal crónica en nuestra región. *Nefro Latinoam.* 2019; 16: 13-19. <https://doi.org/10.24875/NEFRO.18000053>
11. International Society of Nephrology. KDIGO 2017 Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements.* 2017; 7(1):1-59. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>

12. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). *Situación la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020*; 2021. https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/11/CAC.Co_2021_09_2_Libro_Sit_ERC2020_v8.pdf
13. Sellarés VL, Rodríguez DL. *Enfermedad renal crónica*. España; 2022. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-136>
14. Quiroga B, Rodríguez JR, de Arriba G. Insuficiencia renal crónica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015; 11(81): 4860-4867. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.06.004>
15. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS, Ministerio de la Protección Social – MPS. *Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica: componente de un modelo de salud renal*. Bogotá: Scripto Ltda; 2007. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guia-manejo-enfermedad-renal-cronica-2007-pars.pdf>
16. Sellarés VL, López-Gómez JM. *Principios físicos en hemodiálisis*. España; 2021. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-188>
17. Gonzabay-Campos VE, Montesinos-Guevara JR. *Vivencias y expectativas de los pacientes con enfermedad renal crónica que cursan terapia sustitutiva renal con diálisis del servicio de nefrología y unidad de diálisis del Hospital Carlos Andrade Marín* [Tesis de grado]. Quito: Universidad Católica del Ecuador; 2015. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9852>
18. Díaz-Rosales J, Herrera-Gastelum JC. Procedimientos en cirugía: colocación percutánea del catéter de diálisis peritoneal. *Archivos de medicina*. 2016; 16(2): 385-392. https://www.redalyc.org/journal/2738/273849945016/html/#redalyc_273849945016_ref12
19. Burgos-Kemper LG. *Complicaciones en pacientes sometidos a diálisis peritoneal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue*. [Tesis en internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/468>
20. Fang W, Ni Z, Qian J. Key factors for a high-quality peritoneal dialysis program: the role of the pd team and continuous quality improvement. *Perit Dial Int*. 2014; 34(2):35-42. <https://doi.org/10.3747/pdi.2013.00120>
21. Mehrotra R, Devuyst O, Davies SJ, Johnson DW. The current state of peritoneal dialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2016; 27(11): 3238-3252. <https://doi.org/10.1681/ASN.2016010112>

22. Martín-Espejo JL. *Catéteres peritoneales. Tipos de catéteres. Protocolo de implantación de catéteres peritoneales del grupo de D.P. de Andalucía*. s.f. <https://www.revistasden.org/files/TEMA%205.%20CATETERES%20PERITONEALES.pdf>
23. Ministerio de Salud. *Guía clínica diálisis peritoneal*. Santiago: Minsal; 2010 <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Di%C3%A1lisis-Peritoneal.pdf>
24. Macía-Heras M, Coronel-Díaz F. Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis. En: Sellarés VL, López-Gómez JM, editores. *Nefrología al día*. España: euromedice; 2010. p. 571-579.
25. Mejía-Navas P, Prats-Valencia M, Borràs-Sans M. *Indicaciones y modalidades de la diálisis peritoneal*. España; 2021. <https://www.nefrologiaaldia.org/229>
26. Martínez-Rojas SM. Experiencia del cuidador entrenado en diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico. *Enferm Nefrol*. 2020; 23(4): 345-352. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020035>
27. Aguilera-Flórez AI, Sastre-López A, Linares-Fano B, Guerra-Ordoñez JR, Alonso-Rojo AC, Prieto-Velasco M. Análisis del tiempo de entrenamiento y su relación con los episodios de peritonitis. *Enferm Nefrol*. 2020; 23(1): 54-59. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020006>
28. Ibeas J, Rica-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A. *Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis*. España: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; 2018. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000500001>
29. Fundación Renal Iñigo Alvarez de Toledo. *Hemodiálisis y diálisis peritoneal*; s.f. <https://fundacionrenal.com/contenido/hemodialisis-y-dialisis-peritoneal-2/>
30. Sellarés VL. Principios físicos: definiciones y conceptos. En: Sellarés VL, López-Gómez JM, editores. *Nefrología al día*. España: EUROMEDICE; 2010. p. 355-367
31. Gruss E, Corchete E. El catéter venoso central para hemodiálisis y su repercusión en la morbimortalidad. *Nefrología Sup Ex*. 2012; 3(6): 5-12. <https://doi.org/10.3265/NefrologiaSuplementoExtraordinario.pre2012.Dec.11875>
32. Ayala-Strub MA, Manzano-Grossi MS, Ligero-Ramos JM. *Fístulas arterio-venosas para hemodiálisis*. España; 2020. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-332>

33. Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A. *Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis*. España: Sociedad Española de Nefrología; 2017. <https://revistanefrologia.com/es-guia-clinica-espanola-del-acceso-articulo-S0211699517302175>
34. Martínez-Rojas SM, Ruiz-Roa SL. Bienestar psicológico en enfermeras que realizan terapia de reemplazo renal en tiempos de COVID-19. *Enferm Nefrol*. 2022; 25(1): 46-52. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022005>
35. Ruiz-Roa SL, Martínez-Rojas SM. Perspectiva espiritual de enfermeras de terapia de reemplazo renal durante la pandemia COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021; 37 (1):1-16. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4813>

CAPÍTULO 8

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL DOLOR EN LA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DESDE EL HOGAR

Nursing intervention to reduce pain in myocardial revascularization from home

*Intervenção de enfermagem para redução da dor na revascularização
miocárdica domiciliar*

Débora Milena Álvarez Yáñez¹¹

Gloria Carvajal Carrascal¹²

11 Facultad Ciencias de la salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta- Colombia. deboramilenaay@ufps.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-4836-9857>

12 Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia. gloria.carvajal@unisabana.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-8244-2731>

Resumen

Introducción: durante el posoperatorio de revascularización miocárdica, la valoración, intervención, seguimiento, prevención y reducción del dolor deben ser una prioridad del cuidado de enfermería.

Objetivo: aplicar una intervención educativa de enfermería para reducir el dolor en personas con posoperatorio de revascularización miocárdica durante el cuidado en el hogar.

Método: se utilizó como referente la metodología del marco lógico, cuya matriz se construyó con base en el árbol de problemas, siguiendo la estructura del proceso de atención de enfermería a través de la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería y la Clasificación de las intervenciones de Enfermería.

Resultados: el dolor es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes sometidos a revascularización miocárdica, influye en la calidad de vida del paciente y en el proceso de rehabilitación cardiaca.

Conclusiones: las intervenciones educativas de enfermería orientadas al abordaje integral de la vivencia de los pacientes permite personalizar el plan de atención de enfermería, mejorando la experiencia del síntoma del dolor desde la práctica del cuidado en el hogar.

Palabras clave: dolor postoperatorio, atención de enfermería, atención ambulatoria, educación en salud, proceso de enfermería (**DeCS Descriptores en ciencias de la salud**).

Abstract

Introduction: *during the postoperative myocardial revascularization, the assessment, intervention, follow-up, prevention and reduction of pain should be a priority of nursing care.*

Objective: *to apply a nursing intervention to reduce pain in people with postoperative myocardial revascularization during home care.*

Method: *the logical framework methodology was used as a reference, whose matrix was built based on the problem tree, following the structure of the care process nursing through the taxonomy of the North American Association for Nursing Diagnoses, the results of the Nursing Outcomes Classification and the Nursing Interventions Classification.*

Results: *pain is one of the main symptoms reported by patients undergoing myocardial revascularization, it influences the quality of life of the patient and the cardiac rehabilitation process.*

Conclusions: *nursing educational interventions aimed at a comprehensive approach to the experience of patients, allow personalization of the nursing care plan, improving the experience of the pain symptom from the practice of care at home.*

Key words: *pain, postoperative, nursing care, atención ambulatoria, health education, nursing process (Source: MeSH; DeCS)*

Abstrato

Introdução: *no pós-operatório de revascularização miocárdica, a avaliação, intervenção, acompanhamento, prevenção e redução da dor devem ser prioridade da assistência de enfermagem.*

Objetivo: *aplicar uma intervenção educativa de enfermagem para redução da dor em pessoas com pós-operatório de revascularização do miocárdio durante o atendimento domiciliar.*

Método: *utilizou-se como referência a metodologia do quadro lógico, cuja matriz foi construída com base na árvore de problemas, seguindo a estrutura do processo de cuidado de enfermagem por meio da taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem, os resultados da Classificação de Resultados de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem.*

Resultados: *a dor é um dos principais sintomas relatados pelos pacientes submetidos à revascularização miocárdica, influenciando na qualidade de vida do paciente e no processo de reabilitação cardíaca.*

Conclusões: *as intervenções educativas de enfermagem voltadas para uma abordagem integral da experiência do paciente, permitem personalizar o plano de cuidados de enfermagem, melhorando a vivência dos sintomas algícos a partir da prática do cuidado domiciliar.*

Palavras-chave: *dor pós-operatória; Cuidados de enfermagem; Cuidado ambulatorio; Educação saudável; Processo de Enfermagem (Descritores DeCS em Ciências da Saúde)*

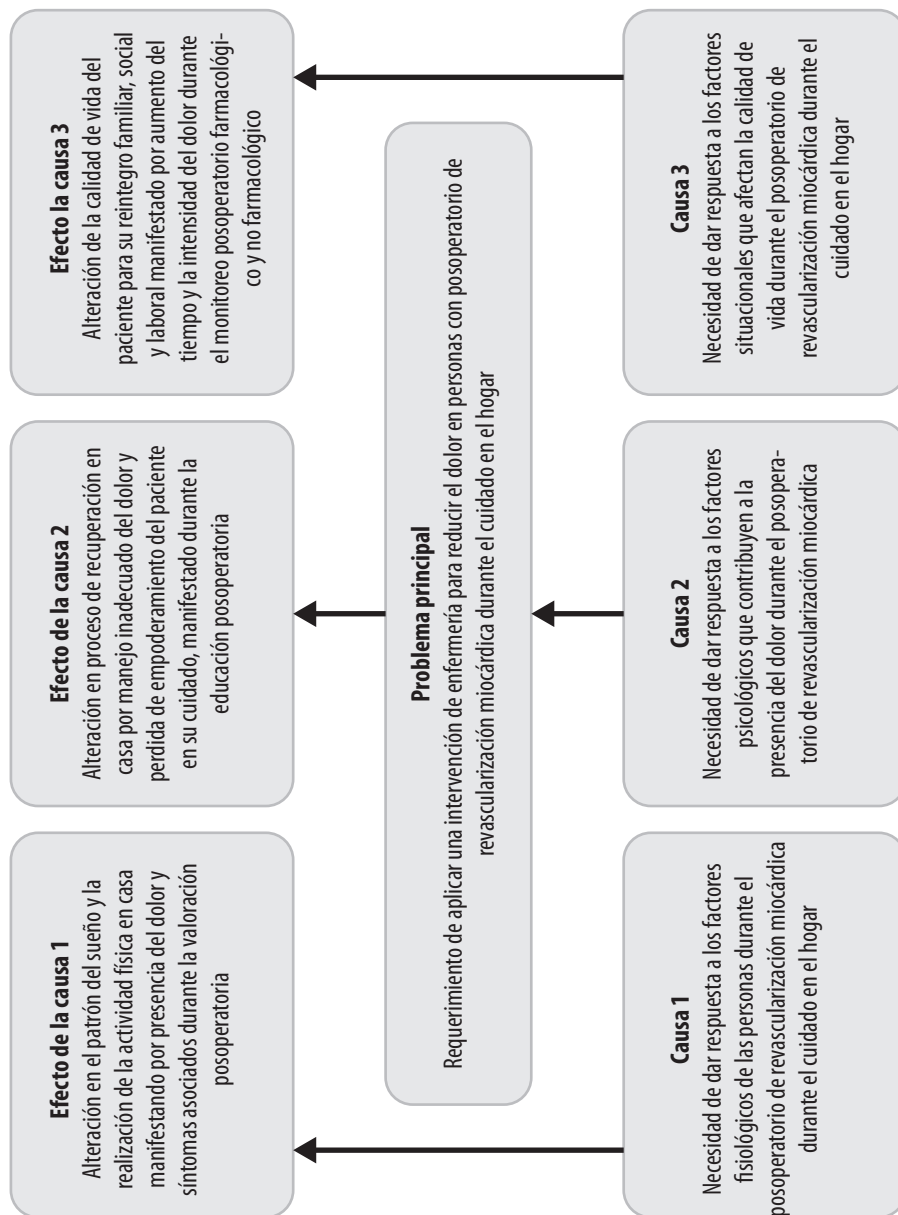
Introducción

La cirugía cardíaca surge como respuesta a la enfermedad cardiovascular; se ha documentado que el 77 % de los pacientes manifiestan dolor durante el posoperatorio, el 88 % lo clasifican como moderado a grave (1, 2). Se considera que el dolor es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes sometidos a revascularización miocárdica (3, 4). Al abordar el posoperatorio se evidencia que las personas tienen menos probabilidades de realizar actividades físicas si presentan dolor (5), se aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias, depresión, aumento de peso, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, reingreso hospitalario y retraso en la recuperación (6-10). También es considerado un factor ambiental que condiciona el descanso nocturno del paciente durante el posoperatorio (11). El procedimiento quirúrgico, la intensidad y duración del dolor está relacionado con las características individuales y tratamiento farmacológico (12). Enfermería brinda el cuidado directo durante la hospitalización, la identificación de necesidades permite diseñar intervenciones educativas para dar respuesta a la situación de salud. En el alta hospitalaria, se debe valorar la respuesta del paciente a las intervenciones para el manejo del dolor que se implementaran en el hogar (13, 14).

En el árbol de problemas se relacionan los aspectos empíricos de la teoría de síntomas desagradables que subyace a la necesidad de aplicar una intervención de enfermería para reducir el dolor en el paciente con revascularización miocárdica. La Figura 11 muestra la estructura de los conceptos y subconceptos de la teoría, se diseña la intervención educativa para reducir el dolor según los factores influyentes que afectan la experiencia del síntoma propuestos por Lenz. Es primordial el acompañamiento constante de la familia, quienes en el ámbito extrahospitalario asumen el rol de cuidador principal (15-20).

El presente capítulo tiene como soporte un proyecto de investigación que determinó el efecto de una intervención educativa de enfermería comparada con el cuidado convencional, por tanto, se presenta la descripción del desarrollo de la intervención educativa de enfermería y la prueba piloto realizada con una muestra de 5 pacientes, utilizando el marco lógico se desarrolló la intervención educativa de enfermería para reducir el dolor en personas con posoperatorio de revascularización miocárdica durante el cuidado en el hogar. La práctica de enfermería basada en la metodología del marco lógico permite la aplicación de un plan de cuidados individualizado siguiendo las interrelaciones NANDA-NOC-NIC, para identificar adecuadamente el dolor y proponer intervenciones fundamentadas en teorías de enfermería, en beneficio de la salud del paciente con revascularización miocárdica.

Figura 11. Árbol de problemas



Nota: datos del estudio.

En la Tabla 15 se describe el desarrollo de la intervención educativa de enfermería para reducir el dolor en del paciente con revascularización miocárdica durante el posoperatorio ambulatorio.

Tabla 15. Intervención educativa de enfermería con base en el esquema de desarrollo sistemático de intervenciones de cuidado de la salud

Detalle	Criterio	Descripción
	Los contenidos y dominios que se abordan con la intervención	<p>Primer momento: valoración preoperatoria realizada durante la hospitalización antes del procedimiento quirúrgico. Incluye: Conociendo el procedimiento quirúrgico Evaluando mi ansiedad Mi cuidador principal</p> <p>Segundo momento: valoración posoperatoria y educación de enfermería realizada durante el primer control al tercer día, a los 15 y 30 días del posoperatorio ambulatorio. Incluye: Evaluando mi dolor Identificando mis síntomas desagradables Aplicando estrategias amigables con el dolor Uso correcto del chaleco</p> <p>Tercer momento: monitoreo posoperatorio farmacológico y no farmacológico con seguimiento a los 15 y 30 días del posoperatorio ambulatorio. Incluye: Mi diario en casa</p>
	Dosis y duración (número de sesiones, frecuencia, tiempo total)	<p>Primer momento: valoración preoperatoria Numero de sesiones: una (1) Frecuencia: dosis única Tiempo: 15 minutos</p> <p>Segundo momento: valoración posoperatoria y educación de enfermería Numero de sesiones: tres (3) Frecuencia: primer control posoperatorio ambulatorio al tercer día, a los 15 y 30 días Tiempo: 15 minutos cada sesión</p> <p>Tercer momento: Monitoreo posoperatorio farmacológico y no farmacológico Numero de sesiones: tres (3) Frecuencia: Control posoperatorio al tercer día, a los 15 días y 30 días Tiempo: 10 minutos cada sesión</p>

Detalle	Criterio	Descripción
Desarrollo de intervención	Estrategia de entrega	Primer momento: valoración preoperatoria Entrega: Encuentro personalizado Segundo momento: valoración posoperatoria y educación de enfermería Entrega: Encuentro personalizado Tercer momento: Monitoreo posoperatorio farmacológico y no farmacológico Control posoperatorio: encuentro personalizado A los 15 días: llamada telefónica A los 30 días: encuentro personalizado
	Entorno o lugar de ejecución	Servicio de cardiología de una institución de alta complejidad
	Recursos	Recursos humanos: Personal de enfermería del servicio de cardiología Recursos físicos: Instrumentos de medición: cuestionario sociodemográfico, Cuestionario del dolor McGill, Inventario de la Ansiedad - IDARE Material educativo de la intervención
Resultados	Resultados proximales, primarios, secundarios y distal	Resultados proximales: nivel de ansiedad, conocimiento del uso correcto del chaleco, control de los síntomas desagradables, uso de las estrategias amigables con el dolor, adherencia a la prescripción farmacológica indicada por el cirujano cardiovascular. Resultado primario: reducción del dolor Resultado secundario: fortalecimiento del patrón del sueño, seguimiento de la actividad física prescrita por medicina del deporte y/o fisioterapia en el momento del alta hospitalaria. Resultado distal: mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar del paciente revascularizado.

Fuente: elaboración propia basada en criterios de Whittemore y Grey, 2012.

Métodos

Este proyecto se desarrolló durante el II semestre año 2020, empleó la metodología del marco lógico (ver Tabla 16) para su desarrollo (ver Tabla 17), porque fortalece el diseño, ejecución y evaluación una intervención educativa de enfermería para disminuir el dolor en el paciente con revascularización miocárdica.

Se realizó una prueba piloto con 5 pacientes que cumplieron con los criterios: operado de revascularización miocárdica en el II semestre año 2020, mayor de 18 años. El modelo conceptual utilizado fue la teoría de Elizabeth Lenz con taxonomía

NANDA NIC-NOC. El escenario fue una institución de alta complejidad ubicada en Cúcuta, Colombia. Se mantuvo la confidencialidad y privacidad del participante, su autonomía para decidir su participación y retiro voluntario, se dejó copia del consentimiento informado escrito previo a la aplicación de la intervención de enfermería. Se consideró un proyecto de riesgo mínimo, fue aprobado por el comité de ética de la institución participante.

Tabla 16. Matriz del marco lógico

Objetivos	Indicadores de gestión – Indicadores empíricos	Medios de verificación	Supuestos
<p>Fin</p> <p>Requerimiento de aplicar una intervención de enfermería para reducir el dolor en personas adultas en el posoperatorio de revascularización miocárdica desde el hogar</p>	<p>Indicadores de impacto</p> <p>Número de personas beneficiadas con la aplicación de la intervención de enfermería.</p>	<p>Lista de pacientes que recibieron la intervención educativa.</p>	<p>Volumen de pacientes que favorecen la aplicación de la intervención educativa</p>
<p>Objetivo general</p> <p>Aplicar una intervención de Enfermería para reducir el dolor en personas con posoperatorio de revascularización miocárdica durante el cuidado en el hogar</p>	<p>Indicadores de efecto</p> <p>Número de personas que redujeron el dolor con la intervención educativa</p> <p>Indicador empírico</p> <p>Cuestionario del dolor McGill</p>	<p>Lista de asistencia al control posoperatorio.</p> <p>Cuestionario del dolor McGill aplicados.</p>	<p>Asistencia al control posoperatorio.</p> <p>Implementación de la intervención educativa en el hogar.</p> <p>Acompañamiento del cuidador durante el seguimiento farmacológico y no farmacológico.</p>

Objetivos	Indicadores de gestión – Indicadores empíricos	Medios de verificación	Supuestos
<p>Objetivo específico 1 Identificar durante la valoración posoperatoria los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que incrementan el nivel de dolor.</p>	<p>Indicadores de producto o resultado Número de pacientes que recibieron valoración posoperatoria para identificar los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que están relacionados con el dolor durante el posoperatorio ambulatorio</p> <p>Indicador empírico Cuestionario del dolor McGill Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE Test de identificación de los síntomas desagradables.</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Cuestionario del dolor McGill aplicados.</p> <p>Inventario de la ansiedad rasgo-estado, IDARE aplicados.</p> <p>Test de identificación de los síntomas desagradables de los pacientes</p>	<p>Asistencia al control posoperatorio.</p> <p>Aceptación del paciente para el diligenciamiento de los instrumentos.</p> <p>Adecuada interacción entre enfermería y el paciente.</p>
<p>Objetivo específico 2 Brindar respuesta a factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que influyen en el dolor durante el posoperatorio</p>	<p>Indicadores de producto o resultado Número de pacientes que recibieron educación posoperatoria para manejo del dolor desde el hogar</p> <p>Indicador empírico Material educativo. "Estrategias amigables con el dolor" y "uso correcto del chaleco"</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Lista de folletos educativos entregados.</p>	<p>Paciente motivado para el cuidado de su salud en casa.</p> <p>Aceptación y claridad en las actividades de la intervención educativa.</p>

Objetivos	Indicadores de gestión – Indicadores empíricos	Medios de verificación	Supuestos
<p>Objetivo específico 3</p> <p>Vincular al cuidador principal en la intervención educativa durante el monitoreo farmacológico y no farmacológico</p>	<p>Indicadores de producto o resultado</p> <p>Número de familiares vinculados en el monitoreo farmacológico y no farmacológico durante el cuidado en el hogar</p> <p>Indicador empírico</p> <p>Certificado de cuidador principal. Registro de monitoreo farmacológico y no farmacológico. Registro de seguimiento telefónico.</p>	<p>Lista de familiares participantes</p> <p>Lista de Certificados de cuidador principal diligenciados</p> <p>Lista de registros de monitoreo posoperatorio farmacológico y no farmacológico</p> <p>Lista de llamadas telefónicas realizadas.</p>	<p>Capacidad de lectura y escritura del paciente y su cuidador principal.</p> <p>Disposición para el registro del monitoreo farmacológico y no farmacológico en casa.</p> <p>Disponibilidad de teléfono para el seguimiento telefónico.</p>

Fuente: datos del estudio. Escala Nivel de dolor McGill (21) Inventario Ansiedad Rasgo – Estado IDARE (22)

Tabla 17. Plan de acción

Objetivo 1: identificar durante la valoración posoperatoria los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que incrementan el nivel de dolor de las personas con posoperatorio de cirugía cardíaca durante el cuidado en el hogar.			
Actividades y subactividades	Recursos	Indicador de evaluación	Medios de verificación
<p>Valoración posoperatoria, que permite la identificación de factores fisiológicos, psicológicos y situacionales relacionados con el dolor.</p> <p>Subactividades: medición y análisis del nivel de dolor a través de la estrategia "evaluando mi dolor".</p> <p>Medición y análisis del nivel de ansiedad a través de la estrategia "evaluando mi ansiedad".</p> <p>Análisis de las respuestas de los pacientes a la estrategia "identificando mis síntomas desagradables".</p>	<p>Humanos: Personal de enfermería - Auxiliar de enfermería.</p> <p>Físicos: Consultorio Escritorio Sillas Instrumentos Mc Gill impresos Instrumentos de Inventario de ansiedad Rasgo – Estado IDARE impresos Test "Identificando mis síntomas desagradables" Impresos Lapiceros</p>	<p>Número de pacientes que recibieron valoración posoperatoria para identificar los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que están relacionados con el dolor y la ansiedad.</p>	<p>Lista de asistencia de pacientes.</p> <p>Cuestionario de dolor McGill aplicados para evaluar el dolor.</p> <p>Inventario Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE aplicados para evaluar la ansiedad.</p> <p>Test de identificación de los síntomas desagradables del paciente.</p>

Objetivo 2: brindar respuesta a los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que influyen en el dolor durante el posoperatorio de cirugía cardíaca a través de una intervención educativa para el cuidado de las personas en el hogar.			
Actividades y subactividades	Recursos	Indicador de evaluación	Medios de verificación
<p>En el control posoperatorio se hace entrega del componente educativo que requiere el paciente para la reducción del dolor para el cuidado de las personas en el hogar.</p> <p>Subactividades: Diseño del material educativo "estrategias amigables con el dolor".</p> <p>Diseño del material educativo "uso correcto del chaleco".</p> <p>Implementación de la intervención educativa para la reducción del dolor durante el posoperatorio de revascularización miocárdica desde el cuidado del hogar.</p>	<p>Humanos: Personal de enfermería - Auxiliar de enfermería.</p> <p>Físicos: Consultorio Folletos educativos Sillas Escritorio Computador Chaleco de paciente</p>	<p>Número de pacientes que recibieron educación posoperatoria para el manejo del dolor desde el hogar.</p>	<p>Lista de asistencia de los pacientes.</p> <p>Lista de entrega de folletos educativos.</p>

Objetivo 3: vincular al cuidador principal en la intervención educativa durante el monitoreo farmacológico y no farmacológico de las personas con posoperatorio de revascularización miocárdica durante el cuidado en el hogar.			
Actividades y subactividades	Recursos	Indicador de evaluación	Medios de verificación
<p>Identificación y entrenamiento de la persona que acompañará el proceso de cuidado desde el hogar.</p> <p>Subactividades: Indagación en los familiares para identificar "mi cuidador principal".</p> <p>Programación de la agenda para el "monitoreo posoperatorio farmacológico y no farmacológico ambulatorio".</p>	<p>Humanos: Personal de enfermería Auxiliar de enfermería</p> <p>Paciente y familiares</p> <p>Físicos: Consultorio Sillas Escritorio Lapiceros Formatos impresos Línea telefónica</p>	Número de familiares vinculados en el monitoreo farmacológico y no farmacológico durante el posoperatorio.	<p>Lista de familiares participantes.</p> <p>Lista de certificados de cuidador principal diligenciados.</p> <p>Lista de registros de monitoreo posoperatorio farmacológico y no farmacológico.</p> <p>Lista de llamadas telefónicas realizadas.</p>

Nota: datos del estudio. Escala Nivel de dolor McGill (21). Inventario Ansiedad Rasgo – Estado IDARE (22).

Resultados

Los pacientes que recibieron la intervención de enfermería centrada en la reducción del dolor se encontraban entre 55 - 75 años, con diagnóstico de revascularización miocárdica de tres vasos, corresponden al género masculino, cuentan con una pareja estable, tienen nivel de escolaridad con estudios de primaria y universitarios.

Fase diagnóstica

En el marco del objetivo 1 se identificaron factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que incrementan el nivel de dolor durante la valoración posoperatoria y allí se encontró que la localización del dolor fue bien delimitada, con características como un pinchazo y como un apretón, la intensidad del dolor causa disgusto, los asusta y puede ser débil hasta soportable; además, se encontró un nivel de ansiedad como estado – rasgo bajo, los síntomas más frecuentes fueron tensión muscular, tos y alteración del sueño. La teoría de síntomas desagradables está centrada en la necesidad de establecer intervenciones de enfermería con abordaje integral de la vivencia del paciente, que permitan personalizar el cuidado de enfermería, mejorando la experiencia del síntoma del dolor desde la práctica del cuidado

en el hogar (23, 24). En la valoración focalizada de los elementos teóricos, se identificaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo con los dominios de salud afectados, basados en la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (25) los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (26) y la Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC) (27) según las necesidades de cuidado del paciente.

Fase de planificación

En el marco del objetivo 2, que brinda respuesta a factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que influyen en el dolor durante el posoperatorio de revascularización miocárdica, se diseñó una intervención educativa que incluyó: a) valoración posoperatoria para identificar los componentes que afectan la naturaleza del síntoma; b) educación de enfermería que reforzó aspectos relacionados con el control del dolor y continuidad de la rehabilitación cardiaca. Se tuvo en cuenta la *Nursing Outcomes Classification* (NOC), de resultados propuestos para el diagnóstico (26).

Fase de ejecución

En el marco del objetivo 3 se vinculó al cuidador principal en la intervención educativa durante el monitoreo farmacológico y no farmacológico, en mutuo acuerdo con el paciente y familiares se asignó la persona para acompañar el proceso de cuidado desde el hogar. Se evidenció que los hijos y la pareja fueron escogidos como cuidadores principales, constituyéndose una red de apoyo en el cumplimiento de recomendaciones, dadas en la intervención educativa, evidenciado en el registro de mi diario en casa, resultado de la motivación y el compromiso con el cuidado en el hogar durante los tiempos asignados. Con el objetivo planteado, la ejecución se desarrolló a través de *Nursing Interventions Classification* (NIC), donde se seleccionaron actividades que apoyaron el cuidado de enfermería acorde a las necesidades identificadas en la paciente (27).

Fase de evaluación

Se utilizaron indicadores específicos de acuerdo con *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que evaluaron las intervenciones de enfermería con el resultado esperado trazado en la etapa de planeación (26). La evaluación final del proyecto evidenció que los pacientes mostraron adherencia al contenido educativo y satisfacción con el desarrollo del mismo.

Discusión

Hallazgos similares fueron encontrados en otros estudios (28-32) después de la aplicación de una intervención de enfermería. Se demuestra que los planes de cuidados para reducir el nivel del dolor contribuyen al bienestar del paciente con revascularización miocárdica. El dolor es el principal síntoma manifestado por pacientes con revascularización miocárdica, por tanto, la aplicación de una intervención de enfermería para reducir el dolor en el posoperatorio de revascularización miocárdica durante el cuidado en el hogar demuestra que los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales incluyen el dolor como un síntoma que asusta puede ser débil hasta soportable; también está presente la tensión muscular, tos y alteración del sueño. Es primordial, vincular al cuidador principal durante el monitoreo farmacológico y no farmacológico, para apoyar el cumplimiento de las estrategias amigables y uso correcto del chaleco.

Conclusiones

Para los profesionales de enfermería, la ejecución de intervenciones educativas permite demostrar resultados positivos en la reducción del dolor durante el cuidado en el hogar. Así mismo, se enaltece el rol de enfermería, se contribuye al abordaje interdisciplinario del paciente haciendo énfasis en la autonomía y jurisdicción en los procesos de atención de enfermería en la práctica del cuidado del paciente con revascularización miocárdica.

Referencias

1. Oliver J, Kashef K, Bader A, Correll D. A survey of patients' understanding and expectations of persistent postsurgical pain in a preoperative testing center. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2016;4(1), 494-501.
2. Abella-Palacios P, Arias-Amézquita F, Barsella AR, Hernández-Porras BC, Narazaki DK, Salomón-Molina PA. Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2021;44(3):190-9. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99666>
3. Roca J, Valero R, Gomar C. Pain locations in the postoperative period after cardiac surgery: Chronology of pain and response to treatment. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*. 2017;64(7):391-400. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-english-444-articulo-pain-locations-in-postoperative-period-S2341192917300926>
4. Castanera A, Cruz V, Lobo A, Buxo M, García A, García MG. *Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca*. 2018. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_04.pdf
5. Chiapinotto S, Dallazen F, Bodnar ET, Winkelmann ER. Nível de dor e grau de independência funcional de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca / nivel de dolor y grau de independencia funcional de pacientes sometidos a la cirugía cardíaca / level of pain and functional independence of patients submitted to cardiac surgery. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2017;31(4). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32184?lang=es>
6. Pengelly J, Pengelly M, Yin Lin K, Royse C, Karri R, Royse A. *Australian and New Zealand Society of Cardiac and Thoracic Surgeons (ANZSCTS) and the Cardiac Society of Australia and New Zealand (CSANZ)*; 2019.
7. Gomes ET, da Costa Galvão PC, dos Santos KV, da Silva Bezerra SMM. Risk factors for anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery. *Enfermería Global*. 2019;18(2):457-69. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322041>.
8. Rodrigues HF, Furuya RK, Dantas RAS, Rodrigues AJ, Dessotte CAM. *Association of preoperative anxiety and depression symptoms with postoperative complications of cardiac surgeries*. 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517589/>

9. Liberato ÂM, Brandão YK, de Azevedo KM, Canafístula de Souza FD, Fernandes MA. Fatores que contribuem para reinternação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. *Enfermagem em Foco*. 2020;11(5):104–9. <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1177309?src=similardocs>
10. Bjørnnes A, Parry M, Lie I, Falk R, Leegaard M, Rustøen T. The association between hope, marital status, depression and persistent pain in men and women following cardiac surgery. *BMC women's health*. 2018;18(1), 2. doi:10.1186/s12905-017-0501-0
11. Navarro-García MÁ, de Carlos Alegre V, Martínez-Oroz A, Irigoyen-Aristorena MI, Elizondo-Sotro A, Indurain-Fernández S. Quality of sleep in patients undergoing cardiac surgery during the postoperative period in intensive care. *Enfermería Intensiva*. 2017;28(3):114–24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28082011/>
12. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. *Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor*. 2013. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf
13. Mansilla EJ. Herramientas de telesalud para el seguimiento posoperatorio de enfermería en servicios de cirugía mayor ambulatoria. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020;36(3):1–12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000300018
14. González A, Zamora H, Contreras C, Ibacache F. Cirugía ambulatoria: ¿qué hacer en el período posoperatorio? Desde el término de la cirugía hasta el control domiciliario. (Spanish). *Revista Chilena de Cirugía*. 2018;70(5):474–9. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000500474
15. Calderón A. Efecto de una intervención de enfermería en el periodo perioperatorio para el control del dolor del paciente adulto en el postoperatorio inmediato durante su estancia en la unidad de cuidados postanestésicos. Universidad de La Sabana; 2017.
16. Priebe A, Cezar SM, Rolim J. Nursing care for patient in post operator heart surgery in the Intensive Care Unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(2):1–8. <https://www.scielo.br/j/reben/a/PVNRGpQ4ncpHmztdCrtFmZn/?format=pdf&lang=en>
17. Kaiomakx A, Ferreira F, Borges M, Gomes R, Santos M. Postoperative myocardial revascularization: possible diagnosis and nursing interventions. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*. 2019;11(3):801–8. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6976>

18. Pabón NG, Rivera Alvarez LN. Eficacia de la música en la reducción del dolor posoperatorio de cirugía cardíaca. *Avances en Enfermería*. 2020 ;38(3):358–68. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/86026>
19. Kakar E, Billar RJ, van Rosmalen J, Klimek M, Takkenberg JJM, Jeekel J. Music intervention to relieve anxiety and pain in adults undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart*. 2021; 8:1–9. <https://open-heart.bmj.com/content/8/1/e001474>
20. Rascón-Martínez M, Rojas-Vera F. Analgesia preventiva en el dolor postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2019;42(3):221–3. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88650>
21. CaberSam. The development of a spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eu J Psychol Assessment*. 1994;10(2): 145-51. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=133>
22. Rojas K. Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica Del IMSS*, 2010;48(5), 491.
23. Bernal C, Céspedes V, Sanhueza O. Modelo conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica. 2018;311-326. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n3/1657-5997-aqui-18-03-00311.pdf>
24. Bernal-Cárdenas C, Céspedes-Cuevas V, Sanhueza-Alvarado O. *Modelo conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica*. 2018;18(3):311-326. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n3/1657-5997-aqui-18-03-00311.pdf>
25. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros, definiciones y Clasificación 2018 -2020*. 11a ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
27. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
28. Souza F, Da Silva R, Poveda B, Costa A. Intervenciones no farmacológicas en el sueño de pacientes sometidos a una cirugía cardíaca: revisión sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2926.pdf

29. Miozzo P, Stein C, Bocet C, Plentz D. Massage therapy reduces pain and anxiety after cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Trials and Regulatory Science in Cardiology*. 2016;23–24:1–8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405587516300324>
30. Reaza A, Rodríguez B. Effectiveness of nursing educational interventions in managing post-surgical pain. Systematic review. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2019;37(2),10. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e10>
31. Poulsen, M. J., y Coto, J. (2018). Nursing Music Protocol and Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 19(2), 172–176. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29153918/>
32. Silva R, Martins M, Jardim H. Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care. *Journal Of Perioperative Practice*. 2016;26(6), 145–147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27498440/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses de tipo laboral, de investigación, económicos o morales.

CAPÍTULO 9

LA SALUD, UN ELEMENTO DEL METAPARADIGMA PRESENTE EN FILOSOFÍAS, MODELOS TEÓRICOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

*Health, an element of the metaparadigm present in philosophies,
theoretical models, and nursing theories*

*Saúde, um elemento do metaparadigma presente nas filosofias, modelos
teóricos e teorias de enfermagem*

Mónica Peñaloza García¹³

Resumen

Introducción: el concepto de salud ha cambiado a través de la historia adquiriendo diferentes expresiones según el paradigma imperante de la época. En este sentido, se ha otorgado un significado especial en el metaparadigma enfermero cuando cada autor describe, de manera ideal, este elemento según el fenómeno de interés presente en el acto de cuidado.

13 Departamento Atención Clínica y Rehabilitación, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia. Correo electrónico: monicapg7@ufps.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8297-7146>

Objetivo: describir las declaraciones sobre el concepto de salud que los autores le han dado a este elemento del metaparadigma en las filosofías, los modelos teóricos y las teorías de enfermería de los textos de referencia.

Método: se realizó una revisión bibliográfica tomando el libro de Modelos y teorías en enfermería de las autoras Alligood y Tomey en diferentes ediciones, para abarcar la mayor cantidad de autores, proponiendo una pregunta guía a través del acrónimo PICO y haciendo búsqueda de publicaciones disponibles en bases de datos electrónicas a través de internet para enriquecer la narrativa. Los datos de transcripción textual de los conceptos de salud descritos por las teóricas se procesaron mediante la herramienta ATLAS. Ti.

Conclusión: las declaraciones sobre el concepto de salud se agruparon en categorías con elementos en común que se superponen entre ellas, sin embargo, sirvieron para generar un concepto global de Salud a enfermería que lleva implícita la necesidad del profesional por conservar sus condiciones de salud óptimas ante la demandante atención de personas, familias o colectivos en diferentes escenarios ambulatorios o clínicos, mostrando coherencia en su actuación.

Palabras clave: salud, filosofía, teoría de enfermería.

Abstract

Introduction: *the concept of health has changed throughout history, acquiring different expressions according to the prevailing paradigm of the time. In this sense, a special meaning has been given to the Nursing metaparadigm when each author ideally describes this element according to the phenomenon of interest present in the act of care.*

Objective: *to describe the statements about the concept of health that the authors have given to this element of the metaparadigm in the philosophies, theoretical models and nursing theories of the reference texts.*

Method: *a bibliographic review was carried out taking the Nursing Models and Theories book by the authors Alligood and Tomey, in different editions to cover the greatest number of authors, proposing a guiding question through the PICO acronym and searching for publications available in electronic databases through the internet to enrich the narrative. The textual transcription data of the health concepts described by the theoreticians were processed using the ATLAS.ti tool.*

Conclusion: *statements about the concept of health were grouped into categories with common elements that overlapped each other; however, they served to generate a global concept of Nursing Health that implicitly implies the professional's need to maintain optimal health conditions in the face of the demanding care of individuals,*

families or groups in different outpatient or clinical settings, showing coherence in their performance.

Keywords: *health, philosophy, nursing theory.*

Resumo

Introdução: *o conceito de saúde mudou ao longo da história, adquirindo diferentes expressões de acordo com o paradigma vigente na época. Nesse sentido, um significado especial tem sido dado ao metaparadigma da enfermagem quando cada autor descreve idealmente esse elemento de acordo com o fenômeno de interesse presente no ato de cuidar.*

Objetivo: *descrever as afirmações sobre o conceito de saúde que os autores deram a esse elemento do metaparadigma nas filosofias, modelos teóricos e teorias de enfermagem dos textos de referência.*

Método: *foi realizada revisão bibliográfica a partir do livro modelos e teorias de enfermagem dos autores Alligood e Tomey, em diferentes edições para abranger o maior número de autores, propondo uma questão norteadora por meio da sigla PICO e buscando publicações disponíveis em bases de dados eletrônicas por meio de a internet para enriquecer a narrativa. Os dados de transcrição textual dos conceitos de saúde descritos pelos teóricos foram processados por meio da ferramenta ATLAS.ti.*

Conclusão: *os depoimentos sobre o conceito de saúde foram agrupados em categorias com elementos comuns que se sobrepuseram; entretanto, serviram para gerar um conceito global de saúde de enfermagem que implica implicitamente na necessidade do profissional de preservar suas condições ótimas de saúde diante da demanda de cuidados de indivíduos, famílias ou grupos em diferentes ambientes ambulatoriais ou clínicos, mostrando coerência em sua atuação.*

Palavras-chave: *saúde, filosofia, teoria de enfermagem.*

Introducción

El concepto de salud ha sido ajustado a través del tiempo, diferentes ideas sobre el tema se fueron adoptando de la tradición; por ejemplo, en la historia del cuidado de enfermería, la etapa doméstica representaba la noción de salud como “**mantenimiento de la vida**”, mientras en la vocacional tuvo un “**valor religioso**” influenciado por la devoción cristiana; no obstante, en la etapa técnica se forjó como la “**lucha contra la enfermedad**” con el descubrimiento de los factores causales y la existencia de inventos como el microscopio, entre otros; finalmente, profesionalmente, adquirió la concepción de “**equilibrio entre sujetos y entorno**”, instaurando nuevas pautas para la atención de personas y colectivos (1, 2).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene su definición como **“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**; está pensada como derecho fundamental de toda persona y como una inquietud significativa de quienes presiden las naciones, donde el contexto les señala diferentes perspectivas que orientan los servicios preventivos y/o curativos que se prestan. Allí mismo, le incorpora la premisa ambiental o ecológica y le introduce el aspecto cultural y religioso desde una configuración espiritual(3-7). Así mismo, se han ido adicionando otros elementos como la **“ausencia de enfermedades o invalidez”** relacionado con la **“capacidad de funcionamiento”** de la persona, abarcando aspectos subjetivos sobre el bienestar físico, mental y social, y objetivos como los determinantes de la salud, entre los que se encuentran características biológicas y genéticas individuales, entorno, hábitos de vida e infraestructura sanitaria, que son aspectos a considerar en actividades de promoción de la salud (8).

Siguiendo esta misma línea, algunos autores subrayan la salud como un **“estado armónico de las funciones biológicas del ser humano con el mundo que habita y lo rodea”**, destacando los derechos a la igualdad y justicia, en unas relaciones humanas, globalizadas y homogéneas (7, 9); estos conceptos conservan similitudes con las definiciones de la Real Academia Española (RAE), (11) en la que salud es el **“estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”**(10) y del tesoro de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), donde es el “estado del organismo cuando funciona de manera óptima, sin evidencia de enfermedad” .

No obstante, enfermería también ha dado su concepto de salud desde diferentes perspectivas observándose en sus filosofías, modelos teóricos y teorías en un intento por entender, describir, explicar, predecir y controlar acontecimientos de una profesión y disciplina académica con amplio componente social, influenciados por el paradigma imperante de un grupo de personas que compartieron condiciones en común en torno a una ciencia y que influyó en diferentes saberes. En ese proceso de ser reconocida como ciencia se requirió el acceso de sus profesionales a maestrías y doctorados en enfermería y otras disciplinas, aspecto que intervino en la concepción del cuidado y la identificación de fenómenos en la práctica plasmados a través de investigación (12-15).

En esa construcción teórica, se identificaron cuatro elementos globales que describen los fenómenos centrales de interés para Enfermería, expuestos en forma de conceptos, premisas o suposiciones a la comunidad científica donde cada teorista le imprime un significado. Este **metaparadigma** presenta una estructura organizativa común a la práctica del cuidado y es explícito en algunos autores mientras que en otros no tanto, siempre relacionados con el objeto de estudio pudiendo ser denominados de diferente manera; en este caso se destaca el concepto de salud, llamado también **bienestar** o **calidad de vida**, sin dejar de lado su relación con los demás elementos como **persona, entorno** y **cuidado** (16-21).

En términos generales, diferentes autores y organizaciones han trabajado el concepto de salud, manteniendo semejanzas en sus enunciados; por esta razón, se propuso como objetivo describir las declaraciones sobre el concepto de salud que los autores le han dado a este elemento del metaparadigma en las filosofías, los modelos teóricos y las teorías de enfermería de los textos de referencia y otras contribuciones de la literatura disponible.

Para esta revisión se utilizaron ejemplares de cuatro diferentes ediciones del libro de “*Modelos y teorías en enfermería*” de Alligood y Tomey, que busca abarcar la mayor cantidad de autores. Adoptando el acrónimo PICO (22-23) se propuso la pregunta guía: ¿cuáles son las declaraciones sobre el concepto de salud que los autores le han dado a este elemento del metaparadigma en sus filosofías, modelos teóricos y/o teorías de enfermería? Se realizó búsqueda de literatura a través de internet, disponible en bases de datos electrónicas a través de palabras clave como “salud”, “filosofía” y “teoría de enfermería” de acuerdo con los descriptores en ciencias de la salud (Medical Subjects Headings, MeSH) del Index Medicus y su equivalencia de términos en español a través del tesoro de *Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS (Bireme)*, empleando los operadores booleanos AND y OR para delimitar la búsqueda y aceptando referencias en español, inglés y portugués. También, se hizo la búsqueda con el nombre de las autoras y/o sus filosofías, modelos teóricos y teorías de enfermería para enriquecer la narrativa. Los datos de transcripción textual de los conceptos de salud hallados se procesaron mediante el *software* ATLAS. Ti (24-26) clasificándolos según categorías.

Desarrollo: declaraciones sobre la salud

Existen publicaciones que abordan el tema de salud desde una perspectiva biomédica y de salud pública y desde otro punto de vista, los antecedentes sobre el tema permitieron ubicar el concepto de salud en teoristas de enfermería que describieron este elemento del metaparadigma en sus escritos, mencionando aquellas vigentes y otras, de valor histórico o en desarrollo, que no se encuentran en ediciones recientes de los libros de referencia (16-20).

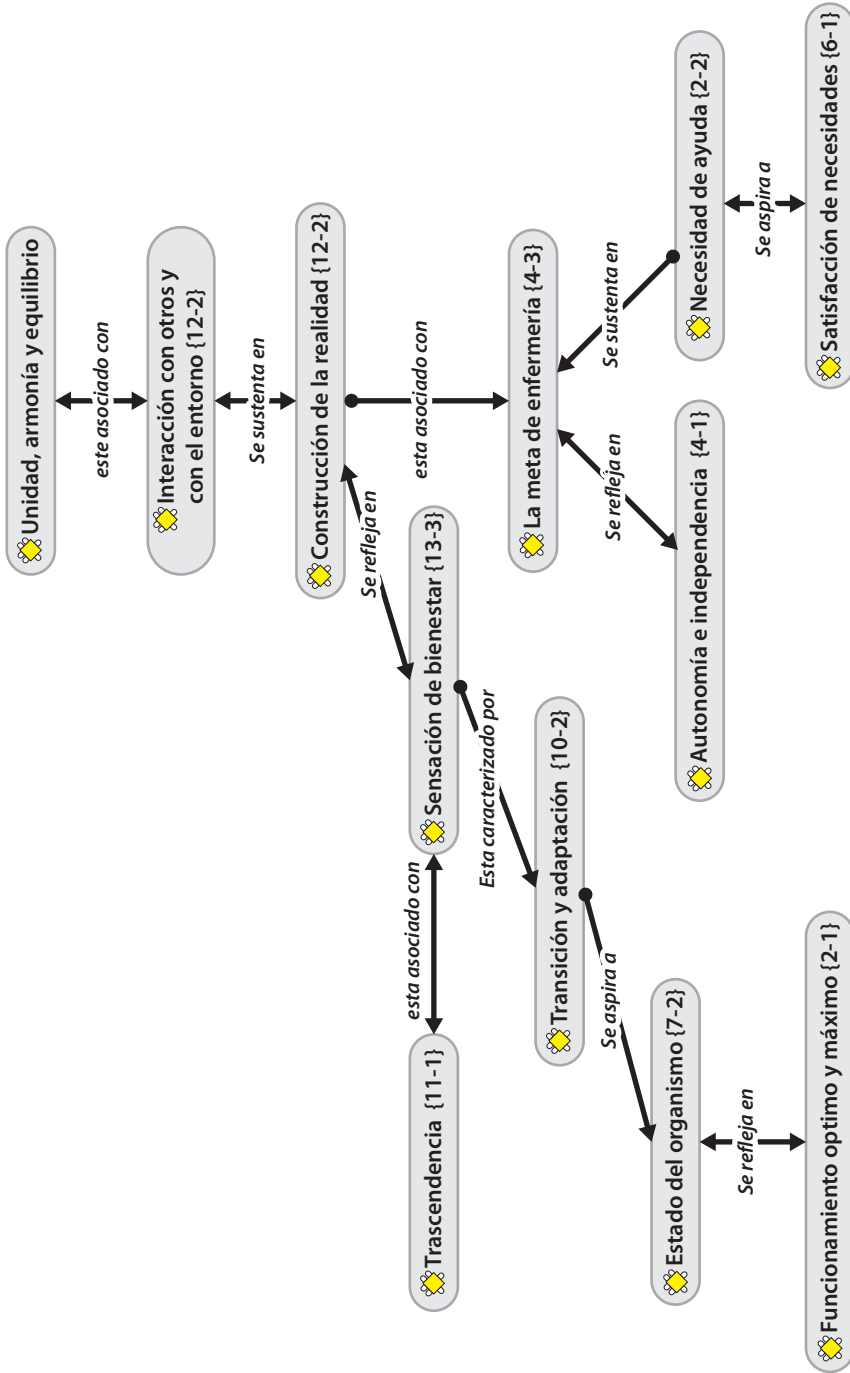
Filosofías enfermeras: Nightingale, Henderson, Abdellah, Wiedenbach, Hall, Watson, Ray, Benner, Martinsen, Eriksson. **Modelos enfermeros (Modelo Conceptual: Gran Teoría):** Roper, Logan y Tierney, Levine, Rogers, Orem, King, Newman, Roy, Johnson. **Teorías enfermeras:** Boykin y Schoenhofer, Leininger, Erickson, Tomlin y Swain, Meleis, Pender, Newman, Parse, Husted y Husted. **Teorías intermedias enfermeras (Teoría enfermera de nivel medio):** Peplau, Travelbee, Barnard, Adam, Orlando, Riehl – Sisca, Fitzpatrick, King, Mercer, Mishel, Reed, y Dodd, Barker, Kolcaba, Beck, Swanson, Ruland y Moore, Gaskill, Mermann y Hainsworth (16-19). **Nuevos desarrollos teóricos:** que no aparecen en los libros de referencia: Lenz, Pugh, Milligan y Gift, Resnick, Paterson y Zderad (20,27-29).

Cabe aclarar que algunas autoras no definen abiertamente el concepto de **salud**, entre ellas Wiedenbach, Rogers, Barnard, Orlando, Beck, Wiener y Dodd, Ruland y Moore, que abordan el tópico de salud con sus enunciados sin que sea visible explícitamente en la teoría.

En este sentido, a partir del análisis realizado, se hallan familias y redes de familias de códigos que permiten identificar estas grandes categorías (Figura 12):

- **Meta de enfermería:** es el fin u objetivo hacia el que van dirigidas las acciones y deseos de personas, familias, comunidades o colectivos (10). Para las teóricas de Henderson, Adam y Riehl “la salud es la meta” del profesional y representa la “satisfacción de necesidades” del sujeto “utilizando diferentes recursos” para ese propósito y conservando cualidades como “fuerza, voluntad o conocimiento” (16-19).
- **Satisfacción de necesidades:** percepción de complacencia de un individuo cuando ha hecho realidad un deseo o ha cubierto alguna carencia de algo que considera imprescindible (10). Las teóricas Henderson, Abdellah y Newman B mencionan que cuando hay salud se evidencia el “bienestar o estabilidad óptimos y la persona no tiene necesidades insatisfechas ni deterioros reales o previsibles”(16-19).
- **Sensación de bienestar:** estado subjetivo de una persona que ha cubierto requerimientos físicos, psicológicos o sociales de manera positiva, experimentado con comodidad, tranquilidad y felicidad (10, 30). Dentro de la definición de salud, autoras como Orem, Travelbee, Rogers, Fitzpatrick y Nightingale lo enlazan con la “inexistencia de malestar y la percepción de un estado dinámico de bienestar subjetivo físico, emocional, espiritual”(16-19).

Figura 12. Esquema del concepto de salud a la luz de las filosofías, los modelos teóricos y las teorías en enfermería



Nota: construcción propia basada en los conceptos de salud de los teóricos de enfermería.

- **Estado del organismo:** capacidad para mantener la estabilidad u homeostasis al interior de sus cuerpos en el medio en que se desenvuelven (10). Para teóricas como Watson, Eriksson, Swanson, Wiedenbach, Pender, Martinsen, King, Johnson, Ruland y Moore, la salud es un “estado físico, mental y social positivo con un alto nivel de funcionamiento, adaptación-mantenimiento y ausencia de enfermedad dentro del entorno y su contexto, con aprovechamiento máximo de energías” (p. 850); también piensan que posee “movimiento e integración, firmeza, frescor y bienestar del cuerpo, alma y espíritu con un sentimiento de plenitud, en posesión de facultades para cumplir con sus responsabilidades, desarrollar un sentido de integridad y autoestima y regular sus propios comportamientos” (p. 809) (16-19).
- **Funcionamiento óptimo y máximo:** capacidad de obtener el mayor rendimiento en sus funciones para aprovechar recursos y alcanzar resultados beneficiosos en el tiempo (10). En ese contexto, autoras como Parse *et al.* proponen que “la salud no solo refleja el estado bio-psico-social dinámico del organismo, sino la oportunidad de vivir el ciclo vital de la mejor manera posible y con una conciencia individual que permita equilibrar necesidades estructurales y funcionales para aumentar la calidad de vida” (p. 850). Del mismo modo, se refieren a la salud como un “proceso fluido, un compromiso, creación y responsabilidad personal del paciente, familia, comunidad o profesional de la salud para alcanzar el máximo potencial de uno mismo y el rendimiento para la vida diaria dominando sentimientos y motivaciones” (p. 809) (16-19).
- **Unidad, armonía y equilibrio:** unidad, descrita como indivisible, no se fragmenta sin alterarse o destruirse; y armonía, definida como relación de paz, concordia y entendimiento entre dos o más personas o cosas; ambas incluyen proximidad, continuidad, similaridad, repetición de patrones, etc.; mientras equilibrio en salud implica la responsabilidad para prevenir y mantener su estado físico, mental y espiritual (10). Por ello, para autores como Paterson y Zderad, Eriksson, Watson, Erickson, Tomlin y Swain, la salud es vista con un sentido de totalidad, unidad y armonía en mente, cuerpo, alma y espíritu; un estado de bienestar físico, mental y social en una persona holística, que conlleva un estado de equilibrio dinámico en permanente construcción (16-19, 27-29).
- **Interacción con otros y con el entorno:** acción que ejerce un individuo con objetos, personas, animales, vegetación, agentes, fuerzas, funciones, etc. de manera recíproca (10). Para autores como Mercer, Newman M, Levine, Leininger y Martinsen, la salud refleja un valor definido por la cultura, adquirida a través de relaciones satisfactorias con la familia y los demás, en un patrón evolutivo determinado por la capacidad de actuar de un modo razonablemente normal, de la mejor manera posible y con una conciencia individual (16-19).

- **Autonomía e independencia:** principios del ser humano con capacidad de actuar según su criterio y conocimiento de la situación, sin la intervención o tutela de otros (10). En esta categoría, autoras como Peplau, Henderson, Adam y Levine, refieren que la salud permite el retorno a la identidad donde los individuos son libres y capaces de perseguir sus intereses aprovechando sus recursos, para tener una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva (16-19, 27-29.)
- **Necesidad de ayuda:** elemento que el ser humano requiere para vivir de manera plena y saludable, a través de acciones de colaboración y solidaridad en que se resguarda la integridad de otros (10). En este aspecto, Wiedenbach, Roper, Logan y Tierney describen que la salud puede requerir “un proceso de ayuda determinado por un paciente que lo necesita”, tratando de mantener una “independencia asistida” para lograr un “estado de salud positivo” (16-19).
- **Transición y adaptación:** transición como el cambio de estado para transformar una realidad y adaptación como proceso de ajuste a las condiciones que la situación presente (10, 31). En esta categoría autores como Roy, Meleis, Barker, Mishel, Wiener y Dodd, Gaskill, Mermann y Hainsworth, sugieren que salud es el proceso de ser y convertirse en un individuo completo en interrelación con el entorno e integrado fisiológica, psicológica y socialmente, alcanzable mediante transiciones complejas y multidimensionales que se manifiestan a través del flujo y movimiento en el tiempo y cambios en patrones básicos de vida en entornos cambiantes que incluyen recursos internos para vivir con su fragilidad y dar significado a la situación, aceptando la enfermedad y sus pérdidas vitales (16-19).
- **Construcción de la realidad:** la realidad se construye desde un punto de vista social a través de procesos dialécticos y relacionales que les dan una interpretación a fenómenos que no se pueden ignorar (32). En ese contexto, autores como Ray, Benner, Reed, Beck, Lenz, Pugh, Milligan y Gift, proponen que las personas construyen su realidad de salud en relación con la biología, los patrones mentales, las características de su imagen del cuerpo, mente y alma, la etnicidad y estructuras familiares, de la sociedad y la comunidad y las experiencias de cuidado que dan significado a las maneras complejas de vida. De igual manera, estar sano implica diferentes modos de encontrarse en el mundo, experiencias humanas positivas o negativas con actividades funcionales y cognitivas en respuesta a las vidas y los ambientes que las rodean, capaces de generar valores y un entorno específico para mejorar el bienestar (16-19,27-29).
- **Trascendencia:** consecuencia o repercusión importante de un hecho. Cuando se aplica a una persona se expresa como la necesidad de superar algo determinado con la intención de dejar un legado (10). Sobre el particular, autores como Peplau, Husted, Resnick, Boykin y Schoenhofer, mencionan que la salud adquiere un significado especial cuando existe un retorno a la

identidad hacia niveles más altos de conciencia y un avance de la personalidad y otros procesos humanos en favor de una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva, haciéndose libre y dando rienda suelta a su propio poder de curación con una mayor conciencia del significado de la vida, esto en permanente transformación hacia una totalidad y santidad más profundas para encontrar significado, vida y amor. Igualmente, en el personal de salud es el proceso de vivir, cuidar y crecer en el cuidado, siendo auténtico, demostrando congruencia entre creencias y comportamientos y viviendo el significado de cada vida para conseguir felicidad y bienestar mediante el cumplimiento de metas u objetivos ante las expectativas de autoeficacia y resultado, evidenciado cuando se comprende, expresa y compromete en el respeto de normas bioéticas fundamentales (16-19, 27-29).

Según lo anterior, diferentes autores han intentado cubrir la mayor cantidad de escenarios posibles en salud, con similitudes en sus postulados. Algunos han desarrollado indicadores empíricos aplicables en la práctica y otros poseen abordajes más cualitativos (33-35). Por ello, “meta” podría traducirse en “satisfacción o nivel de vida del ser humano en permanente desarrollo”; así mismo, las “necesidades” en una persona podrían ser “compañía, comodidad, tranquilidad y paz”. Mientras para una familia puede referirse a “seguridad, información, proximidad, confort y apoyo” y para la comunidad indique “el control de factores de riesgo” existen realidades específicas para construir nuevas teorías.

Por su parte, poseer salud puede traducirse en la capacidad de autoeficacia del individuo para cuidar de sí mismo y sentirse útil (36). En época de pandemia, en el mantenimiento de la unidad bio-psico-socio-familiar y espiritual del sujeto ante una amenaza desconocida adquirió un significado especial en el colectivo ante la oportunidad de preservar la vida, adaptándose a las incapacidades o limitaciones y trascendiendo al valorar cosas sencillas que le dan sentido a la existencia (37).

Este elemento del metaparadigma enfermero está incorporado al acto de cuidado y dirigido a un receptor cuyas respuestas humanas requieren intervenciones orientadas hacia el mantenimiento de su condición o modificación de comportamientos, mejoría de signos y síntomas, prevención de complicaciones, rehabilitación de secuelas o una muerte tranquila.

En consonancia con los hallazgos, los autores de las filosofías, modelos teóricos y teorías de enfermería le han impreso un sello propio a cada concepto de salud según el fenómeno de estudio expresado en sus contribuciones; en ellas se identifican las categorías descritas, algunas en común y otras que se distancian, las cuales permiten construir una definición global para este elemento metaparadigmático, propuesto de la siguiente manera:

“La **salud** es representada como la meta de la enfermería y ésta se refleja en la autonomía e independencia del individuo que es sustentada mediante una relación

de ayuda profesional que aspira a satisfacer sus necesidades; dichas necesidades han sido construidas de la realidad a partir de la interacción con otros y con el entorno en la búsqueda de unidad, armonía y equilibrio para sus vidas; esa realidad anticipa una sensación de bienestar que es capaz de trascender a diferentes niveles y se evidencia en procesos exitosos de transición y adaptación del sujeto de cuidado donde el organismo presenta un estado de funcionamiento óptimo y máximo”.

Como se observa, salud no es solo la “ausencia de enfermedad”, **salud** incluye acciones que promueven la armonía en todas las esferas del ser humano (38) y por ello, enfermería lo incluye en sus postulados teóricos como un marco de referencia; no obstante, queda camino por recorrer para el uso de estos referentes como soporte de la práctica, notándose su uso casi exclusivo en diferentes niveles del proceso de formación académica, un poco porque los fenómenos advertidos en el ejercicio profesional son cotidianos y no son considerarlos elementos con los que se pueda desarrollar una teoría por lo que no revisten tanta importancia para el recurso humano dedicado al cuidado, y otro, por considerar la investigación como algo no compatible con la experiencia (39), la invitación emerge para alcanzar la salud a través del cuidado de enfermería.

Conclusiones

Las declaraciones sobre el concepto de salud que los autores le han dado a este elemento del metaparadigma en sus filosofías, modelos teóricos y teorías de enfermería a través del tiempo, se agrupan en varias categorías relacionadas entre sí, pues en su momento fueron influenciadas por sus experiencias en el cuidado que les inspiró el fenómeno de estudio a través del cual gira cada contribución a la ciencia de enfermería; no obstante, se asemejan a las definiciones oficiales emitidas por autoridades y organizaciones en el mundo; sobre el particular, estas categorías permitieron proponer un **concepto global de salud para enfermería**.

En esta dinámica, enfermería intenta recuperar, mantener o mejorar el estado físico, emocional, espiritual y social del ser humano a través de sus intervenciones, involucrando la participación de la persona para modificar algunos aspectos de su vida y alcanzar unos resultados esperados; sin embargo, propone también que el profesional del cuidado debe conservar para sí mismo unas condiciones de salud óptimas ante la demandante necesidad de atención en los diferentes contextos administrativos, ambulatorios o clínicos, mostrando coherencia en su desempeño profesional.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener ningún conflicto de interés.

Apoyo financiero: este artículo no recibió financiación alguna.

Contribución de la autora: la concepción y diseño del trabajo, redacción del artículo y su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales.

Referencias

1. García C, Martínez ML. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid. Harcourt,SA; 2001.
2. Martín MLM, Rebollo EC. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona. Elsevier Health Sciences; 2017.
3. United Nations World Health Organization Interim Commission. *Official Records of the World Health Organization (WHO)*. 1946 <https://bit.ly/3i1aE8W>
4. Martins-Goncalves A, Roseni R, Gómez-Serrano C. “El cuidado en la historia de Enfermería”. En: De Sena RR. *Educación de Enfermería en América Latina*. Red de Enfermería en América Latina Universidad Nacional de Colombia; 2000.
5. Escobar MB, Rivera DCC, Duque MIO. Contexto laboral de la Enfermería en Colombia. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2018; 19(1):66-72. <http://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/21/23>
6. Verderese O. Análisis de la enfermería en la América Latina. *Educ Méd Salud*.1979; 13(4):315-40. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-5145>
7. Hoyo DEH, Losardo RJ, Bianchi RI. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 2021; 134(1):18-25. <https://bit.ly/3zz8DqD>
8. DeLa Guardia GMA, Ruvalcaba LJC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020; 5(1):81-90. <https://bit.ly/3ruAxkF>
9. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Declaración de los Derechos Humanos*. 1948. www.un.org/es/documents/udh
10. Real Academia Española. *Ipsa facto*. 2005 <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?id=nLDUOIdvFD6n3BBrKJ>
11. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS. 2017. <http://decs.bvsalud.org/E/homepage.htm>
12. Hernández YN, Machado NJ, Meneses LG. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2018; 22(2),231-243. <https://bit.ly/3ug9uN2>
13. De Villalobos MMD. *Desarrollo Investigativo y Teórico de Enfermería*. En: De Villalobos MMD. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Proyecto INNOVAR. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2001.

14. Mora ALV. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. María Mercedes Durán de Villalobos. *Avances en Enfermería*. 1998; 16(1-2),101-103. <https://bit.ly/3NO4MxP>
15. Atencia Conde-Pumpido PL, Moreno LF (dir). *Un análisis de la posición filosófica de Thomas S. Kuhn a la luz de su tesis de la inconmensurabilidad* [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2019. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51266/>
16. Alligood MR, Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ªed. Harcourt,SA; 1999.
17. Alligood MR, Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ªed. Barcelona: Elsevier; 2011.
18. Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 8ªed. Barcelona: Elsevier. 2015
19. Alligood MR, Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences; 2018.
20. Román CAL. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *RevCubanaEnferm*. 2017; 33(4):1-12. <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>
21. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera L. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *RevCubanaEnferm*. 2017; 33(3). <https://bit.ly/38BoDA8>
22. Oviedo CP, Viteri JS. Pregunta de investigación y estrategia PICOT. *Medicina*. 2015; 19(1):66-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5584874>
23. Da Costa Santos CM, De Mattos Pimenta CA, Cuce Nobre MR. Estrategia pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(3). <https://acortar.link/VIOZrh>
24. Varguillas C. El uso de ATLAS. ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido. *Laurus, Revista de Educación*. 2006; 12(Ext):73-87. <https://www.redalyc.org/pdf/761/76109905.pdf>
25. Pastor L, Chrobak R, Chrobak E, Ponzoni M, Barraza P, Rodríguez G. *Investigación cualitativa: mapas conceptuales generados a partir del software ATLAS. ti y el aprendizaje significativo de los investigadores*. En: Concept Maps: theory, methodology, technology. Proceedings of the Fifth International Conference on Concept Mapping; 2012. <http://cmc.ihmc.us/cmc2012Papers/cmc2012-p157.pdf>

26. Blanco H. Análisis de datos cualitativos y atlas. ti: una experiencia de formación. *Revista Universitaria: Docencia, Investigación e Innovación*. 2012; 1(1):103-114. <http://funes.uniandes.edu.co/9461/>
27. Ariza-Olarte C. Modelo de cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. *Ciencia y enfermería*. 2016; 22(1):35-46. https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n1/art_04.pdf
28. Paterson J, Zderad L. Humanistic nursing theory with clinical applications. En: Parker M, editores. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008. p. 174-191. <https://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/64882/1/2.pdf#page=174>
29. Saldaña DMA. Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*; 2007; 9(1), 7-18.
30. Collado-Damas L. *Mecanismos neurobiológicos de las emociones positivas y el bienestar* [Tesis de grado]. Andalucía: Universidad de Jaén; 2022. <https://hdl.handle.net/10953.1/17127> [citado el 4 de abril de 2022].
31. Pérez AD, Jaime M, Montesinos M, Tomaylla Y. La transición y el proceso de adaptación a la universidad en estudiantes universitarios: una revisión integrativa de la literatura. *Revista Inclusiones*. 2020; 7(4):244-258. <https://bit.ly/3uiMOeS>
32. Henríquez, RY. La construcción social de la realidad: la posición de Peter L. Berger y Thomas Luckmann. *Ars Boni et Aequi*. 2010; 6(2): 289-304. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262960>
33. Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory for nursing*. Theory of self-efficacy. Springer Publishing Company. 2003.
34. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge*. En: Fawcett J. *Nursing Models and Theories*. Philadelphia; F.A. Davis Company; 2000.
35. Chinn P, Kramer M. *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 7ªed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2011.
36. Tapia C, Iturra V, Valdivia Y, Varela H, Jorquera M, Carmona A. *Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud*. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2017 [Citado el 25 de abril de 2022]; 23(3): 35-45. <https://bit.ly/3FYkyT8>

37. Petatan Barcenás Y. *Proceso atención de enfermería de tercera generación en paciente consciente positiva a Covid-19 con ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados intensivos*. [Trabajo de grado]. Acapulco de Juárez: Universidad Autónoma de Guerrero, 2021. <https://bit.ly/3lod4iX>
38. Caricote E, Figueroa E. La salud como valor. *Revista Educación en Valores*. 2006; 1(5):69-78. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/a3n5/3-5-6.pdf>
39. De Villalobos MMD. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Facultad de Enfermería. 2001.

CAPÍTULO 10

LA SALUD DE LOS NIÑOS EN LA MIGRACIÓN: COMPRENDIENDO SU IMPACTO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO Y LA SALUD GLOBAL

Children's health in migration: understanding its social impact from a global health and care perspective

A saúde das crianças na migração: compreendendo seu impacto social a partir de uma perspectiva global de saúde e cuidados

Ureña-Molina María del Pilar¹⁴

Resumen

Los niños migrantes son seres vulnerables por su edad, el grado de dependencia o de cuidado especial que requieren para crecer y desarrollarse, además enfrentan una realidad social compleja que puede afectar la integridad de sus derechos.

Objetivo: analizar la situación de vulnerabilidad social de los niños en los contextos de migración desde las perspectivas de cuidado y la salud global. **Metodología:** se realizó una revisión del estado del arte sobre niñez, migración y salud, en las bases de datos de Google, Scielo, Pubmed, Web of Science, Scient Direct, Lilacs, Scopus,

14 Enfermera, especialista en cuidado crítico pediátrico, Magister en Enfermería. Profesor Auxiliar, Universidad Francisco de Paula Santander.

Biblioteca Virtual de la Salud (BVS). **Resultados:** la revisión permitió identificar los antecedentes migratorios en la población infantil, así como comprender el fenómeno migratorio como un factor determinante de la salud por constituir el contexto, las condiciones y las circunstancias en las cuales se presentan cambios en los procesos de salud-enfermedad transnacionales, con fuertes repercusiones en la calidad de vida de las personas implicadas y más vulnerables. Conclusiones: los riesgos y los problemas para la salud infantil derivados del fenómeno migratorio representan un desafío para los sistemas económicos, sociales y culturales de los países, y requieren de medidas integrales y articuladas para su atención.

Palabras clave. vulnerabilidad social, salud infantil, migrantes.

Keywords: social vulnerability, child health, transients and migrants.

Palavras chave: vulnerabilidade social, saúde da criança, migrantes.

Introducción

La migración se ha convertido en un fenómeno global desafiante para los sistemas políticos, económicos y sociales de las sociedades receptoras, debido al crecimiento sustancial de la población mundial de desplazados forzosos. Son los conflictos violentos, las crisis económicas, las emergencias humanitarias por desastres naturales o cambios climáticos, las razones que están ocasionando en las personas la necesidad de abandono de sus países de origen hacia otras naciones, representando desplazamientos forzosos que impactan fuertemente la salud y bienestar sobre todo para las personas más desfavorecidas y vulnerables, como es el caso de los niños.

Dada las condiciones de vulnerabilidad de los niños derivadas de su edad, el grado de dependencia o de cuidado especial que requieren para crecer y desarrollarse de manera adecuada y de la magnitud del fenómeno de la migración en la calidad de vida de las personas implicadas, quienes llegan a los países de acogida con entornos no preparados y de múltiples riesgos surge la necesidad de profundizar en el conocimiento de la migración internacional y su repercusión en el bienestar y desarrollo de los niños, como individuos sujetos de derechos y de cuidado.

La sociedad en general, en especial los profesionales del área de la salud, requieren de la comprensión del fenómeno migratorio como una situación de vida compleja, con barreras de lenguaje, costumbres y formas diferentes de prácticas de cuidado, culturas y condiciones de salud; aspectos que no son fáciles de asumir y que desafían a los profesionales a mejorar el conocimiento y las competencias para proporcionar una atención culturalmente congruente que contribuya a garantizar la cobertura y el acceso universal a la salud de esta población.

El presente capítulo tiene como propósito reflexionar a partir de los procesos investigativos que se han venido desarrollando en las áreas de migración y niñez, la situación de vulnerabilidad social de los niños en los contextos de migración desde las perspectivas de cuidado y salud global. La revisión de datos disponibles como el informe “arraigados” publicado por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF en el año 2016. Otras publicaciones relacionadas con la temática conllevan al reconocimiento de los riesgos y los problemas para la salud derivados de este fenómeno. El abordaje temático de este apartado apuntó al fortalecimiento de la línea de investigación denominada: La salud global, procesos migratorios, sociales y las políticas públicas de salud.

Antecedentes migratorios en la población infantil

A nivel mundial, de 42,7 millones de personas en el año 2007 se aumentó a más del 50 % en los últimos 10 años. Actualmente, 1 de cada 110 personas del mundo está desplazada, frente a 1 de cada 157 de hace un decenio y gran parte de este aumento se ha producido en los últimos cinco años debido al conflicto Sirio (1). Entre los años 2005 y 2015 el número de niños refugiados se duplicó, mientras que el de niños migrantes aumentó un 21 %. En total, 31 millones de niños viven fuera de sus países de nacimiento, incluidos 11 millones de refugiados y solicitantes de asilo, mientras hay unos 17 millones de menores que se encuentran desplazados dentro de sus propios Estados. De esos casi 50 millones de menores alejados de sus hogares, más de la mitad (28 millones) se vieron forzados a huir por conflictos o violencia (2).

En la región de las Américas, el número de migrantes transfronterizos también aumentó entre 2000 y 2015 en un 36 % para situarse en 63,7 millones. El número de desplazamientos internos ascendió a 7,1 millones (de los cuales 6,9 millones correspondían a Colombia). La región también ha experimentado un incremento de la migración irregular, protagonizada mayormente por niños no acompañados que huyen de situaciones de violencia, con consecuencias imprevisibles para su salud mental (70a Asamblea Mundial de la Salud, 2017).

Sobre la magnitud de la inmigración infantil en América Latina y su asociación con variables sociodemográficas en los diferentes países, un estudio reflejó la tendencia de los niños latinoamericanos < 15 años de edad de migrar en forma importante desde países con menos desarrollo socioeconómico y de educación, hacia países con más alto nivel en estas dos condiciones, pero con mayor desigualdad (4).

A partir del año 2015, Colombia está afrontando este fenómeno de la migración como país de acogida de migrantes venezolanos. El registro de migrantes venezolanos en Colombia, entregado por la Unidad de Gestión de Riesgo, la Gerencia de Frontera del Gobierno y Migración Colombia, dio cuenta de 118.709 niños, niñas y adolescentes venezolanos que viven en Colombia, 58.667 niñas y 60.038 niños.

Entre toda la población, 50.729 estaban en edades entre los 0 y los 5 años; 37.841 entre los 6 y los 11 años; y 30.139 entre los 12 y los 17 años (5). Por su parte, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar reportó también un incremento del 181 % en la atención a niños, niñas y adolescentes procedentes de Venezuela del año 2017 respecto del 2018. Se observa en este sentido, un problema preocupante a nivel de los departamentos fronterizos, pues Colombia se está enfrentando a una crisis humanitaria que demanda la necesidad de mejorar el sistema de salud y los mecanismos de apoyo sobre todo a los grupos etarios más vulnerables, particularmente los niños.

La migración como determinante de la salud

Los migrantes son considerados un grupo de personas en situación de vulnerabilidad, debido a las desigualdades entre nacionales y extranjeros en las leyes, con diferencias en el acceso a los recursos públicos administrados por el Estado. Además existen “prejuicios culturales acerca de los migrantes, que permiten la reproducción de las condiciones de vulnerabilidad, tales como los prejuicios étnicos, la xenofobia y el racismo, que dificultan la integración de los migrantes a la sociedad” (p. 4) (6).

De acuerdo con Fernández-Niño y Navarro-Lechuga (2018) la migración debe ser considerada como un determinante transversal de la salud, porque constituye el contexto, las condiciones y las circunstancias en las cuáles se pueden presentar cambios en los procesos de salud enfermedad transnacionales, incluyendo entre estos: la transmisión de enfermedades infecciosas, los retos para atención de las enfermedades crónicas, la salud mental y la violencia. (7).

El informe reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2012 sobre los determinantes e inequidades en salud, evidenció la migración como una de las tres mega tendencias de afectación en la región de las Américas. Los patrones de migración estaban cambiando el perfil epidemiológico de los habitantes de la región y los cambios de las poblaciones rurales a urbanas representaban las tendencias migratorias más importantes. El informe dejó entrever el poco conocimiento de sus necesidades particulares, la comunicación entre los proveedores de atención sanitaria y los migrantes, como insuficientes y los sistemas de salud sin preparación para atender adecuadamente a este grupo de población (8) 2 años a 76,1 años en la Región en su conjunto entre 1980 y 2011. De hecho, América Latina y el Caribe es la región en desarrollo con la esperanza de vida más alta. De 1990 a 2010, la proporción de personas desnutridas disminuyó sistemáticamente en la Región y la tasa de desnutrición infantil osciló en torno a 4%. Pese a la crisis alimentaria de 2008, la tasa se ha mantenido constante, en menos de 10%, desde 2005 (1). Frente a estos planteamientos, se encontró la salud migratoria descrita por Burgos *et al.*, como un nuevo concepto especializado en el abordaje de los problemas de salud, con enfoque de bienestar y atención a las necesidades

de la población migrante bajo una mirada integral. Su planteamiento, rescata el trato digno en salud bajo el marco de los derechos humanos para brindar asistencia médica y de salud pública, educación sanitaria y promoción a la población migrante en general; bajo un trato humanizado, con un clima amigable, con respeto de su identidad, acervo cultural, social y religioso (9).

Vulnerabilidad social del niño en situación de migración y su afectación en la salud infantil

La vulnerabilidad social representa un estado de indefensión del ser humano ante los eventos que pueden causar daño, en la que se hallan situaciones que afectan la convivencia entre individuos conllevando a una percepción de incertidumbre, inseguridad, desprotección, precariedad o pérdida de derechos (10).

Se puede aducir que las personas migrantes vivencian situaciones de vulnerabilidad social con necesidades de todo tipo y son diversos los factores que en la actualidad contribuyen al deterioro progresivo de la salud y el bienestar como la pobreza, las malas condiciones de vida y el acceso restringido a la atención médica (14). Los principales factores que afectan la salud de los migrantes son las condiciones laborales, barreras culturales, acceso y uso a servicios de salud, condiciones previas en el país de origen, tiempo de residencia en el país de destino (asociados a fenómenos de asimilación y aculturación), procesos sociales de integración/exclusión y experiencias de estigma y discriminación (14).

Para el caso de los niños/as muchas veces estos son objeto de maltratos físicos y psicológicos que, por un lado, desfavorecen su integración a las nuevas comunidades y, por otro, afectan su estabilidad emocional, dando paso a la aparición de sentimientos de abandono y angustia (15). Algunos vivencian escasez de alimentos, pérdidas de sus pocas pertenencias, consumo de drogas, padecimiento de enfermedades y un limitado acceso a la atención médica (10).

Los niños no cuentan con un soporte emocional apropiado, esto los hace vulnerables por los débiles vínculos de sostén y un 'yo' en formación propios de su ciclo vital. Aun así los niños migren con sus padres o no, la adaptación se verá afectada pues la familia se enfrenta a un estado de estrés crítico, que hace que mucho de sus integrantes no se percaten de las pérdidas de las funciones familiares vitales para su propio bienestar (16). Frente a este panorama, se interpreta que los niños integran dos grupos en situación de vulnerabilidad, el hecho de ser niño y el estar en condición de migrante. Esto claramente incrementará el riesgo de sufrir mayores afectaciones a su integridad física y emocional.

Otros estudios en el mundo han evaluado la situación de salud de los niños migrantes. La determinación del estado de salud en aspectos como la salud ósea y estado de vitamina D (17, 18), la salud bucal (19-21), el estado nutricional (22,

23), la calidad de vida (24), las características clínicas y de laboratorio (25), las necesidades de salud (26, 27), la prevalencia de infecciones parasitarias (28) y los riesgos de diabetes (29) evidenciaron la afectación de la salud, el bienestar físico y mental de los niños que viven bajo condiciones migratorias.

Glosario de términos sobre migración

La revisión encontró una variedad de términos utilizados en los documentos de referencia para describir a las personas migrantes, los cuales requieren definirse con la finalidad de brindar claridad de su significado, pues esto representa un aspecto importante en la comprensión de los migrantes como un grupo diverso y heterogéneo, con implicaciones diferenciales de índole legal, social y cultural.

Migración: implica un proceso voluntario que se halla en busca de mejores oportunidades económicas. Los migrantes están protegidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Conjunto de normas que, basándose en razones humanitarias, mitigan los efectos de un conflicto armado con el propósito de mantener a la población civil al margen de las acciones bélicas. La protección que contempla el Derecho Internacional Humanitario se materializa en acciones concretas como las siguientes:

- Garantizar la seguridad de la población civil o de aquellas personas que no tomen parte en las acciones armadas.
- Asegurar la protección del personal médico y religioso que opere en esas zonas. No pueden ser atacados ni involucrados en el conflicto y tienen derecho a llevar distintivos o logos que les identifiquen como tales.
- Distinguir los bandos en conflicto de la población civil y las personas víctimas del desplazamiento forzoso.
- Regular el trato de los civiles o desplazados que estén bajo la autoridad adversa, lo que incluye aspectos como la debida asistencia médica y el derecho a permanecer con sus familiares (30).

Migrante (inmigrante/emigrante): no posee una definición jurídica universal.

“Alguien que ha residido en un país extranjero durante más de un año independientemente de las causas de su traslado, voluntario o involuntario o de los medios utilizados, legales u otros” (Organización de las Naciones Unidas) (párr. 2) (30).

Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente y por diversas razones (Organismo Internacional para las Migraciones).

Refugiados: los refugiados son personas que están fuera de su país de origen debido a un temor de persecución, a un conflicto, violencia u otras circunstancias que perturben gravemente el orden público y quienes, en consecuencia, requieren 'protección internacional'. Están protegidos y definidos por Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de Ginebra de 1951 "El principio de no devolución a situaciones donde su vida o su libertad estén bajo amenaza" (párr. 5) (30).

Asilo: estatus que los países de acogida otorgan a los refugiados que demuestren las causas de su desplazamiento forzoso por motivos de raza, sexo, religión o pensamiento político, entre otros (31).

Expatriado: toda aquella persona que vive o está fuera de su patria. Connotación específica del ámbito laboral. Trabajadores que emigran con fines laborales. Un expatriado puede ser considerado como inmigrante o emigrante, aunque solo lo sea por razones económicas (31).

Desplazado interno: "personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (párr. 1) (32).

Niño migrante: "es toda persona menor de 18 años que se encuentre fuera del Estado del cual es nacional con la intención o necesidad de residir allí o en otro Estado al cual se dirige, o que encontrándose en el país del que es nacional o residente, podría migrar en un futuro cercano. El grupo que comprenden los niños migrantes es amplio y heterogéneo, debido a diversas circunstancias como niño migrante sin documentos, el encontrarse o no con sus padres, el ser solicitantes de asilo o refugiados, el ser víctimas de trata de personas, entre otras. No se puede tratar al grupo de niños migrantes de manera homogénea. Los estándares orientados a la protección de sus derechos deberán, por lo tanto, responder a las características propias de cada caso, es decir, de su particular situación migratoria" (p. 4) (6).

Conclusiones

La literatura revisada permitió comprender la realidad de los problemas y los riesgos sociales vivenciados por la población migrante y en especial los niños; sin embargo, el abordaje sobre esta temática en particular aún sigue siendo escasa y deja entrever algunos vacíos de información que documenten el conocimiento del impacto migratorio en la calidad de vida y bienestar de los involucrados como sucede en los países de la región de América, así como los resultados de las estrategias de intervención dirigidas a la atención de los problemas de salud prevalentes en la infancia. Otro elemento de estudio y de atención son las prácticas y las condiciones

de cuidado de los familiares o cuidadores encargados de estos niños migrantes. Aspectos de gran importancia para garantizar la cobertura y el acceso universal a la salud y el impacto de las intervenciones, programas o políticas que desde el sistema social de salud se desarrollan en esta población.

Desde la perspectiva de la salud global, los problemas humanitarios como la migración forzada requieren soluciones políticas eficaces, por lo tanto, la gobernanza y el compromiso político son sumamente necesarios para mitigar el impacto negativo al desarrollo económico y calidad de vida de las poblaciones involucradas, teniendo en cuenta que las necesidades o consecuencias derivadas de este fenómeno se transversalizan sin distinción de poder hegemónico entre todos los países del mundo.

Referencias

1. ACNUR. *Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2017*; 2017. <https://www.acnur.org/5b2956a04>
2. UNICEF. *Desarraigados una crisis creciente para los niños refugiados y migrantes*; 2016. https://www.unicef.org/republicadominicana/UNICEF_ResumenEjecutivo_DESARRAIGADOS_SEPT2016.pdf
3. Asamblea Mundial de la Salud, 70. *Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes: proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud; 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274830>
4. Vásquez-De R, Castillo-Durán C, Lera M. Migraciones en países de América Latina. Características de la población pediátrica. *Rev Chil Pediatría*. 2015;86(5):325–30. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0370410615001436>
5. Diario El Tiempo. *Venezolanos en Colombia: Educación para niños y adolescentes - Venezuela - Internacional*; 2018. <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/venezolanos-en-colombia-educacion-para-ninos-y-adolescentes-287718>
6. Olivera JF. Estándares internacionales para la protección del niño migrante. En: Instituto de Democracia y Derechos Humanos (Idehpucp), editor. *Segundo Encuentro Nacional sobre la Trata y Tráfico de Personas*; 2014. p. 1–21. <http://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2014/06/Olivera-Estándares-internacionales-para-la-protección-del-niño-migrante.pdf>
7. Fernández-Niño JA, Navarro-Lechuga E. Migración humana y salud: un campo emergente de investigación en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2018;20(4):404–7. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/74970>
8. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*; 2012.
9. Burgos M, Parvic T. Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):587–91. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a25.pdf>
10. Cabrera MA, Valdez GC. Vulnerabilidad social de la niñez migrante no acompañada: una mirada desde el área urbana de Altar, Sonora, México. *Migraciones*. 2016;0(39):97–121. <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/6832/6642>

11. Fennelly K. The “healthy migrant” effect. *Minn Med*. 2007;90(3):51–3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17432759>
12. Norredam M, Agyemang C, Hojbjerg Hansen OK, Petersen JH, Byberg S, Krasnik A. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the ‘healthy migrant effect’ hypothesis. *Trop Med Int Heal*. 2014;19(8):958–67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24889930>
13. Abbas M, Aloudat T, Bartolomei J, Carballo M, Durieux-Paillard S, Gabus L. Migrant and refugee populations: a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2018;7:113. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30250735>
14. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil pediatría*. 2017;88(6):707–16. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000600707&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Abarca Brown G, Carreño Hernández M. Inmigración y salud mental infanto-juvenil. *Summa Psicológica UST*. 2014;11(2):45–56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953993>
16. Sambucetti A, Passalacqua A, Simonotto T, Polidoro A, Mussoni AM, Zuccolo S. Salud mental en niños migrados: acercamiento a su estudio a través del psicodiagnóstico de Rorschach. *Anu Investig*. 2013;403–8. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949081>
17. Lane G, Nisbet C, Whiting SJ, Vatanparast H. Canadian newcomer children’s bone health and vitamin D status. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2019;44:796–803. www.nrcresearchpress.com/apnm
18. Madar AA, Gundersen TE, Haug AM, Meyer HE. Vitamin D supplementation and vitamin D status in children of immigrant background in Norway. *Public Health Nutr*. 2017;20(16):2887–92. https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S136898001700180X/type/journal_article
19. Gibbs L, de Silva AM, Christian B, Gold L, Gussy M, Moore L. Child oral health in migrant families: a cross-sectional study of caries in 1-4 year old children from migrant backgrounds residing in Melbourne, Australia. *Community Dent Health*. 2016;1;33(2):100–6.

20. Hoover J, Vatanparast H, Uswak G. Risk Determinants of dental caries and oral hygiene status in 3–15 year-old recent immigrant and refugee children in saskatchewan, Canada: a pilot study. *J Immigr Minor Heal*. 2017;19(6):1315–21. /pmc/articles/PMC5681969/?report=abstract
21. Azrak M, Huang A, Hai-Santiago K, Bertone M, Maré D, Schroth R. The Oral Health of Preschool Children of Refugee and Immigrant Families in Manitoba. *J Can Dent Assoc*. 2017;83-H9. <https://jcda.ca/h9>
22. Lwin SWW, Geater AF. Ethnic Groups and Father's Job Influencing Nutritional Status of Children (0–30 months) from Myanmar Migrant Community in Southern Thailand. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2019;6(5):944–52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31065998/>
23. Vargas-Machuca R, Rojas-Dávila CE, Michelle Jiménez M, Piscoya-Magallanes CR, Razuri H, Ugaz ME. Nutritional situation of Venezuelan migrant children upon entry into peru and the actions taken to protect their health and nutrition. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(3):504–10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800946/>
24. Villalonga-Olives E, Kawachi I, Almansa J, Von Steinbüchel N. Longitudinal changes in health related quality of life in children with migrant backgrounds. *PLoS One*. 2017;12(2). Available from: /pmc/articles/PMC5289509/
25. Pavlopoulou ID, Tanaka M, Dikalioti S, Samoli E, Nisianakis P, Boleti OD. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatr*. 2017;17(1).
26. Bini S, Clavenna A, Rigamonti A, Sartorio A, Marazzi N, Fiorini G. Drugs delivery by charities: A possible epidemiologic indicator in children of undocumented migrants. *J Immigr Minor Heal*. 2017;19(6):1379–85. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-016-0471-6>
27. Hjern A, Kling S. Health care needs in school-age refugee children. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21).
28. Sagnuankiat S, Wanichsuwan M, Bhunnachet E, Jungarat N, Panraksa K, Komalamisra C. Health status of immigrant children and environmental survey of child daycare centers in samut sakhon province, Thailand. *J Immigr Minor Heal*. 2016;18(1):21–7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25502792/>
29. Rasmussen T, Yap SE, Stray-Pedersen B, Akselsen HE, McKinney PA, Rønningen KS. HLA associated type 1 diabetes risk in children of Pakistani migrants to Norway. *Med Hypotheses*. 2014;1;83(6):664–7.

30. ACNUR L agencia de la O para los R. *Preguntas frecuentes sobre los términos “refugiados” y “migrantes”*. ACNUR. 2016. <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/3/5b9007344/preguntas-frecuentes-sobre-los-terminos-refugiados-y-migrantes.html>
31. ACNUR L agencia de la O para los R. *Expatriados y refugiados: diferencias y similitudes* - ACNUR. 2016. en: <https://eacnur.org/blog/expatriados-refugiados-diferencias-similitudes/>
32. DPEJ. *Desplazados Internos*. 2022. <https://dpej.rae.es/lema/desplazado-interno>

ACERCA DE LOS AUTORES

Olga Marina Vega Angarita:

Docente titular, enfermera; doctora en Educación y magíster en Enfermería; especialista en Educación y Enfermería Médico-quirúrgica. Investigadora Asociada y autora de importantes artículos científicos, legislaciones, normas y reglamentos a nivel institucional; tiene en su haber dos libros publicados, además de capítulos de libro sobre la atención a pacientes crónicos y estrategias pedagógicas basadas en TIC. Ha participado en la edición de boletines divulgativos de investigación. Fundadoras del Grupo GICE.

Dianne Sofía González Escobar

Docente titular, enfermera; magíster en Enfermería y en Educación de adultos; especialista en Educación y en Práctica Pedagógica Universitaria. Investigadora Junior, autora de importantes artículos científicos, legislaciones, normas y reglamentos a nivel institucional; tiene en su haber dos libros publicados, además de capítulos del libro sobre la atención a pacientes crónicos. Ha participado en la edición de boletines divulgativos de investigación es editora de la revista Ciencia y Cuidado, coautora del signo distintivo del semillero de investigación SEIRCO. Fundadoras del Grupo GICE.

Gloria Omaira Bautista Espinel

Docente asociada, enfermera; doctora en Bioética y magíster en Dirección de Proyectos; especialista en Práctica Pedagógica Universitaria, en Gerencia de los Servicios de Salud y en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud. Investigadora Junior, autora de importantes artículos científicos e informes técnicos; tiene en su haber dos libros publicados, además de conceptos técnicos y proyectos de extensión y responsabilidad social en CTI. Ha participado en la edición de boletines divulgativos de investigación y es directora del Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería – GICE.

Sandra Milena Martínez Rojas

Docente asistente, enfermera; magíster en Enfermería e integrante vinculada con maestría. Autora de importantes artículos científicos y desarrolladora de informes finales de investigación, conceptos técnicos y proyectos de extensión y responsabilidad social en CTI.

María del Pilar Ureña Molina

Docente auxiliar, enfermera; magíster en Enfermería; especialista en Gerencia Cuidado Crítico Pediátrico, vinculada como estudiante de doctorado y autora de importantes artículos científicos. Ha desarrollado un capítulo del libro resultado de investigación, y de Proyectos ID+I con formación.

Mónica Peñaloza García

Docente auxiliar, enfermera; magíster en Enfermería; especialista en Gerencia de los Servicios de Salud vinculada como estudiante de doctorado. Coautora del signo distintivo del semillero de investigación SEIRCO. Ha desarrollado conceptos técnicos, informes finales de investigación y proyectos de extensión y responsabilidad social en CTI.

Débora Milena Álvarez Yáñez

Docente auxiliar de cátedra, enfermera; magíster en Enfermería y en Práctica Pedagógica y especialista en Enfermería en Cuidado del Adulto Crítico. Integrante vinculada con maestría, autora de artículos científicos, informes finales de investigación e informes técnicos. Ha participado en proyectos de investigación y desarrollo.

Deysi Astrid Machucca Albarracín

Docente asistente de cátedra, enfermera; especialista en Gerencia de Servicios de Salud, integrante vinculada como estudiante de maestría y autora de artículos científicos. Ha adelantado innovaciones en procesos y procedimientos en entidades de salud, informes finales de investigación y participado en el proyecto de extensión y responsabilidad social en CTI.

ACERCA DE LOS COAUTORES

Erika Alejandra Maldonado Estévez

Comunicadora Social Periodista, magíster en Práctica Pedagógica, decana de la Facultad de Educación, Artes y Humanidades y docente del programa de Comunicación Social de la Universidad Francisco de Paula Santander sede Cúcuta.

Félix Joaquín Lozano Cárdenas

Comunicador Social Periodista, Doctor en Educación, magíster Scientiarum en Ciencias de la Comunicación, mención socio semiótica de la Comunicación para la Cultura y especialista en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo. Director del programa de Comunicación Social de la UFPS sede Cúcuta.

Gloria Carvajal Carrascal

Enfermera, doctora en Enfermería y profesora asociada de la Universidad de la Sabana (Bogotá - Colombia). Decana de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la misma institución.

Eduardo Gabriel Osorio Sánchez

Abogado, doctor en Derecho Público, magíster en Investigación en Derecho Público y especialista en Derecho Administrativo. Docente asistente y director del programa de Derecho de la Universidad Francisco de Paula Santander.

Liany Yetzira Hernández Granados

Abogada y doctorando en Sostenibilidad y Paz en la era Pos global. Magíster en Derechos Humanos, Paz y Desarrollo Sostenible y especialista en Responsabilidad Civil y Daño Resarcible. Docente auxiliar e investigadora del programa de Derecho de la Universidad Francisco de Paula Santander.

CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO 2002 - 2022

Incluye

- ▶ Promueve espacios de intervención e interacción en los que la enfermería puede mostrar sus potencialidades y posibilidades de participación en campos que van más allá de la atención en salud y el cuidado directo.
- ▶ Presenta una mirada fundamental desde el cuidado y se inserta en otras áreas del conocimiento esenciales para el continuum de los procesos de atención donde enfermería tiene mucho para aportar.

Esta obra es una importante compilación retrospectiva de trabajo, abordajes e investigaciones desarrolladas por las integrantes del Grupo Cuidado de Enfermería (GICE). Tres de sus capítulos, presentan el trabajo colaborativo del grupo en coautoría con investigadores de Comunicación Social y Derecho de la UFPS, y de la maestría de Enfermería de la Universidad de la Sabana.

La obra, en su primera edición, se despliega en ejes temáticos relacionados con las cinco líneas de investigación del GICE, presentando los resultados más significativos obtenidos en estos trabajos. Ocho de estos son productos de investigaciones originales y dos corresponden a capítulos de revisión en temas de trascendencia para el cuidado en enfermería.

Este libro está dirigido a estudiantes, docentes y profesionales de Enfermería y de Salud que deseen profundizar en temáticas como: innovación, calidad, modelos de atención, gestión y tics en Enfermería; cronicidad, cuidado y paliación; éticas del cuidado, derechos humanos, biopolítica y desarrollo humano; enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica; hasta llegar a la salud global, migración, procesos sociales y políticas públicas.