

XI ENCUENTRO BINACIONAL de Cuidado de Enfermería

*Reconocimiento Social de
Enfermería en las Prácticas
de Cuidado.*

Ejes temáticos:

- Cuidado del si mismo.
- Experiencias de la aplicación de las teorías en el quehacer profesional.
- Rol de la enfermería en la gestión del cuidado.
- Participación de enfermería en redes académicas e investigativas.
- Experiencias formativas en la enseñanza del cuidado con enfoque social.

MEMORIAS

Organiza:



Lugar: Hotel Bolívar.
Fecha: 27 y 28 de
septiembre de 2018.
Cúcuta- Colombia

Países participantes:





Memorias del **XI ENCUENTRO BINACIONAL** de Cuidado de Enfermería, es una publicación bianual que compila bajo formato digital los trabajos presentados por los diferentes ponentes en la modalidad exposición oral y póster.

Representa el trabajo realizado por el Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander.

Cualquier reproducción parcial o total del documento hace necesario del respectivo crédito de autoría.

La responsabilidad de la información contenida en los trabajos publicados es de los autores.

Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería - Comité organizador

Gloria Omaira Bautista Espinel
Dianne Sofía González Escobar
Olga Marina Vega Angarita
Sandra Milena Martínez Rojas
Martha Ligia Velandia Galvis
Mónica Peñaloza García
Andrea del Pilar Botello Reyes
Débora Milena Álvarez Yáñez
María del Pilar Ureña Molina
Deysi Astrid Machuca
Jairo Alberto Contreras Garcés

Diseño general: Impreso en medio digital

Periodicidad: Bienal - Ciudad: Cúcuta

Año: 2018 -Formato PDF

Materia: Enfermería, Investigación en enfermería

COORDINADORA DE EDICIÓN

Doctora Olga Marina Vega Angarita
Comité Editorial
Sandra Milena Martínez Rojas
Martha Ligia Velandia Galvis
Andrea del Pilar Botello Reyes
Débora Milena Álvarez Yáñez
María del Pilar Ureña Molina

ISSN: (2390-0113)

País de edición: Colombia



CONTENIDO

Presentación	7
Parte I. Presentación ponencias orales	9
Reconocimiento social de Enfermería en las prácticas de cuidado: Experiencia Panamá.....	10
Te cuido, me cuido y prevengo: Estrategia Segurita, para la Seguridad del Paciente.....	14
El papel de Enfermería en la gestión de casos.....	21
La investigación como eje central en el desarrollo curricular: Una evidencia en el currículo de Enfermería.....	26
Papel de Enfermería en el contexto del Modelo de Atención en Salud y Ley Estatutaria.....	31
Impacto social de las practicas formativas del programa de Enfermería de la UFPS en el municipio de Tibú – Zona del Catatumbo.....	35
Experiencia formativa: aplicación del proceso administrativo en seguridad del paciente en la práctica de Fundamentos del Cuidado II.....	40
Papel de Enfermería en la implementación de políticas públicas de salud a nivel Nacional y Regional.....	46
Cambios de comportamiento, una posibilidad desde la intervención breve.....	48
Empoderamiento del rol de Enfermería en las prácticas clínicas: una visión al éxito.....	51
Historia de la fundación del programa de Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander.....	55
Conocimientos, actitudes y habilidades en práctica basada en evidencia en estudiantes de Enfermería.....	66



CONTENIDO

Percepciones de padres y cuidadores de pacientes pediátricos sobre el cuidado humanizado de Enfermería mediante el uso de una estrategia con orientación lúdica en una IPS pública y privada durante el I semestre de 2018	72
Experiencia de la Enfermera(o) del cuidado neonatal en los límites de viabilidad.....	78
Parte II. Presentación modalidad poster.....	86
Prácticas culturales de cuidado de indígenas que viven en el resguardo zenú Córdoba- Colombia.....	87
Experiencia significativa desde la formación de estudiantes de enfermería de la UCC ara promover el cuidado integral al adulto mayor en la ciudad de Villavicencio “Una mirada desde la proyección social”	91
Programa de atención integral a la adolescente gestante en una unidad de atención en Cúcuta – Colombia	95
Programa cuidado en casa a puérperas y su recién nacido en una institución de salud de Norte de Santander – Colombia.....	101
Perspectiva espiritual en pacientes con cáncer de mama de la clínica Cancerológica de Cúcuta.....	105
Parte III. Panel de Expertos.....	108
Parte IV. Galería de fotos.....	118



PROGRAMA CIENTÍFICO

27 DE SEPTIEMBRE	
7:30 a – 8:30am	REGISTRO E INSCRIPCIONES
8:30 a - 9:15 am	INSTALACION DEL EVENTO. Dr. HECTOR MIGUEL PARRA LOPEZ. Rector Universidad Francisco de Paula Santander - UFPS. Dra. OLGA MARINA VEGA ANGARITA. Vicerrectora Académica Universidad Francisco de Paula Santander - UFPS. Dra. RUBY ELIZABETH VARGAS TOLOZA. Decana Facultad Ciencias de la Salud. Dra. GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINAL. Directora Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería.
9:15 a – 10:00 am	RECONOCIMIENTO SOCIAL DE ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO: EXPERIENCIA PANAMÁ. Doctora EUSEBIA CALDERÓN DE COPETE. Jefa Nacional del Departamento de Enfermería. Dirección Nacional de Salud República de Panamá.
10:00 a – 10:30 am	TE CUIDO, ME CUIDO Y PREVENGO: Estrategia Securita, para la Seguridad del Paciente. Crisly Maricela Gómez Legarda, Diana Lorena Coral Arévalo. Universidad Mariana de Pasto
10:30 a – 11:00 am	REFIGRERIO
11:00 a – 11:45 am	EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE CASOS. Dra. Sandra Milena Hernández Zambrano. Profesora e Investigadora. Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud
11:45 a - 12:15 pm	LA INVESTIGACIÓN COMO EJE CENTRAL EN EL DESARROLLO CURRICULAR: UNA EVIDENCIA EN EL CURRÍCULO DE ENFERMERÍA. Francia Esther Herrera Salazar, Mariemma Socarras Vega y Marina Sánchez Sanabria. Universidad Popular del Cesar
12:15 p – 2:15 pm	ALMUERZO LIBRE
2:30 p – 3: 15 pm	ANALISIS SALUD, PAPEL DE ENFERMERIA EN EL CONTEXTO DEL MODELO DE ATENCION EN SALUD Y LEY ESTATUTARIA. Mg. María Carolina Prada Moreno. Directora General Organización Colegial de Enfermería.
3:15 p - 4:00 pm	IMPACTO SOCIAL DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UFPS EN EL MUNICIPIO DE TIBU – ZONA DEL CATATUMBO. Gloria Omaira Bautista Espinel. Universidad Francisco de Paula Santander - UFPS.
4:00 p - 4:30 pm	CAFÉ
4:30 p – 5:30 pm	PANEL: RESPUESTA A LOS DESAFIOS DEL ENTORNO DESDE LA IMAGEN SOCIAL DE ENFERMERÍA. Pregunta orientadora: ¿Qué ayudaría a explicar la visión que tiene la sociedad sobre la enfermería teniendo en cuenta: la identidad de la disciplina, las herencias de la profesión, los valores de enfermería, ¿y como rechazar la marginalización de la profesión?. Dra. Eusebia Copete. Mg. Carolina Prada Moreno. Dra. Sandra Milena Hernández.
5:30 p - 6:30pm	EXPOSICION POSTERS
6:30 p – 9:30 pm	EVENTO SOCIAL. Grupos Musicales Universidad Francisco de Paula Santander - UFPS. Piscina los Mangos



PROGRAMA CIENTÍFICO

28 DE SEPTIEMBRE	
8:30 a – 9:00 am	EXPERIENCIA FORMATIVA: APLICACIÓN DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE FUNDAMENTOS DEL CUIDADO II. Martha Ligia Velandia Galvis. Deisy Astrid Machuca. Docentes UFPS
9:00 a - 9:45 am	DESARROLLO DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE TALENTO HUMANO EN SALUD, EN PANAMÁ. Doctora EUSEBIA CALDERÓN DE COPETE. Jefa Nacional del Departamento de Enfermería. Dirección Nacional de Salud República de Panamá
9:45 a - 10:15 am	REFIGRERIO
10:30 a – 11:00 am	CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO, UNA POSIBILIDAD DESDE LA INTERVENCION BREVE. Luz Patricia Díaz Heredia, Katya Anyud Corredor. Universidad Nacional de Colombia.
11:00 a- 11:45am	EMPODERAMIENTO DEL ROL DE ENFERMERIA EN LA PRACTICA CLINICA: UNA VISION AL ÉXITO. Enfermera Especialista Mayerly Duque Gómez. EuroEtika.
12:00 a– 2:00 pm	ALMUERZO LIBRE
2:15 p- 2:45 pm	HISTORIA DE LA FUNDACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER. Diana Carolina Silva (Directora) y Enfermeras María del Mar Ovalle y María Alexandra Hernández. Universidad Francisco de Paula Santander - UFPS.
2:45 p - 3:15 pm	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. Enfermera Magister María del Pilar Ureña Molina. Estudio Colaborativo Universidad Francisco de Paula Santander Colombia- Universidad de Jaén España
3:15 p – 3:45 pm	CAFÉ
3:45 p – 4:15 pm	PERCEPCIONES DE PADRES Y CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA MEDIANTE EL USO DE UNA ESTRATEGIA CON ORIENTACIÓN LÚDICA EN UNA IPS PÚBLICA Y PRIVADA DURANTE EL I SEMESTRE DE 2018. Gloria Omaira Bautista Espinel (Directora), Evelin Mileidy Suarez Arévalo, Wendy Carolina Rozo Cordón, Yulibell Cuadros Acevedo, Universidad Francisco de Paula Santander - UFPS.
4:15 p- 4:45 pm	EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA(O) DEL CUIDADO NEONATAL EN LOS LÍMITES DE VIABILIDAD. María Cristina Blanco Fuentes. Universidad de Pamplona.
5:00pm	CIERRE DEL EVENTO



PRESENTACIÓN

Durante los días 27 y 28 de septiembre el Grupo de Cuidado de Enfermería (GICE), del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander realizó el XI Encuentro Binacional de Cuidado de Enfermería: Reconocimiento social en las prácticas de cuidado. Esta temática surge del trabajo reflexivo del grupo GICE en torno a cuestiones tan importantes para la disciplina y la profesión como son: ¿Cuál es el Rol de enfermería en las decisiones de carácter gubernamental? ¿Cómo se enfoca la participación de enfermería en estas tomas de decisiones?, ¿Cómo están funcionando las asociaciones de enfermería en otros países?, ¿existe un mejor reconocimiento económico al ejercicio de la profesión?, ¿las investigaciones que se realizan como ciencia impactan en las políticas?, ¿el funcionamiento de las redes de enfermería es real, con otras instituciones, los centros de colaboración generan aportes para direccionar las actividades de enfermería? ¿Qué impactos, ha propiciado la investigación en otros ámbitos, como practica de enfermería basada en EBE, para proponer nuevas formas de realizar intervenciones? ¿el trabajo en red moviliza, las intervenciones de enfermería para orientar el cuidado, realmente?

Estos y otros cuestionamientos llevaron al grupo a proponer como temática central para el evento binacional de cuidado 2018, la necesidad de abordar el reconocimiento social de enfermería en las prácticas de cuidado. Este reconocimiento social, busca generar el empoderamiento que la labor de enfermería merece y reclama en todos los escenarios en que interactúa.

El objetivo de este Encuentro Binacional en su XI versión está enfocado a promover el reconocimiento social de la profesión de enfermería y el papel que representa, como ciencia, disciplina, y profesión; estructurado en cinco temas centrales: Cuidado de sí mismo y de los otros, Experiencias de la aplicación de las teorías en el quehacer profesional, Rol de la enfermería en la gestión del cuidado, Participación de enfermería en redes académicas e investigativas y Experiencias formativas en la enseñanza del cuidado.



PRESENTACIÓN

En cada eje temático se dispuso la presentación de conferencias, paneles, exposición de trabajos modalidad oral y poster. Contó con la participación de profesionales de la enfermería de Panamá Colombia; miembros de la comunidad académica e investigativa, de servicio; representantes de estamentos gubernamentales como la Doctora EUSEBIA CALDERÓN DE COPETE, Jefa Nacional del Departamento de Enfermería, Dirección Nacional de Salud República de Panamá, por Colombia con la participación de la Doctora CAROLINA PRADA MORENO Presidenta Organización Colegial de Enfermería y la Doctora SANDRA MILENA HERNANDEZ ZAMBRANO, Profesora e Investigadora de la Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud.

Esta publicación condensa las memorias del XI Encuentro Binacional del Cuidado de Enfermería, los trabajos de investigación que fueron seleccionados por el comité científico y de las conferencias centrales. Hace parte de compromiso del Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería por documentar los principales logros y desafíos que han de enfrentar los profesionales de enfermería en el reconocimiento social en la práctica de cuidado. Se espera que el contenido se constituya en referente de consulta académica e investigativa y de utilidad en la práctica clínica con direccionamiento en el fortalecimiento disciplinar.

Cordialmente,

Olga Marina Vega Angarita
Coordinadora Comité Científico

XI Encuentro Binacional de Cuidado de Enfermería -2018

PARTE I. PRESENTACIÓN PONENCIAS ORALES



XI ENCUENTRO
BINACIONAL
del Cuidado de
Enfermería

Reconocimiento social de Enfermería en las prácticas de cuidado: Experiencia Panamá

Eusebia Calderón De Copete*

*Jefa Nacional del Departamento de Enfermería. Dirección Nacional de Salud República de Panamá. E-mail: enfermerianacional@minsa.Gob.pa

INTRODUCCIÓN

Las preguntas sobre el quehacer de enfermería deben tener respuestas claras y que se enfocan a los que dirigen los procesos de enfermería: ¿Qué es práctica? ¿Que es el cuidado de enfermería? ¿Metodología del cuidado? ¿Que es enfermería? ¿Qué el nivel profesional y el nivel técnico? ¿Qué es la ética? ¿Qué es la moral? ¿Que es función? ¿Que es tarea?

Principios orientadores que son promovidos diariamente:

- Protección y conservación de la jerarquía y líneas de comunicación de la enfermería desde el nivel nacional al local
- Normativas propias del campo de acción de la disciplina
- La ética y la moral como elementos fundantes
- Cohesión entre grupos: docencia, gremio y servicios
- Legalidad en las funciones y competencias claras en la estructura de enfermería
- Idoneidad profesional, como elemento de autonomía e identidad
- Ampliación del rol de la enfermera, hacia la practica avanzada
- Autonomía del quehacer de enfermería
- Normas internas y externas que promueven su reconocimiento.
- Funciones específicas: gremio, docencia y servicio (El Servicio es la base de estas triada de enfermería por lo que debe ser fuerte y sólida

El Panamá el ámbito servicios en Enfermería, cuenta con 27 funciones específicas de las cuales se destacan:

N° 10 Participar con el Ministerio de Educación y las universidades en todo lo relacionado con la formación del recurso humano de enfermería.

N° 12 Asesorar a la autoridades de salud en todo lo relacionado con enfermería.

N° 19 “ Habilitar el recurso humano de enfermería para laborar”

N° 21 “Avalar las especialidades de enfermería...”

N° 23 Establecer mecanismos de control en todas las dependencias que ofrezcan servicios de salud público o privados.

¿Cómo somos?

Contamos con una estructura de Enfermería:

- Jefaturas y coordinaciones a nivel nacional
- Jefaturas y coordinaciones a nivel regional
- Jefaturas y coordinaciones a nivel local

Visión de enfermería de Panamá

Mantener un liderazgo profesional basado en valores, a nivel local y nacional, garantizando la innovación permanente y el mejoramiento continuo en nuestros servicios de Enfermería, fomentando el trabajo en equipo y el desarrollo del recurso humano comprometido con el cuidado de Enfermería. El compromiso ético, humano y social de la disciplina de Enfermería es con la vida y la salud de toda la población que se encuentra en el territorio nacional.

Misión de enfermería de Panamá

Brindar un servicio de salud de calidad en todos los niveles de intervención: promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de forma oportuna, eficiente y eficaz, en cada una de las instalaciones de salud, familia y comunidad. Para lograrlo el Departamento de Enfermería ofrece un recurso humano altamente calificado, inspirado en una filosofía científica, ética, legal, humanística y profesional.

Valores: Responsabilidad, Comprensión, Ética, Probidad, Seguridad, Calidad, Humanidad, Empatía, Amor, Respeto

Leyes que reglamentan la profesión

- Ley 55 de 1946 , se establece el 12 de mayo como el día de la enfermera.
- Código Sanitario de 1946 se establece la autoridad de la enfermera Jefa en lo moral , y lo administrativo.
- Ley 1 de 1954 se reconoce la carrera de enfermera, se da estabilidad y escalafón.
- Ley 14 de 1966, la enfermera obtiene el espacio para representar la disciplina en el consejo técnico de salud.
- Decreto 87 de 1972 crea el escalafón para la disciplina.
- Ley 24 de 1982 ,crea el Comité Nacional de Enfermería como máximo organismo que regula la disciplina.
- Ley 25 de 1982 se establece la estructura de enfermería.
- Decreto 28 de 2004. concursos.

Reconocimiento social interno a través de: leyes

- Derecho a la alimentación en los hospitales
- Derecho a un pago adicional por riesgos
- Idoneidad para el libre ejercicio en todo el territorio nacional
- Derecho al 40% adicional en áreas de difícil acceso
- Derecho a trabajar 6 horas en áreas de estrés
- Estabilidad laboral y concursos
- Derecho a una vivienda gratuita en áreas de difícil acceso

- Derecho al pago adicional por ejercer su especialidad
- Escalafón que aumenta cada tres años
- 30 días de vacaciones y 15 días de descanso adicional por ley

Especialidades de Enfermería reconocidas por resolución n°03 de 25 de febrero de 2015

* Área de atención: 31 especialidades:

Neonatología, Pediatría, Perinatología, Materno Infantil, Obstetricia, Enfermera Gineco-Obstétrica, Salud Sexual y Reproductiva, Atención del Paciente en Estado Critico, Cuidados Paliativos Pediátricos, Cuidados Críticos del Adulto, Cuidados Intensivos, Urgencias y Trauma, Perfusión Cardiovascular, Salud Mental y Psiquiatría, Salud y Enfermedad Mental, Enfermería en Salud Comunitaria, Salud Pública, Epidemiología, Promoción de la Salud, Atención Primaria y familia, Salud Ocupacional, Enfermería Medico Quirúrgica, Enfermería Perioperatoria, Gerontología, Salud de Adultos, Cuidados paliativos, Enfermería Cardiovascular, Enfermería Nefrológica, Enfermería Oncológica, Enfermería Geriátrica, Enfermería Gerontológica

* Área de administración: 6 especialidades:

Administración de los Servicios de Enfermería. Administración de los Servicios de Salud. Gerencia en Salud. Gerencia en los servicios de Salud con Énfasis en Planificación. Gerencia Hospitalaria. Administración de Recursos Humanos.

* Área de Docencia: 3 especialidades:

Docencia en Salud. Docencia e Investigación. Profesorado en Educación Media con Especialización en ciencias de Enfermería.

* Área de Investigación: 3 especialidades:

Investigación en Salud. Investigación y Tecnología Educativa. Ciencias de la Enfermería con Énfasis en la Investigación

Funciones sustantivas administrativas y del cuidado de la enfermera que nos proyectan hacia el contexto social con autonomía y las tareas del personal técnico en enfermería.

- Funciones Enfermería Profesional

1. Dirección y Control del Recurso Humano de Enfermería.
2. Visita Domiciliaria
3. Conducción de Programas de Salud Pública
4. Vacunación
5. Conducción de clínicas: amigables, TAR, TAES, Cuidados Paliativos, Salud Mental, Nutrición, Cesación de tabaco.
6. Atención del paciente: cuidados intensivos, cuidados nefrológicos

- 14 tareas de menor complejidad del técnico en enfermería bajo la supervisión de la enfermera, entre ellas tenemos:

1. Realizar actividades y tareas de acuerdo al perfil ocupacional según la Reglamentación de Enfermería y normativa Institucional.
2. Asistir al paciente en su alimentación oral, higiene personal, necesidades fisiológicas y cambios de posición; y recolectar las muestras para los exámenes de laboratorio en general.
3. Tomar signos vitales según la condición del paciente.
4. Participar en las actividades promocionales, preventivas, de recuperación y rehabilitación en salud.
5. Participar asistiendo a la enfermera y al médico en los exámenes físicos, procedimientos especiales, curaciones, tratamientos y en la atención de urgencias.
6. Orientar a los pacientes y familiares, sobre aspectos básicos que contribuyan a su salud, a nivel institucional y comunitario.
7. Preparar y estilizar materiales e instrumental quirúrgico, bajo la supervisión de la Enfermera de Central de Equipo o Sala de Operaciones y de otras áreas.

Procesos de salud con autonomía que nos proyectan hacia el contexto social

- Cuidado de enfermería: funciones sustantivas que solo la enfermera puede hacer (eje. Administración de medicamentos)
- PAI (programa ampliado de inmunización)
- TAES (Tratamiento acortado estrictamente supervisado)
- Investigación
- Gestión de recursos humanos
- Proyección del cuidado de acuerdo al diagnóstico de salud
- Atención de los programas de salud pública
- Humanización
- Seguridad del paciente
- Modelos de gestión de cuidado

LEMA: NO SOLO SER SINO PARECER Y NO SOLO PARECER SINO SER

Estrategias de la gestión de calidad en salud

Mejorar la calidad de los servicios de salud mediante una cultura de calidad, de acuerdo a las necesidades de los usuarios externos e internos

- Compromiso de enfermería
- Lineamientos de enfermería
- Sensibilización y capacitación
- Asistencia técnica
- Reconocimientos al desempeño
- Sistema de información para la calidad
- Impulso y apoyo a la investigación en calidad

Se actúa de manera proactiva con la finalidad de evitar reprocesos y situaciones que generen retroceso de tal forma que no se sufra del denominado Síndrome de la rana hervida, que es una analogía que se usa para describir el fenómeno que se presenta en los grupos, cuando reaccionan ante un problema, respuesta que es progresivamente tan lenta, que sus daños pueden percibirse como a largo plazo o no percibirse, esta falta de conciencia, puede llegar a generar, que no existan reacciones oportunas, o que estas sean tan tardías, que impidan, evitar o revertir los daños que ya están hechos.

Tabla 1. Lineamientos estratégicos de trabajo de Enfermería Departamento Nacional de Enfermería 2018 - 2019

PROYECCIONES PARA JUNIO DE 2019	AVANCES	AREAS PRIORIZADAS
Humanización de los Servicios de Enfermería y seguridad del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con un Programa de Acompañamiento humano y Espiritual del Enfermo. 2. Conformación de un equipo de enfermería para el programa de humanización y el programa de seguridad del paciente. 	1. Humanización y seguridad del paciente en los Servicios del primero, segundo y tercer nivel de atención
Programa de Prevención de Insuficiencia Renal Crónica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conformación del equipo de profesionales de enfermería, a nivel nacional, para desarrollar el programa de prevención de la Insuficiencia Renal Crónica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regiones con mayor número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. 2. Clínicas o unidades de atención al paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Coclé, Veraguas y Panamá Metro.
Políticas, Plan, Manuales, protocolos y guías de Atención de Enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avances en el cumplimiento de los compromisos, como país, adquiridos en la Reunión de Dirección Estratégica de la Enfermería en la Región de las Américas. OPS/OMS. 2. Revisión de las guías de atención de Programas existentes, con las coordinadoras de enfermería a nivel nacional y regional. 3. Revisión bibliográfica para la elaboración de las guías y políticas de enfermería. 4. Inicio de elaboración de las Guías y Políticas de enfermería. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guías , Plan, Manuales, Protocolos y Guías de Enfermería en los Servicios del primero, segundo y tercer nivel de atención 2. Políticas de Enfermería para los diferentes niveles de atención
Programa de prevención de muertes maternas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de la Comisión Nacional y Regional de muerte materna. 2. 1ra Fase. Formación de 13 Enfermeras Obstetras para la región de Ngabe Buglé. Convenio MINSa Enfermería Nacional/ UNFPA/UNACHI. 3. 2da Fase. Proyecto de Residencia por un año para la práctica avanzada de las 13 Enfermeras especialistas en Gineco obstetricia de la Ngäbe Buglé. 4. Conformar un equipo de enfermería para el programa de prevención de muertes maternas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regiones de salud con mayor número de muertes maternas (Ngabe Buglé) 2. Instalaciones de primer y segundo nivel de atención.

Implementación de la gestión de la calidad en salud

- Desempeño correcto basado en las normas de intervenciones seguras, capaces de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, entre otros.
- Sensibilización a los profesionales, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino del por qué y para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin.
- Implementación de modelos en los hospitales.
- Supervisión y monitoreos a todos los niveles de intervención
- Evaluación del desempeño cada dos meses durante los dos primeros años y luego de forma anual
- Bono de productividad

- Atención de la niña y el niño
- Programas de salud pública
- Normas de atención hospitalarias y APS
- Alto nivel

Que hemos logrado mantener con la población:
Respeto y confianza

Proyectos en desarrollo:

1. Practica avanzada
2. Prescripción de medicamentos
3. Investigaciones de enfermería
4. Documentos: guías, protocolos de enfermería, basados en la evidencia.

Participación de comisiones

- Muerte materna
- Nutrición

Te cuido, me cuido y prevengo: Estrategia Segurita, para la Seguridad del Paciente.

Crisly Maricela Gómez Legarda*
Diana Lorena Coral Arévalo**

* Docente Programa de Enfermería Universidad Mariana. E-mail: crgomez@umariana.edu.co

** Enfermera, docente. Hospital Universitario Departamental de Nariño. Universidad Mariana

Resumen

La seguridad de los pacientes es de vital importancia para prevenir ocurrencia de eventos adversos y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, de los usuarios y familiares para un cuidado seguro y de calidad. Por tal razón dentro de las practicas formativas se crea un personaje denominado Segurita con el fin de hacer la educación en seguridad del paciente mas amena y didáctica, se enfoca en las buenas practicas seguras como el lavado de manos la doble marcación, prevención de caídas y úlceras por presión. Esta dinámica se desarrolla a través de un juego en el cual se utiliza un pre test un post test para la medición del impacto educativo

Palabras claves: seguridad del paciente, educación, practicas formativas, aprendizaje lúdico

INTRODUCCIÓN

“El mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor de la salud, incluido el derecho a la salud”. Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS.

En una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda, es la seguridad de los pacientes. De ahí la importancia de prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, de los usuarios y familiares para un cuidado seguro y de calidad.

Un evento adverso “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”. Como consecuencia de lo anterior, se aplican los programas de seguridad de los pacientes, entendido como la "reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud ". Los enfermeros están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad.

Te cuido, me cuido, y prevengo

Haciendo parte de la formación como profesionales de enfermería, en el desarrollo de la practica Pre profesional en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, es importante llevar a cabo proyectos institucionales que aporten al lugar de practica de forma significativa y que cause impacto al ser de utilidad para la institución.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño, dentro de su política de calidad se compromete con la prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia, lo cual incluye velar por el cumplimiento con la seguridad del usuario y su familia; constantemente se busca contribuir a la cultura de seguridad del paciente en toda la organización, garantizando de esta manera una atención segura se ve la necesidad de establecer un proyecto que fortalezca los procesos educativos brindados a los usuarios y su familia, contribuyendo al alcance de estos indicadores.

En esta búsqueda ha permitido que los estudiantes de enfermería de la Universidad Mariana junto con sus docentes, realicen intervenciones que exploran nuevas formas de enseñanza que facilite la comprensión de la información brindada.

Objetivo general

Fortalecer los procesos educativos de los usuarios (hospitalizados) y sus familias en la seguridad del paciente del Hospital Universitario Departamental de Nariño por medio de información, educación y comunicación de manera lúdica y creativa.

Objetivos Específicos

- Determinar el grado de conocimiento previo que tienen los usuarios respecto a seguridad del paciente en temas como lavado de manos, marcación, caídas y úlceras por presión durante su estancia hospitalaria.
- Aplicar la estrategia lúdica te cuido me cuido y prevengo con los usuarios y familias.
- Evaluar el impacto generado en la comprensión de la educación brindada con la aplicación de la

estrategia lúdica aplicada por los estudiantes de enfermería de la Universidad Mariana.

Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La Seguridad del Paciente se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la “reducción del riesgo de daños innecesarios de la atención sanitaria a un mínimo aceptable”

Identificación del paciente

Es importante la identificación del paciente, porque atreves de esta podemos tener claro que sea el paciente correcto al cual se le brindara la atención de manera oportuna y segura para así evitar errores que puedan tener consecuencias integrales con el paciente.

La OMS, incluye la identificación de pacientes a fin de ayudar a reducir daños relacionados con la atención sanitaria. Implementar los procesos de atención, tales como manillas de identificación del paciente, que es una forma importante de reducir los riesgos de seguridad del paciente.

La identificación incorrecta del paciente, puede considerarse desde datos incompletos en la banda o manilla que es portada por él, lo cual desencadena una atención inadecuada en cuanto refiere a los procesos de atención específicos para cada paciente, se lo puede considerar desde un traslado en camilla hasta la realización de un proceso quirúrgico que de no ser el paciente correcto tendría consecuencias legales.

Se debe considerar que la identificación parte desde el primer momento en que el paciente ingresa a un centro de servicios sanitarios, el documento de identificación es parte fundamental en la recolección de la información que suministra el paciente o su acudiente verificando su veracidad.

En el caso de un recién nacido se lo identificara con el nombre de la madre y la cedula de la misma, ubicando un brazalete o manilla de identificación para evitar errores o confusiones, ya que los recién nacidos no tienen un documento que los permita identificar por su nombre.

Riesgo de Caídas

Las caídas se pueden considerar o definir como la pérdida del equilibrio, provocando lesiones temporales o permanentes. Estas pueden generar un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte. Tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora).

Objetivos

- Implementar buenas prácticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de caídas durante el proceso de atención.
- Detectar cuáles son las fallas en la atención que pueden contribuir a la aparición de caídas en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de caídas en las instituciones.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de aparición de caídas en las instituciones.
- Presentar las experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

Factores de riesgo

- La edad es uno de los principales factores de riesgo de caídas. Ya que tiene mayor incidencia en adultos mayores, debido a que estos por su edad

pierda su fuerza muscular y pueden estar expuestos a riesgo de caída ya sea el ámbito familiar o en un centro hospitalario.

- Tiene gran incidencia en pacientes que padecen problemas neurológicos, cardiacos, visión, limitación en extremidades.
- Efectos secundarios por medicamentos
- Pacientes que permanecen mucho tiempo en cama, esto quiere decir que son pacientes que pierden la fuerza muscular.
- Pacientes post quirúrgicos
- Se debe considerar en el ámbito hospitalario, un gran índice de caídas, se ve reflejado en pisos mojados, personal de enfermería que no tiene el suficiente cuidado y no asiste a los pacientes en necesidades básicas que estos requieren como son la movilización o deambulacion, no levantar barandas después de haber realizado un procedimiento con el paciente.

Lavado de manos

El lavado de manos es de vital importancia ya que se evitara la propagación de microorganismo causantes de infecciones, en el ámbito hospitalarios realizara con el propósito de brindar un servicio seguridad al paciente, y evitar la transmisión de microorganismos nosocomiales en el servicio, controlando los índices de infección. El personal de salud debe tener claro en qué momentos debe de realizar el lavado de manos para la atención de un paciente, todo debe partir del conocimiento científico que tenga y con qué frecuencia lo realiza, para poder realizarlo de forma correcta, brindando una educación al paciente durante su estancia en el servicio en que se encuentre para que este habito de lavado de manos no solo se quede dentro de los centros de servicios sanitarios, que por el contrario se lo puede implementar dentro de la vida familiar para así evitar toda variedad infecciones que se presentan en el ambiente.

El lavado de manos tiene como principales objetivos.

- Disminuir la transmisión de enfermedades por microorganismos
- Fomentar los hábitos de higiene
- Eliminar la flora bacteriana de la piel
- Evitar la contaminación de material estéril
- Evitar el contagio cruzado
- Evitar la diseminación de gérmenes

MARCO TEORICO

Para llevar a cabo el proyecto se toma en cuenta la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados de una reconocida teórica de la disciplina de enfermería: Madeleine Leininger, ya que conceptualiza el cuidado cultural como “los valores, creencias y expresiones estructuradas conocidas de una forma cognitiva y que ayudan, apoyan o capacitan a otro individuo o grupo para mantener su bienestar”, respaldando la estrategia de usar términos expresivos culturalmente dispuestas en la región que permitan generar mayor confianza, atención y comprensión, permitiendo la “acomodación del cuidado” como ella lo menciona, basados en la cultura, generando empatía con los usuarios para que exista compromiso por la aplicación de los conocimientos adquiridos.

Para que un profesional de enfermería pueda proporcionar asistencia a un paciente, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz, ya que la salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias y valores de los pacientes para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura.

Población Objeto

Usuarios y familiares de los diferentes servicios del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

DESARROLLO METODOLÓGICO

Con el objetivo de educar a los pacientes con medios didácticos, se realizaron 4 juegos que incluyen deberes y derechos de los usuarios, cuidado del medio ambiente y seguridad del paciente, la elaboración del material educativo se encuentra descrito a continuación.

Descripción de la elaboración

Figura 1. Segurita



Fuente: Investigación

Segurita: Es un personaje femenino, representa la seguridad, su color da a conocer un estado de alerta de la persona para reaccionar ante una situación donde puede estar en peligro.

El usuarios encontrara la figura de segurita, la cual sostiene los protocolos de las buenas practicas seguras, para jugar se convierte en un rompecabezas el cual el usuario debe armar describiendo las practicas

RESULTADOS

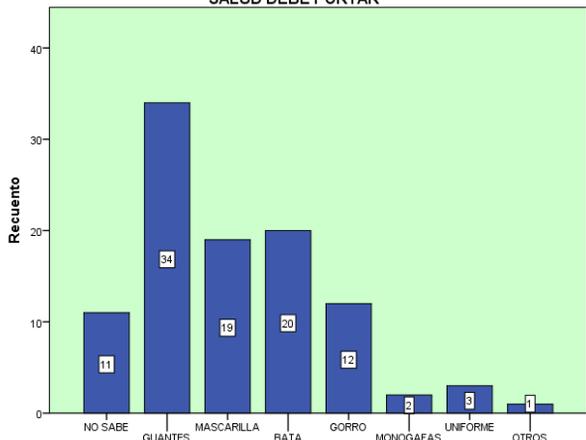
El género al que más se le aplico el pre test y post test con estrategia fue al género masculino con 33 participantes, seguido del género femenino con 14 participantes. Total personas encuestadas 47.

según el rango de edad son las que se encontraban entre 18 y 40 años donde más predominaba el género masculino, continuando con las personas pertenecientes al rango de edad de 41 a 61 años donde se evidencia que también predomina el género masculino.

19 participantes tenían un nivel educativo de básica primaria, continuando con 16 participantes que tenían un nivel educativo de secundaria, solo tres participantes tenían un nivel educativo universitario y por ultimo 9 participantes no poseían ningún nivel de escolaridad.

Tabla 1. Pre Test

MENCIONE TRES ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD QUE EL PERSONAL DE SALUD DEBE PORTAR



Fuente: Datos del proyecto

Los participantes de la prueba sabían que los guantes eran parte de los elementos de bioseguridad que el personal debía portar ya que 34 de ellos los incluyeron en su respuesta, 20 de ellos refirieron la bata, seguido de 19 que mencionaron en sus respuestas a la mascarilla. 14 de los participantes no tienen conocimiento sobre esta pregunta.

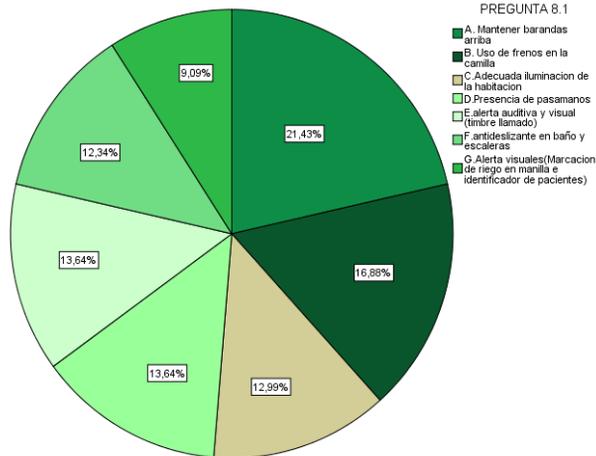
¿CONSIDERA USTED QUE ES IMPORTANTE QUE EL PERSONAL DE SALUD SE LAVE LAS MANOS?

SI	NO
46	1

¿LA INSTITUCIÓN HA IMPLEMENTADO BARRERAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR CAÍDAS DE SUS PACIENTES. ¿LE HAN BRINDADO INFORMACIÓN SOBRE ESTE TEMA?

SI	NO
33	14
TOTAL: 47	

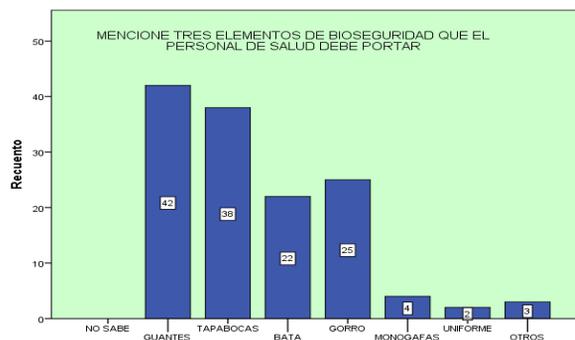
PREGUNTA 8.1



Los participantes de la encuesta refieren con la mayoría de afirmaciones, que conocen que mantener las barandas arriba de la camilla es una barrera de seguridad, seguido del uso de frenos en la camilla, pero tienen menos conocimiento acerca de alerta visuales (Marcación de riesgo en manilla e identificador de pacientes) que se considere barrera de seguridad.

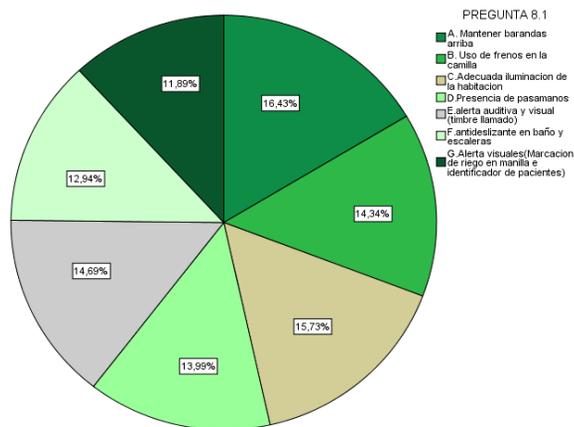
CON ESTRATEGIA

Los participantes reflejan que el uso de guantes aumenta a 42, seguido del uso de tapabocas con 38. Uso de bata con 22, uso de gorro con 25, uso de monogafas con 4, uniforme con 2 y otros con 3.



¿Considera usted que es importante que el personal de salud se lave las manos?		
47	0	0

¿LA INSTITUCIÓN HA IMPLEMENTADO BARRERAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR CAÍDAS DE SUS PACIENTES. ¿LE HAN BRINDADO INFORMACIÓN SOBRE ESTE TEMA?	
SI	NO
47	0
TOTAL: 47	



Los participantes de la encuesta refieren todo de que conocen que mantener las barandas arriba de la camilla es una barrera de seguridad, seguido de 45 participantes que respondieron una adecuada iluminación de la habitación por último la respuesta que menos mencionan con 34 participante es alerta visuales (Marcación de riesgo en manilla e identificador de pacientes) que se considere barrera de seguridad.

CONCLUSIÓN

- Se evidencia que la educación con estrategia brindada por los estudiantes es positiva, practica y dinámica donde los participantes se concentran

más en la información y hay mayor consenso en las respuestas de opción múltiple.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arbeláez M. La protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana. DS 2006; 14(2):205-240.
2. Benavides N. Salud, Hospital Universitario Departamental De Nariño. 2010. [Internet] Disponible en: http://nathbenavides.blogspot.com.co/2010/05/mision-y-vision-hospital-universitario_25.html
3. Colombia. Defensoría Del Pueblo. El derecho a la salud: en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Bogotá: La Defensoría; 2003. p 37, 23, 48.
4. Republica de Colombia. Congreso De Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015, febrero 16. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet] Bogotá: El Ministerio; 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
5. Constitución Política De Colombia, 1991. Artículo 13. [Internet]. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-1/articulo-13>
6. Federación Colombiana De Enfermedades Raras - FECOER. Disponible en: <http://www.fecoer.org/resolucion-13437-y-resolucion-4343-de-2012/>
7. Girondella Mora L. Derechos y Deberes: su significado, 2012 Disponible en: <http://contrapeso.info/2012/derechos-y-deberes-su-significado/>

8. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 17(3): 210-220
9. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: Towards and innovative model for health system reform in Latin America. HealthPolicy 1997; 41 (1): 1-36.
10. Naciones Unidas. La declaración universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
11. Residuos Hospitalarios. Disponible en: <http://www.dadiscartagena.gov.co/index.php/vigilancia-y-control/residuos-hospitalarios>
12. Varela Espiñeira S. Seguridad del Paciente. Universidad de Coruña, 2013 disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10167/VarelaEspi%C3%B1eira_Sara_tfg_2013.pdf?sequence=2

El papel de Enfermería en la gestión de casos

Sandra Milena Hernández Zambrano*

*PhD., Profesora, Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- E-mail: smhernandez3@fucsalud.edu.co

Paciente crónico en situación de complejidad: Las 4 C de las Enfermedades crónicas:

- Complejidad del problema
- Conocido
- Creciente
- En un sistema de salud en Crisis

Perfil epidemiológico:

- Transición demográfica: envejecimiento de la población
- En Colombia, las ECNT representan la mayor causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la población mayor de 45 años y el 65,41%
- Coexistencia de más de una enfermedad crónica: Multimorbilidad/pluripatología: 1,35% de los afiliados correspondían a pacientes con múltiples enfermedades crónicas, con una edad promedio de 59,96 años.
- Altas tasas de mortalidad: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, demencia y Alzheimer, enfermedades respiratorias crónicas del tracto inferior y la Diabetes mellitus = 40% muertes en población mayor de 60 años

Perfil clínico:

Categoría	Criterios Diagnósticos
Categoría A	Insuficiencia cardíaca
Categoría B	Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica
Categoría C	Enfermedad respiratoria crónica
Categoría D	Enfermedad inflamatoria intestinal. Hepatopatía crónica
Categoría E	Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado
Categoría F	Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
Categoría G	Anemia crónica. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
Categoría H	Enfermedad osteoarticular crónica
Categoría I	Trastorno Mental Grave, excluyendo aquellas causadas por consumo de sustancias psicoactivas.
Categoría J	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA)

Fuente: Adaptada de Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

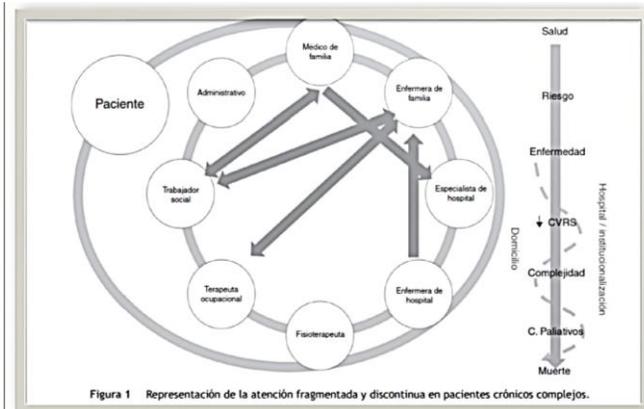
Perfil Funcional:

- Discapacidades y fragilidad clínica
- Deterioro físico y emocional progresivo
- Pérdida de la autonomía y capacidad funcional
- Limitaciones en las actividades de la vida diaria

Utilización de servicios de Salud

- Elevada demanda en la utilización de los servicios de salud que incrementa el consumo de recursos
- Las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y el insuficiencia renal absorben el 65% de los costos totales por enfermedades catastróficas del país.
- El costo total de atención de pacientes pluripatológicos significó el 13,21% del costo total en salud del año 2013.

Paciente crónico en situación de complejidad



MODELO DE GESTIÓN DE CASOS

“Proceso[... en el cual] se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos”

Dimensiones competenciales

- Investigación y práctica basada en la evidencia
- Liderazgo clínico y consultoría
- Colaboración y relación interprofesional
- Mentoría
- Juicio clínico experto
- Liderazgo educativo

- Gestión de la calidad y seguridad clínica
- Gestión de cuidados
- Autonomía para la práctica profesional
- Promoción de la salud
- Competencia cultural
- Protección y defensa de derechos del paciente

Atributos

- Personalización del servicio
- Atención integral
- Participación
- Continuidad
- Coordinación asistencial
- Orientación a resultados

Tipologías

Escenario de atención

- Intramural o extramural extendido
- Extramuros, longitudinal

Población diana

- Personas frágiles y vulnerables
- Población geriátrica
- Personas con TMG
- Personas con pluripatología
- Personas con una enfermedad crónica

Orientaciones del modelo

- Coordinación/gestión
- Atención
- Coordinación + gestión

Competencias transversales

- Captación población diana: Pacientes crónicos complejos y sus cuidadores familiares. Búsqueda activa-Derivación, Cribado de complejidad
- Valoración multidimensional: Clínica, Pronóstica, Farmacológica, Autogestión, Preferencias y valores.
- Plan de cuidados personalizado y Coordinación de la asistencia: Basado en las necesidades, Toma de decisiones compartida, Lenguaje estandarizado, Coordinación: proveedores, recursos sociales y de salud. ABOGACÍA
- Evaluación y cierre del caso: Evaluación de indicadores de efectividad, Evaluación de percepción del modelo, Cierre de caso: estabilización, fallecimiento, elección.

Experiencias de implementación del modelo de gestión de casos

Modelo	Ámbito	Población diana	Proveedor	Orientación	Efectividad
Guided Care J. Hopkins EE.UU	Atención primaria	Crónicos complejos	EGC con competencias avanzadas	Atención coordinada centrada en la persona	Aumenta calidad percibida, satisfacción de pacientes/ cuidadoras y profesionales, mejorando la utilización de servicios y disminuyendo el coste medio de los servicios
Ever-Care Reino Unido	Atención primaria	Crónicos complejos Personas mayores con alto nivel de dependencia	EGC con competencias avanzadas	Mantenimiento de la salud y Educación para el Autocuidado en AD	Mejora satisfacción de pacientes y cuidadoras, adherencia al tratamiento, control de síntomas, reingresos, uso de consulta médica y mortalidad en mayores de 65 años
Cataluña	Socio-Sanitario	Pacientes con IC en domicilio. Mayores frágiles 60-69/ EGC	EGC	Autocuidados Mantenimiento en la comunidad	Reducción de la mortalidad, reingresos, mejora calidad de vida y utilización de servicios.
Euskadi	AP y hospital	Pacientes crónicos con pluripatología Pacientes Dependientes con Necesidades socio-sanitarias	EGEH EGC EGCA	Continuidad y educación en autocuidados. Captación activa Mantenimiento	Captación de Pacientes y alta satisfacción de pacientes y cuidadoras
Andalucía	AP y hospital	Personas con problemas de salud complejos, vulnerabilidad, problemas sociales, necesidad de servicios	EGC con competencias avanzadas	-Gestión del acceso a ayudas técnicas y servicios de apoyo -Activación y coordinación de proveedores -Incorporación de cuidados a cuidadores	Majamiento de autonomía, activación de proveedores, mejoramiento de régimen terapéutico, respecto al cuidador reducción de sobrecarga y frecuentación a servicios de salud

Fuente: Gonzalo Jiménez E. Nuevos roles de Enfermería en Atención Domiciliaria: Las Enfermeras Gestoras de Casos en el Servicio Andaluz de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Unimedios, Agencia de Noticias UN, Salud. Disponible en: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/desarrollan-modelo-de-atencion-para-pacientes-pluripatologicos.html>
2. Morales Asensio JM. Registro Andaluz de Pacientes que reciben gestión de casos en el entorno comunitario (RANGE-COM). En: I congreso internacional, nacional, y II autonómico de Enfermeras Gestoras de Casos. Córdoba; 2015
3. Gallardo Solarte K, Benavides Acosta FP, Rosales Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana Rev.Cienc. Salud. 14 (1): 103-114
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia diciembre de 2014.
5. Research poster presentations -session ii health care use & policy studies health care use & policy studies -Consumer Role in Health Care. Disponible en: <https://www.ispor.org/conferences/Santiago0915/Poster-Presentations-SessionII.pdf>
6. -Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2016. Situación de Salud en las Américas.
7. OlleroBernabeuM., RincónM., Upshur R., BersteinB. [Colaboradoresprincipales] The language of poly pathology. En: JadadAR, Cabrera A, Martos F, Smith R, LyonsRF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to anemergingglobal challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
8. -Montes Santiago J, Casariego Vales E, Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. J Galicia Clin2012; 73 (Supl.1): S7-S14.
9. Gallardo Solarte K, Benavides Acosta FP, Rosales Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana Rev.Cienc. Salud. 14 (1): 103-114
10. -Research poster presentations -session ii health care use & policy studies health care use & policy studies -Consumer Role in Health Care. Disponible en: <https://www.ispor.org/conferences/Santiago0915/Poster-Presentations-SessionII.pdf>
11. Ramírez-Duque N, Rivas-Cobas C, Bernabeu-WittelM, RuizCanteroA, Murcia-Zaragoza J, Oliver M, et al. Perfil de la prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. RevEspGeriatrGerontol. 2014;49: 255-9.
12. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres EnfermClin. 2014;24(1):23-34
13. Morales-AsencioJM, Martin-Santos FJ KaknaniS, Morilla-Herrera JC, Cuevas Fernández-GallegoM, García-Mayor S et al. Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories -A qualitative study. J EvalClinPract. 2016 Feb;22(1):122-132.
14. Santos-Ramos B., Otero LópezM.J., Galván-BanqueriM., Alfaro-LaraE.R., Vega-Coca M.D, Nieto-Martín, Ollero-BaturoneM. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. FarmHosp. 2012;36(6):506-517.
15. Satre-FullanaP, De Pedro-Gómez JE, Bannasar-VenyM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. EnfermClin. 2015;25(5): 267-275

16. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el servicio Andaluz de salud. Octubre 2016.
17. Gonzalo Jiménez E. Nuevos roles de Enfermería en Atención Domiciliaria: Las Enfermeras Gestoras de Casos en el Servicio Andaluz de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública
18. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres *EnfermClin*. 2014;24(1):23-34.
19. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el servicio Andaluz de salud. Octubre 2016.
20. Gonzalo Jiménez E. Nuevos roles de Enfermería en Atención Domiciliaria: Las Enfermeras Gestoras de Casos en el Servicio Andaluz de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública
21. Martín Lesendel. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencias y necesidades de hechos. *Aten Primaria*. 2013; 45(4):181-183.
22. Boulton C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM, Wolff JL, et al. The effect of guided care teams on the use of health services: Results from a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011;171:460-6.
23. Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:93.57

La investigación como eje central en el desarrollo curricular: Una evidencia en el currículo de Enfermería

Francia Esther Herrera Salazar *

Mariemma Socarras Vega **

Marina Sánchez Sanabria ***

* Enfermera. Magister Enfermería. Magister en Educación. Doctora en Ciencias de la Educación. Docente-Investigadora. Universidad Popular del Cesar. E-mail: franciaherrera@unicesar.edu.co

** Esp. en Cuidado Crítico. Magister en Educación. Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad Popular del Cesar. E-mail: mariemmasocarras@unicesar.edu.co

*** Magister en Salud Pública. Magister en Educación. Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad Popular del Cesar. E-mail: marinasanchez@unicesar.edu.co

Resumen

Por siempre ha sido la investigación, una función misional de la Universidad, en su razón de ser, más no siempre esta premisa la han operacionalizado todas las instituciones del nivel superior, unas más que otras y otras ni siquiera lo han percibido, las cuales tienden a desaparecer inmersas en una sociedad global del conocimiento. Ante la urgencia de innovar los currículos buscando su cualificación, las autoras pretenden con esta presentación abordar la relación investigación currículo, ilustrando su propia vivencia académica a través del diseño y ejecución de un Plan Pedagógica en el Programa de Enfermería de la Universidad Popular del Cesar; al tiempo se muestra cómo el conocimiento se articula con los problemas sociales a través de la investigación.

Palabras Clave: Investigación, Currículo, Enfermería

INVESTIGACIÓN Y CURRÍCULO

Actualmente, la educación universitaria tiende a desarrollar el hábito reflexivo del estudiante y a pensar críticamente, para poder entender cuál es el objeto disciplinar de interés, cuáles son los límites del saber y cuáles sus intereses vinculantes con el estudio. Los docentes debemos orientar al estudiante a que capte sus limitaciones sociales, sus restricciones y/o ataduras sociales y establezca claridad entre lo que significa la integración teoría-práctica. Estas tendencias educativas son comprendidas cuando se

utiliza la confluencia teórica en los diseños y prácticas curriculares, que nos permiten interpretar cuáles son realmente las dimensiones que interesa desarrollar en los procesos de formación en las diferentes disciplinas; es decir, cuando se le da practicidad a las teorías curriculares, no para importar modelos que restringen el pensamiento tanto de docentes como de estudiantes, sino para utilizar las teorías desde una perspectiva problemática en cuanto al fenómeno de aprehender y de enseñar los objetos de estudio de las disciplinas desarrollando el pensamiento complejo.

Emplear este paradigma educativo implica repensar los procesos enseñanza aprendizaje desde una educación problemática, que fomente actitudes críticas desde el desarrollo de las sensibilidades frente a los problemas de los otros; a desarrollar la creatividad mediante el empleo de aprendizajes autónomos y significativos y al empleo de innovaciones didácticas que permita a los actores, la integralidad del proceso de aprender con base en su problemática de vida cotidiana.

De esta manera, los currículos diseñados por competencias por ejemplo, no sólo se agotarían en describir los tipos de competencias a desarrollar; la orientación curricular buscaría consolidar la dialogicidad alumno-profesor para integrar los tres componentes básicos de las competencias profesionales y así trascender el saber conocer los códigos de la disciplina con el saber hacer (aplicar su conocimiento en la práctica) en el saber ser un profesional ético, humano, sensible y solidario frente a los problemas de los otros. Es en esa relación armónica y empática desde la que se podría comprender por qué es importante el conocimiento para proyectarlo en beneficio de los otros; así la Universidad proyecta su corresponsabilidad social (1).

Dentro de este modo de visionar el currículo de Enfermería en curso en la Institución Universidad Popular del Cesar, para innovar con tendencias educativas vigentes, no olvidamos que contextualizar un currículo implicaba ir de la mano con otras disciplinas (2) relacionadas, por lo que irrumpimos inicialmente hacia el trabajo en grupo uniendo a los docentes por asignaturas afines, atendiendo las diversas áreas del conocimiento de la enfermería, buscando las posibilidades de un trabajo colaborativo que permitiera centrar los problemas sociales, que a su vez esos problemas representaran la fuente de estudio para todos los integrantes del grupo. Es entonces cuando aparece la investigación como el componente que privilegia la visión transdisciplinar porque permite profundizar en los problemas para dar soluciones o contribuir con conocimientos en esa problemática social.

De allí la necesidad de recurrir a otros estamentos

comprometidos o implicados en el problema para plantear soluciones; entonces desde el Programa y aprovechando el trabajo de aula, los Proyectos de investigación y los Proyectos de Extensión se establecieron Alianzas Intersectoriales con la Gobernación del Departamento del Cesar, con la Alcaldía de Valledupar y con muchas EPS de la localidad, con la Comunidad de Adultos Mayores y con algunas Etnias ubicadas en el territorio, concertando el trabajo Intersectorial.

Internalizar la Investigación en el Currículo De Enfermería

Las autoras no pretenden ofrecer una receta y menos dar consejos, solo les motiva el poder compartir con la comunidad académica una experiencia que lideró el Grupo de Investigación al interior del Programa de Enfermería, y que ha tenido un efecto profundo en el Proyecto Pedagógico “Cómo Internalizar la Investigación en el Currículo de Enfermería”³, representando una metodología para articular la docencia con la investigación y la extensión. A continuación se presentan los momentos desarrollados en el proceso pedagógico:

1. Valorar el estado del arte de la investigación en el Programa, fue una buena forma de empezar; explorando desde una perspectiva histórica, la evolución de la investigación en el currículo a nivel global, nacional e institucional.
2. Explorar las implicaciones legales sobre la práctica de la profesión, de la disciplina de enfermería, dentro de los regímenes de la legislación Colombiana y el marco legal institucional que normatiza la estructura del sistema de investigación en el que se inscribe el quehacer investigativo de profesores y alumnos en la respectiva institución.
3. Establecer el diagnóstico preliminar que da cuenta del estado del arte de la investigación en el programa académico, aplicando inicialmente un estudio censo métrico profundo de lo pertinente a las acciones de investigación durante la existencia del Programa, complementado con revisión documental.

4. Con base en la problemática de investigación encontrada, se construyó la Propuesta Estratégica de Investigación en el Currículo a partir de las tendencias problematizadoras desde el contexto sociocultural que implican núcleos problemáticos que tienen una afectación directa en la enfermería y en su quehacer práctico.

5. A partir de los núcleos problemáticos se consolidaron las áreas del conocimiento de la enfermería en nueve grandes Áreas de Actuación con sus respectivas Líneas de Investigación, sobre las que se profundiza el conocimiento y desarrollan con Proyectos de Investigación que apuntan a la contribución de los problemas sociales en salud.

6. Diseño y Ejecución de un Plan de Capacitación: 1. Conformación de Equipos de Trabajo, con la conformación de grupos pares con colegas interesadas en el estudio de la misma problemática. 2. Actualizar conocimientos sobre metodologías de investigación. 3. Conocer el Sistema de Investigación e Innovación en Ciencias y Tecnologías de Colciencias. 4. Conocer cómo se construye el Estado del Arte en Enfermería. 5. Cómo Diseñar y Ejecutar Proyectos de Investigación en el Cuidado de la Vida y la Salud y 6. Difusión de Resultados de Investigación.

7. Diseñar la Estructura de Investigación para la Operacionalización en el Currículo de Enfermería.

8. Desarrollar las Líneas de Investigación con el Diseño y Ejecución de Proyectos de Investigación, vinculando estudiantes de enfermería como semilleros de investigación y egresados como Jóvenes Investigadores.

9. Articulación de las funciones misionales de docencia, investigación y extensión a través de la construcción de programas con visión en formación investigativa.

METODOLOGÍA

La 1ª fase se desarrolló en tres momentos, que se abordaron con una metodología participativa en la modalidad investigación-acción participante (IAP), involucrando la comunidad de docentes, estudiantes y administrativos del programa; fueron los dos

primeros estamentos quienes explicitaron sus motivaciones acerca de las actividades de investigación, sus prioridades según áreas de conocimiento y las tendencias problematizadoras en las respectivas áreas. También se exploró los modos de abordaje que proyecta el docente en situaciones críticas para solucionar problemas o mejorar la calidad de vida, aplicados en las diferentes áreas de enfermería y los compromisos docentes para el desarrollo de la investigación.

La 2ª fase, referida a la construcción de la Estructura de Investigación en el Currículo de Enfermería, fue un trabajo participativo, su desarrollo se centró en la interpretación, comprensión y proyección de la línea de investigación Práctica de los Cuidados de Enfermería, labor orientada con la aplicación de la “Estrategia Pedagógica Aprender a Enseñar con el Ejemplo la Investigación del Cuidado de la Vida”, diseñada por el Grupo de Investigación líder.

Los participantes (docentes) se apropiaron del conocimiento de su objeto disciplinar en su área de actuación pertinente y asumiendo el desarrollo de pensamientos múltiples, autónomo y significativo, dieron sentido innovador a su quehacer, visionaron para su intervención la problemática del contexto que implicaba su trabajo cotidiano, describieron estas realidades (tendencias problematizadoras); construyeron conceptualizaciones sobre los componentes de afectación a su quehacer (Núcleos Problematizadores sobre las Dimensiones del Conocimiento) y argumentaron intervenciones pertinentes para cuidar la vida (Líneas y Proyectos de Investigación); dentro de una dinámica participativa y dialógica que les permitió estructurar una pedagogía particular para internalizar y operacionalizar la investigación en las áreas específicas de saberes del cuidado de la vida.

Experiencia que posteriormente la vivencian y comparten con sus pares, con estudiantes y con los egresados, asumiendo criterios didácticos, metodológicos, curriculares y pedagógicos, alcanzados en acuerdos para implementar la práctica pedagógica para la enseñanza del cuidado de enfermería.

RESULTADOS

La Comunidad Académica de Enfermería asumió la modalidad Investigación Acción-Participativa, logrando consolidar sistemáticamente un gran proceso de investigación pedagógica con los siguientes Proyectos de Investigación:

1. Descripción del Estado del Arte de la Investigación en el Currículo de Enfermería (3).
2. Implementación de la Línea de Investigación Práctica de los Cuidados de Enfermería, como la matriz que orienta filosófica, ontológica, epistemológica y metodológicamente el quehacer investigativo en enfermería en la UPC (3).
3. Construcción de la Estructura de Investigación para El Cuidado de la Vida en el Currículo de Enfermería de la UPC con nueve Áreas de actuación, diecisiete Líneas de Investigación con sus respectivos Grupos de Investigación, desarrollando Proyectos de Investigación, Programas educativos y actividades de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud con las comunidades (4).
4. Construcción e implementación de la Estrategia Pedagógica “Aprender a Enseñar con el Ejemplo la Investigación del Cuidado de la Vida”(4); La que facilitó poner a prueba la confluencia de métodos que fueron asumidos por cada grupo de docentes en su respectiva área de conocimiento estableciendo las particularidades en cada “Área de Actuación”.

1. Fomento de la Integralidad y Flexibilidad Curricular, a través de un trabajo articulado con los tres Programas académicos de la Facultad Ciencias de la Salud, liderado por una de las investigadoras del Grupo de Investigación, designada a coordinar la Extensión y la Proyección Social, iniciando con la descripción de las determinantes sociales (5).

2. El Currículo de Enfermería a través de la aplicación de una metodología innovadora, cumple con el desarrollo de sus funciones sustantivas y asume su corresponsabilidad con los problemas sociales

3. Proyecto de Visibilidad de la Construcción de

Conocimiento en Enfermería, con la edición de 4 libros, de los cuales se han editado tres: : 1º.Cómo Internalizar y Operacionalizar la Investigación del Cuidado de la Vida y la Salud en el Currículo de Enfermería. ISBN: 978-958-8409-74-0. 1ª Edición. 20163. 2º. La Estructura de la Investigación en el Currículo de Enfermería. ISBN: 978-958-8409-80-1. 1ª edición 20164 y 3º.Responsabilidad Social Universitaria para el Cuidado de la Salud de los Habitantes Área Urbana de Valledupar. ISBN: 978-958-8409-73-3. 1ª Edición 2015 (5).

CONCLUSIONES

- Este modo de abordaje de la Investigación en el Programa de Enfermería permitió el diagnóstico (estado del arte), que sirvió a la construcción de la Propuesta Estratégica de Investigación en el Currículo e igualmente consolidó una base de conocimientos para visionar el Programa de Extensión Universitaria en Salud, que se diseñó tomando en cuenta las motivaciones y compromisos de los docentes y estudiantes y las condiciones de apoyo logístico, administrativas y de infraestructura con que cuenta la UPC y el Programa de Enfermería; convirtiéndose estos dos componentes en resultados del estudio en su fase inicial que fue de utilidad para diseñar el Proyecto Pedagógico “Cómo Internalizar la Investigación en el Currículo”, articulando la Extensión con la Investigación a través del Programa de Educación Continua sobre el Cuidado de la Vida y la Salud.
- El trabajo colaborativo abrió en la comunidad académica interna de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Institución, la necesidad de articular las tres funciones sustantivas de la Universidad, Docencia-Investigación-Extensión, surgiendo un gran trabajo mancomunado en pro de explorar las determinantes sociales en 6 grandes comunas de Valledupar, que dio la base para desarrollar la labor de Investigación-Extensión- Proyección Social a la cual se vincula la ciudadanía Valduparense.

- La comunidad académica de enfermería, apropiada de su productividad investigativa, se ingenia formas de socialización y visibilidad, organizando eventos, participando con ponencias en eventos científicos, escribiendo artículos para publicación en revistas especializadas y gestionando un proyecto de Visibilidad con la edición de cuatro libros, de los cuales ya se han editado tres: 1º. Cómo Internalizar y Operacionalizar la Investigación del Cuidado de la Vida y la Salud en el Currículo de Enfermería. ISBN: 978-958-8409-74-0. 1ª Edición. 20163. 2º. La Estructura de la Investigación en el Currículo de Enfermería. ISBN: 978-958-8409-80-1. 1ª edición 20164 y 3º. Responsabilidad Social Universitaria para el Cuidado de la Salud de los Habitantes Área Urbana de Valledupar. ISBN: 978-958-8409-73-3. 1ª Edición 20155. 5ª. El Programa cuenta con dos grupos de investigación categorizados en COLCIENCIAS, uno en "A" y el otro en "C" y 4 grupos más avalados institucionalmente que buscan su registro en el GrupLAC y cuenta con tres Pares Evaluadores de COLCIENCIAS.
- El Currículo de Enfermería articula el conocimiento con los problemas del entorno sociocultural a través de una metodología innovadora que busca la integralidad en el proceso de formación cumpliendo con su corresponsabilidad social.

Edición. Ediciones UNICESAR. Valledupar. 2016.

4. Universidad Popular del Cesar. Programa de Enfermería. Estructura de la Investigación en el Currículo de Enfermería. ISBN: 978-958-8409-80-1. 1ª edición Ediciones UNICESAR. Valledupar. 2016.
5. Sánchez, M. Hernández, N. Galindo, J. Romero, A. Vence, N. et al. Responsabilidad Social Universitaria para el Cuidado de la Salud de los Habitantes Área Urbana de Valledupar. ISBN: 978-958-8409-73-3. 1ª Edición 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harris, J.W et al. The American Doctorate in the Context of New Patterns in Higher Education. Washington. The Council of Postsecondary Education. (1980).
2. Gómez, Hernando. Jaramillo, H. Educación para la Ciencia y la Tecnología. Los Estudios se Presentan y Analizan. (2012).
3. Herrera, F. Sánchez, M. Socarras, M. Cómo Internalizar y Operacionalizar la Investigación del Cuidado de la Vida y la Salud en el Currículo de Enfermería. Programa de Enfermería. Universidad Popular del Cesar. ISBN: 978-958-8409-74-0. 1ª

Papel de Enfermería en el contexto del Modelo de Atención en Salud y Ley Estatutaria

Carolina Prada Moreno*

*Directora General Organización Colegial de Enfermería. directorgeneral@oceinfo.org.co

ANTECEDENTES

- Ley 100 de 1993 cambio profundo de modelo (25 años) neoliberal (pluralismo estructurado). Retroceso para el país, el sector y la sociedad.
- En el mundo enfermería recurso clave para dar salud y proporcionar cuidados. . Con la ley 100: se cambia a una práctica orientada a la búsqueda de la eficiencia, con finalidad de lucro. Perdió calidad el cuidado o el cuidado mismo.
- Ejercicio profesional en un mundo de trabajo precarizado.
- Sentencias CC –Ley estatutaria de la Salud – Modelo MIAS. Dejan intacto la estructura del aseguramiento y la administración del riesgo.

Papel del profesional de enfermería

La profesión tiene la obligación de salir a defender a los usuarios desde la garantía del derecho a la salud y desde esa perspectiva , recuperar la función esencial del Cuidado, recuperar y/ o construir nuevos espacios de dirección y de actuación , y realizar una actividad constante de vigilancia y construcción crítica del quehacer profesional.

Objetivo

Integrar la salud pública con los determinantes sociales y ambientales

Elementos

- Enfoque territorial: actividades de detección y prevención con las de atención
- La coordinación de los agentes del sistema y la operación integrada a través de rutas de atención coordinadas desde el aseguramiento con acciones específicas de seguimiento y monitoreo
- Orientar el sistema hacia la prevención incrementando la capacidad de resolución del nivel básico
- Médico familiar con acceso a telemedicina
- Asegurar la integralidad a través de rutas reguladas de atención para la mayor parte de las enfermedades
- Redes integrales de atención que reduzcan la fragmentación
- Mejorar la integración funcional con un sistema de información integrado e interoperable que permita compartir datos clínicos y epidemiológicos
- Evolucionar el listado (plan obligatorio de salud) a plan integrado
- El asegurador se va a transformar en un gestor y coordinador de las redes: (balance entre la gestión financiera con la del riesgo clínico y poblacional)
- Implantar nuevos mecanismos de pago: de pago por evento y por grupo a grupos de diagnósticos relacionados (paquetes –tratamientos completos)
- Hacer diferenciación de la atención: urbana – rural –población dispersa

Ley Estatutaria

Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calcular base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población. El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las

instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios.

Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CONCLUSIONES

- El modelo de ley 100 continua en proceso de expansión como modelo rentístico
- La política País, modelo de atención integral en salud MIAS constituye un modelo de privatización, donde el Estado se convierte en correa de transmisión de los recursos públicos a favor de operadores privados, quienes ejercerán la administración y el control a la medida de sus intereses promoviendo la integración vertical esta vez con los recursos de P y P, profundizando la inequidad en salud, la desigualdad y la muerte en salud.
- La Ley Estatutaria de la Salud representa la disputa entre interés del mercado versus la necesidad de contar con un Estado garantista. Los profesionales de enfermería deben conocer el contenido y alcance de esta norma y desarrollar conciencia apoyando la consecución de la implementación desde la garantía del derecho
- La profesión de enfermería continuará siendo un recurso insuficiente, subsidiario e intercambiable. Colombia dispone de seis enfermeras por cada 100.000 habitantes
- Al tratarse como un recurso intercambiable y sustituible, continuará la tendencia a favor de la desprofesionalización y la realización de funciones cada vez mas asociadas a la gestión del pago, delegando la actividad de cuidado en recursos de menor nivel de calificación.
- El recurso humano en salud en general y principalmente el de enfermería no cuenta con organizaciones gremiales robustas que les representen y les apoyen en la formación y

ejercicio de la ciudadanía, para actuar en su propia defensa y en favor y conjuntamente con la sociedad. Es deber de cada integrante de la profesión participar en forma activa para garantizarla.

- De darse un proceso de construcción organizativa fuerte corresponde al gremio prepararse para participar en el diseño de políticas que le incluyan en forma tal de constituirse en un recurso humano participante y activo en los espacios de toma de decisión
- La profesión de enfermería requiere regresar a la esencia de su disciplina el Cuidado de la vida, la salud y protección humana y de esta manera ganarse el respeto como autoridad en salud, la confianza y simpatía del público, los pacientes los usuarios, todos lo anteriores sujetos de derecho.

Impacto social de las practicas formativas del programa de Enfermería de la UFPS en el municipio de Tibú – Zona del Catatumbo

Gloria Omaira Bautista-Espinel¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería. Docente Coordinadora Curso Gerencia de los Servicios de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: gloriabautista@ufps.edu.co

Resumen

El presente trabajo muestra los resultados y alcances de una experiencia pedagógica desarrollada por la Universidad Francisco de Paula Santander, programa de enfermería seccional Cúcuta, Colombia durante el periodo comprendido entre el II semestre de 2017 y el I semestre de 2018 con estudiantes de último año del programa de enfermería que realizaban práctica preprofesional, en zonas afectadas por la violencia y el conflicto armado, región del Catatumbo- Norte de Santander. Los -resultados de esta experiencia muestran como desde la Universidad se pueden impactar contextos de alta conflictividad y se pueden generar en los estudiantes valores, comportamientos y habilidades sociales que les permitan un desempeño exitoso y a la vez identificar, realidades que son ajenas a su desarrollo académico y que les permiten una transformación positiva de sus prácticas de cuidado, fortaleciendo su formación.

Palabras clave: Conflictos Armados, Prácticas Clínicas, Estudiantes del Área de la Salud

INTRODUCCIÓN

Para lograr el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud, en Colombia, los sectores educación y salud han realizado ingentes esfuerzos por establecer marcos normativos, que respondan a las exigencias de calidad que son requerimientos fundamentales tanto en la educación superior, como en los procesos que misionales que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), adelantan.

A nivel macro contextual se encuentra las normas y políticas de estado, en torno a la formación del

recurso humano en salud, que son referentes obligados para establecer pautas de calidad de las prácticas profesionales. A nivel micro contextual los diversos programas adscritos a unidades académicas en salud tienen un doble desafío en la formación del talento humano, estos se relacionan con: la calidad, la pertinencia de escenarios de prácticas formativas, que cumplan con las normas que regulan la relación docencia-servicio, al mismo tiempo con los estándares y procedimientos definidos por los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, entidades que están inmersas en el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.

En escenarios de normalidad social estos requerimientos son ampliamente cumplidos y podría decirse que los procesos de verificación y evaluación de la capacidad de los escenarios de práctica de los programas de educación superior en salud, en las ciudades capitales e intermedias están enfocados al cumplimiento de este objetivo y cuentan con una amplia trayectoria en el desarrollo de estas relaciones de docencia – servicios, con las Instituciones de Educación Superior (IES).

Pero en territorios donde la normalidad social es difícil de alcanzar, porque, existe en su contexto una situación permanente de confrontación social; (producto del conflicto armado), este proceso no es tan fácil de alcanzar y las condiciones de funcionamiento de los convenios implican asumir riesgos no cuantificados dentro del contexto normal, pero a su vez, estas zonas demandan de la IES, su presencia, para dar respuesta a las múltiples necesidades que el contexto plantea como prioritarias, en estas regiones.

En sentido es importante comprender que el país enfrenta grandes desafíos, que el pos-acuerdo ha generado y que son ineludibles. A los cuales la academia debe contribuir atendiendo las nuevas políticas de estado y realizando una adaptación continua al cambio de acuerdo a las exigencias que él entorno plantea.

Es por lo que se intentó responder a la pregunta ¿Es posible desarrollar un convenio de relación docencia servicios, que responda a los criterios de pertinencia social, entendida como la respuesta las necesidades reales del macro contexto regional establecido; entre el programa de enfermería de la UFPS y una IPS ubicada en una zona de posconflicto en Norte de Santander?

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

La presente experiencia formativa en la enseñanza del cuidado desde la perspectiva social, se desarrollo desde el II semestre de 2017 hasta el I semestre de 2018, en el municipio de Tibú – Norte de Santander, ubicado en la zona Noroccidental del departamento. Tiempo de duración de la práctica formativa 8 meses. Participaron 9 estudiantes de VIII semestre de

enfermería curso: Gerencia de los Servicios de Enfermería y un docente del programa.

Suscripción Convenio Docencia Servicios

En mayo de 2018, la coordinación de relación docencia servicios de la facultad de salud de la UFPS, estableció convenio con la ESE REGIONAL NORTE, este convenio tenía como característica importante el apoyo para el sostenimiento en la zona para los estudiantes de forma mensual. Se solicitaron los requerimientos legales respectivos a la entidad y los establecidos para los estudiantes previa convocatoria.

Los servicios cubiertos por los estudiantes fueron: Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, grupos de tres estudiantes que permanecían en la zona dos meses y medio.

Selección de Estudiantes: mediante convocatoria abierta se planteó previamente, al inicio del semestre el nuevo escenario de práctica, los estudiantes interesados debían firmar junto con sus padres el formato de consentimiento informado, para lo cual se diseñó el PROCEDIMIENTO de CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIANTES que contaba con los documentos de CONSENTIMIENTO INFORMADO y DESISTIMIENTO DESARROLLO DE PRÁCTICA, en caso que el estudiante tomara la decisión de retirarse del desarrollo de la práctica en la zona. Ambos documentos se daban a conocer al posible candidato y posteriormente se seleccionaban teniendo en cuenta aspectos académicos e interés del estudiante por participar en la experiencia.

Proceso de Ubicación de Estudiantes: el docente coordinador de la asignatura, acompañó a los estudiantes al proceso de ubicación y presentación en el lugar de práctica con las directivas de la entidad.

Proceso de Inicio Practicas Formativas: se realiza reunión inicial con el representante de relación docencia servicios de la entidad e integrantes del equipo de salud, para concertar aspectos relacionados con:

Presentación del programa

Presentación de la asignatura y plan de trabajo incluidos los 5 componentes a desarrollar, que son: educación a personal, educación a usuarios, investigación formativa, actividades de extensión en proyecto de impacto, actividades de gestión y actividades asistenciales.

Se suscribe acta de inicio de la practica y se toman en cuenta los requerimientos de la entidad en relación con el cuidado y las acciones de enfermería.

Desarrollo de la práctica

El proceso de práctica se divide en tres fases:

1. Elaboración del diagnostico de los servicios de enfermería y definición del plan operativo.
2. Ejecución de las actividades descritas en el plan operativo en los 5 componentes: educación, gestión, investigación, extensión y asistencia
3. Elaboración de informes de resultados, socialización de resultados con los representantes de la entidad, elaboración de actas de empalme y evaluación del proceso.

RESULTADOS Y LOGROS ALCANZADOS CON EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

En términos de resultados la experiencia de la practica formativa en el municipio de Tibú permitió un mayor desarrollo de los estudiantes en cuanto a posibilidades de actuación.

Acciones de educación

En aspectos como la educación al personal y usuarios, hubo un incremento importante para los indicadores de la entidad, tal como se refleja en las acciones educativas adelantadas en 2017-2018 tablas 2 y 3, respectivamente.

Tabla 1. Acciones de educación municipio de Tibú 2017 (II SEM)

CAPACITACION RECURSO HUMANO EN SALUD	Nº de sesiones educativas a personal	Nº de personal capacitado	Nº de horas de capacitación al personal
MUNICIPIO DE TIBÚ	13	242	16,3
CAPACITACION USUARIOS	Nº De Talleres o curso dirigidos a usuarios de la institución	Nº de Usuarios Beneficiarios	Nº De horas capacitación usuarios
MUNICIPIO DE TIBÚ	15	635	28

Fuente: Tomado de Informes de Rotación Programa de Enfermería

Tabla 2. Acciones de educación municipio de Tibú 2018 (I SEM)

CAPACITACION RECURSO HUMANO EN SALUD	Nº de sesiones educativas a personal	Nº de personal capacitado	Nº de horas de capacitación al personal
MUNICIPIO DE TIBÚ	10	220	10
CAPACITACION USUARIOS	Nº De Talleres o curso dirigidos a usuarios de la institución	Nº de Usuarios Beneficiarios	Nº De horas capacitación usuarios
MUNICIPIO DE TIBÚ	7	418	21

Fuente: Tomado de Informes de Rotación Programa de Enfermería

Intervenciones de Asistencia- Investigación-Gestión y Extensión

En relación con las intervenciones de asistencia, investigación, gestión y extensión; a los estudiantes ubicados en la ESE REGIONAL NORTE de Tibú, se les dio la oportunidad de participar activamente en atenciones en el campo ambulatorio y hospitalario, aspecto que se evidencia en la cuantificación de productos, descritos en las tablas 4 y 5.

Tabla 3. INTERVENCIONES DE ASISTENCIA - INVESTIGACIÓN - EXTENSIÓN Y GESTIÓN MUNICIPIO DE TIBU 2017 (II SEM)

INTERVENCIONES - USUARIOS- ASISTENCIA	INTERVENCIONES DIRIGIDAS X ETIQUETAS DIAGNOSTICAS NIC	Total de usuarios atendidos	Nº PAES realizados		
MUNICIPIO DE TIBÚ	4559	1467	38		
EXTENSIÓN	Nº De Beneficiarios del proyecto de impacto	Nº de Jornadas Extramurales realizadas	Nº de Personas atendidas	Nº de Visitas Domiciliarias	
MUNICIPIO DE TIBÚ	185	2	113	5	
INVESTIGACIÓN	Nº de proyecto de investigación realizadas	Muestra del proyecto de investigación	Nº de diagnósticos institucionales realizados	Nº De Auditorias Realizadas	Nº De Procesos o Personas Auditadas
MUNICIPIO DE TIBÚ	1	117	3	2	191
GESTION	Nº De procesos, procedimientos, ADMINISTRATIVOS elaborados Y/O Documentos Administrativos elaborados	Nº De Documentos ASISTENCIALES (Guías, manuales, protocolos, procedimientos, etc)	Nº De instrumentos, listas de chequeo, formularios y/o formatos diseñados		
MUNICIPIO DE TIBÚ	3	7	2		

Fuente: Tomado de Informes de Rotación Programa de Enfermería

Tabla 4. INTERVENCIONES DE ASISTENCIA - INVESTIGACIÓN - EXTENSIÓN Y GESTIÓN MUNICIPIO DE TIBU 2018 (I SEM)

INTERVENCIONES - USUARIOS- ASISTENCIA	INTERVENCIONES DIRIGIDAS X ETIQUETAS DIAGNOSTICAS NIC	Total de usuarios atendidos	Nº PAES realizados
MUNICIPIO DE TIBÚ	7519	1922	21
EXTENSIÓN	Nº De Beneficiarios del proyecto de impacto	Nº de Jornadas Extramurales realizadas	Nº de Personas atendidas
MUNICIPIO DE TIBÚ	4103	1	25
INVESTIGACIÓN	Nº De Auditorias Realizadas	Nº De Procesos o Personas Auditadas	Nº de diagnosticos institucionales realizados
MUNICIPIO DE TIBÚ	1	48	3
GESTION	Nº De procesos, procedimientos, ADMINISTRATIVOS elaborados Y/O Documentos Administrativos elaborados	Nº De Documentos ASISTENCIALES (Guías, manuales, protocolos, procedimientos, etc)	Nº De instrumentos, listas de chequeo, formularios y/o formatos diseñados
MUNICIPIO DE TIBÚ	3	6	2

Fuente: Tomado de Informes de Rotación Programa de Enfermería.

Los resultados alcanzados por lo estudiantes del programa, además de significativos representaban en promedio un 12 a 15% del total las actividades realizadas por los estudiantes del Curso de Gerencia de los Servicios de Enfermería, de acuerdo con los consolidados de actividades de cada año.

A nivel de relación docencia servicios se logro impactar positivamente en esta entidad, lográndose un elevado nivel de empoderamiento de los estudiantes del programa en actividades como: controles en consulta externa, procedimientos de atención básicos en el servicio de urgencias y en las áreas de hospitalización se participó en la transición del antiguo hospital al nuevo hospital el cual fue construido entre 2016-2017 y dado en uso en 2018.

Las oportunidades de brindar atención en el contexto de cuidados culturales fue otro aspecto que se destaca, dado el contacto cercano con los indígenas Motilón Barí, población a la que se brindaron cuidados en todos los programas.

En el ámbito de Salud Pública, se realizaron actividades del plan de intervenciones colectivas en el casco urbano del municipio, aspecto que permitió evidenciar la elevada carga de la enfermedad en la población debido a los determinantes de violencia, conflicto armado, vulnerabilidad y pobreza en la región.

DISCUSIÓN

El programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), desde su proyecto Educativo de Programa (PEP) (1), y de acuerdo con los principios que busca impactar el programa, plantea: «La pertinencia

social, entendida como la respuesta las necesidades reales del macro contexto, regional y nacional del momento presente y en prospectiva de acuerdo con las premisas de cambio científico, tecnológico, demográfico, social, económico y político».

En cuanto el desarrollo de convenios docencia servicios en zonas de alta vulnerabilidad social, demográfica y política, como lo es la zona del Catatumbo, los aspectos enunciados en los principios orientadores del programa son coherentes con el desarrollo de esta experiencia formativa y favorecen una formación integral, que busca incidir en el actuar del estudiante en consonancia con el planteamiento del PEP.

Con respecto al desarrollo de la práctica formativa en zona de conflicto armado, existe correspondencia con los planteamientos expuestos por Parra M. quien sostiene que, desde la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, existe un compromiso para: «con los estudiantes y con la sociedad a continuar trabajando por una enfermería que hoy, frente al fin del conflicto, debe apuntar a promover la salud y el bienestar de la población, cuidando de individuos, familias y comunidades —como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2)—, pero con la responsabilidad de solidarizarse con la situación social y particular de los individuos, las familias y las comunidades afectadas por el conflicto interno» (3).

En este caso el conflicto armado interno, ha generado unas dinámicas en las relaciones de cuidado que en muchas oportunidades se constituyen en barreras de acceso para los individuos y sus familias, a servicios de salud con calidad y en condiciones de oportunidad; aspecto que se buscó apoyar al cumplir en gran medida con las intervenciones adelantadas por los tres grupos de estudiantes que desarrollaron prácticas formativas en el municipio de Tibú, durante el II semestre de 2017 y el I semestre de 2018, algo realmente desafiante para el programa debido a que la región es reconocida a nivel nacional por su alta conflictividad y confrontación permanente de actores armados.

En una experiencia de la Universidad Javeriana, profesoras y profesores deciden acompañan a estudiantes que hacen práctica social en zonas de conflicto, en un proceso de construcción colectiva que les ayuda a construirse y a construir un país desde una perspectiva de justicia, equidad, respeto, solidaridad, y convivencia pacífica, en el entendido que la universidad es el espacio de participación para ascender y transformar la realidad de un país (4).

En el caso de los estudiantes que rotaron en el municipio de Tibú la experiencia fue enriquecedora y generó gran crecimiento personal, tal como lo expresa un estudiante: ir a Tibú a realizar esta rotación permitió mi crecimiento profesional y personal ya que se asumió totalmente una responsabilidad con la institución, los pacientes, la universidad y conmigo mismo, desde el momento en que llegue, logrando dejar una buena imagen personal, profesional y académica (5).

CONCLUSIONES

- El desarrollo de las prácticas formativas en el municipio de Tibú representó un desafío, para la universidad y el programa de enfermería, dadas las condiciones de conflicto armado en la zona, reto al que la Universidad respondió brindando apoyo a docentes y estudiantes.
- Se evidenció de manera importante el empoderamiento de los estudiantes del programa en escenarios alejados de la realidad urbana e inmersos en una alta ruralidad, aspecto novedoso para los estudiantes en formación.
- La docente que acompañó el proceso logró aprendizajes importantes respecto a la forma como se percibe el tema de salud enfermedad reconociendo las intersubjetividades de las personas, el personal de salud y demás actores dentro de los procesos de atención.
- El desarrollo de la experiencia en la zona del Catatumbo permitió, abrir nuevas inquietudes investigativas tanto en estudiantes como en docentes, producto de este proceso concluyó en la postulación a tres convocatorias de investigación una de Colciencias, dos a organismos nacionales e internacionales.
- El personal y Directivas de la ESE REGIONAL NORTE, además de facilitador, apoyo los procesos académicos en todo momento, manteniendo constantes canales de comunicación con la universidad, evidenciado en solicitudes de

formación y actualización del talento humano de la regional.

- El recrudecimiento de conflicto armado en el Catatumbo fue la razón fundamental para suspender las prácticas formativas en la región debido a los riesgos evidenciados por los enfrentamientos entre el ELN y EPL, aspecto que coincidió con el desarrollo de la primera rotación, y que se agudizó por el paro armado que dejó incomunicada a la región por 27 días entre marzo y abril de 2018, época en que culminaba la primera rotación del semestre.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad Francisco de Paula Santander. Nuevo Pep UFPS. Resolución 4790 del 8 de mayo de 2012. Colombia: SNIES- UFPS; 2015 p. 41.
2. Parrado YM. La enfermería en el posconflicto. en Enfermería [Internet]. 2016; 34(2):123–4. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/61619>
3. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. noviembre de 2016. 2016. p. 1 TESLA. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
4. Restrepo O. Creatividad y resonancia claves metodológicas para generar valores y estilos de vida saludables en jóvenes. Avanc [Internet]. 2005; XXIII(1):70–81. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/36774/1/37781-167531-1-PB.pdf>
5. Bautista GO. Análisis DOFA curso de Gerencia de los Servicios de Enfermería 2017 [Internet]. Cúcuta: Diciembre de 2017; 2017. p. 38. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/36774/1/37781-167531-1-PB.pdf>

Experiencia formativa: aplicación del proceso administrativo en seguridad del paciente en la práctica de Fundamentos del Cuidado II

Deysi Astrid Machuca¹
Martha Ligia Velandia-Galvis²

¹Especialista en Gerencia de Servicios de salud, Maestrante Gerencia de Empresas. Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: deysiastridma@ufps.edu.co

²Especialista en cuidado intensivo, Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: marthaliagiavg@ufps.edu.co

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia formativa en la Gestión de la atención segura en las prácticas de cuidado de Fundamentos del cuidado II, curso de III semestre del programa de Enfermería, UFPS. **Experiencia formativa:** En la práctica formativa se emplearon los siguientes instrumentos: a. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de paciente del Ministerio de Salud, para la realización del diagnóstico de las condiciones de seguridad del paciente. b. Plan Operativo presentado en el microcurrículo del eje transversal de Gerencia del programa de Enfermería, diseñado por la docente Gloria Bautista Espinel, el cual identifica la descripción de los problemas, priorización, análisis de las causas potenciales, la identificación de las posibles soluciones, planeación y verificación de las soluciones, cronograma de actividades y mapa de procesos de la IPS en referencia. c. Percepción de seguridad al personal de enfermería, profesional y técnico del servicio. d. Formato de Proceso de atención de enfermería implementado en el programa con la finalidad de establecer la metodología de la planeación de los cuidados. La utilización de los instrumentos se fundamenta en el artículo 17, Ley 266 de 1996 en relación a las competencias del profesional de enfermería en Colombia en torno a gestión, administración, asistencia, investigación y docencia. **Conclusión:** Esta experiencia formativa refleja la importancia de empoderarse de la gestión del cuidado con énfasis en la prevención del riesgo, configurándose en una atención en salud segura. El problema prevalente identificado y priorizado fue: La falta de adherencia a la Bioseguridad.

Palabras Clave: Personal de Enfermería, Instituciones de Salud, Resultados de intervenciones en salud, Seguridad del paciente, Atención de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (1).

Entre los años 2007-2009 se realizó el estudio IBEAS para estimar la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica 2007-2009. Este estudio, realizado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), estuvo dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la OMS en colaboración con los ministerios de los países seleccionados y la OPS.

Se evaluaron 11.426 pacientes hospitalizados, en quienes se determinó la prevalencia de eventos adversos. La prevalencia encontrada en el estudio IBEAS 2009 para Colombia fue de 11,6% (2).

La seguridad del paciente, es una de las estrategias prioritarias del Ministerio de Salud de Colombia y forma parte integral del eje transversal Gestión en el componente de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. En todo el país y en el mundo entero, las sociedades científicas, las instituciones académicas y de investigación vienen trabajando conjuntamente en el tema de la seguridad del paciente, por lo cual se han venido adoptando las mejores prácticas clínicas para brindar una atención en salud más segura.

El objetivo fundamental de este proceso, busca desarrollar una cultura de seguridad en los cuidados que se brindan. Que tiene como marco de acción: el realizar una adecuada gestión del riesgo. Estos esfuerzos, necesitan de una cultura de seguridad; implantada en todas las organizaciones de cuidado y aprendida por todos los integrantes del equipo de salud. Este cambio cultural implica un proceso de aprendizaje colectivo, centrado en el paciente y, con énfasis en el análisis y comprensión de las causas generadoras de los eventos.

El desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería tiene como base fundamental las habilidades para administrar recursos, para planificar los cuidados, para coordinar y para supervisar y controlar. En enfermería, la Gerencia no es ajena al quehacer y desarrollo profesional. Las capacidades gerenciales de enfermería, abarcan no solo el área funcional de una organización; sino que involucran sistemas de salud, planes programas y proyectos de diversa índole; todos ellos afianzados en bases conceptuales, científicas, técnicas y de liderazgo que caracterizan la labor del profesional en enfermería [3].

Se tiene dentro de los focos de acción; de la gerencia de los servicios de enfermería: el tema de gestión para la calidad y la atención segura. Este aspecto se constituye como una prioridad en cuanto la gestión de la atención y guarda relación directa con la calidad del cuidado que se brinda.

De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud, que el mismo involucra para el desarrollo

de la profesión de enfermería, ya que tiene como eje central de evidencia crítica: el problema de los eventos adversos, y como sinónimo de eficacia: la forma como las instituciones y el personal de salud se preparan para prevenir su ocurrencia. Reflejado lo anterior, en el progreso que toman las acciones derivadas de esta mitigación, y la forma que se modifica la calidad del cuidado que se brinda.

Lo anterior pone de manifiesto el aporte de la academia desde uno de los ejes transversales de la malla curricular del programa de Enfermería, gerencia, en el avance del conocimiento y su aplicación para articular con los estándares y normativa vigente para la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Describir la experiencia formativa en la Gestión de la atención segura en las prácticas de cuidado en instituciones de salud a través de convenio relación docencia servicio, del curso Fundamentos del cuidado II, tercer semestre del programa de Enfermería, UFPS.

EXPERIENCIA FORMATIVA

La metodología aplicada en el III semestre del Programa de Enfermería, obedece a la aplicación de los módulos y propuestas generadas desde el microcurrículo el cual se estructuró para su ejecución y puesta en marcha en cinco módulos temáticos. Para el curso disciplinar Fundamentos del cuidado II, se propone desarrollar los contenidos de: Gestión de la atención segura en los servicios de salud.

Los instrumentos empleados para la recolección de la información fueron: a. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de paciente del Ministerio de Salud [4], para la realización del diagnóstico de las condiciones de seguridad del paciente. b. Plan Operativo presentado en el Microcurrículo del eje transversal de Gerencia del programa de Enfermería, diseñado por la docente Gloria Bautista Espinel, el cual identifica la descripción de los problemas, priorización, análisis de las causas potenciales, la identificación de las posibles soluciones, planeación y verificación de las soluciones, cronograma de actividades y mapa de procesos de la IPS en referencia [3].

Percepción de seguridad al personal de enfermería, profesional y técnico del servicio [5]. d. Formato de Proceso de atención de enfermería implementado en el programa con la finalidad de establecer la metodología de la planeación de los cuidados.

Primera fase: Componente teórico.

El proceso para este curso inicia en el componente teórico con la descripción de contenidos, como el ciclo P-H-V-A (planear, hacer, verificar y actuar), seguido de diagnóstico de los servicios de salud, utilizando herramientas para identificación de problemas aplicando la normatividad vigente para el mejoramiento continuo de la calidad en Colombia (Decreto 1011 de 2006 y las normas reglamentarias)[6]. Lo anterior teniendo en cuenta la metodología de aprendizaje basado en problemas y apoyado en el modelo pedagógico de la UFPS: dialógico-crítico; que usado en el contexto hospitalario de los escenarios en los cuales los estudiantes realizaran sus prácticas es de gran importancia para ser realmente propositivos a la hora de satisfacer las necesidades en temas de seguridad de los usuarios hospitalizados.

Figura 1. Diapositivas.



Fuente: Material educativo de apoyo Núcleo temático Gestión de la atención segura en los servicios de salud. Docente Deysi Machuca

Además durante los momentos de trabajo en el aula, se explica la forma de uso del Plan Operativo, herramienta diseñada para el Programa por docentes del mismo y que permiten en planteamiento y organización de las intervenciones desde la disciplina, enfocadas en cuatro acciones: gestión, asistencia, educación e investigación.

Segunda fase: Trabajo de campo.

Los estudiantes realizan un taller de observación a través de las tecnologías de la información y

comunicación, en el cual identifican las características de la IPS (institución prestadora de servicios) donde realizarán su experiencia práctica hospitalaria. Y el mismo es presentado a la docente con los integrantes de cada grupo con el cual participarán en dicha experiencia.

Tercera fase: Identificación de problemas y planeación de actividades.

La administración de salud les proporciona a los egresados las herramientas necesarias para desarrollar una visión de conjunto del sistema, optimizar los recursos humanos, técnicos y financieros, y llevar las instituciones de salud a un estado de crecimiento y eficiencia que permita el mejoramiento continuo de la salud de la población, la familia, la comunidad y el entorno [7].

Figura 2. Uso herramienta Plan Operativo.

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS				
Nº	ASPECTO GENERAL DEL PROBLEMA	MARCO LEGAL	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
2	INADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN PROCEDIMIENTOS SEPTICOS A LOS PACIENTES.	LEY 9 de enero (título III salud ocupacional) Artículo 124 Ministerio de salud reglamentará la dotación el uso y conservación de los equipos de protección personal.	LA INSTITUCIÓN DE SALUD CUENTA CON LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROCEDIMIENTOS SEPTICOS	SOCIALIZAR LA IMPORTANCIA DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS.
PROCESO AFECTADO Proceso operativo (Hospitalización).				

Fuente: Documento final grupo de práctica I periodo académico 2018

Ya en el momento de la práctica, tienen la primera semana para ampliar la identificación de problemas aplicando la lista de chequeo aportada por el Ministerio de Salud de Colombia frente a la auditoria de prácticas seguras en usuarios [4], este instrumento es aplicado en dos instituciones de la ciudad, una del sector privado y otra del sector público, ambas de mediana y alta complejidad. Con los resultados de los problemas identificados y utilizando el instrumento Plan Operativo, previamente explicado en clase, los estudiantes enumeran los problemas, priorizan, analizan las causas, proponen unas acciones de solución.

Figura 3. Lista de chequeo Ministerio de Salud de Colombia.

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA		CRITERIO		SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
S E G U R I D A D	1. Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.						
	2. Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:						
	a. Planificación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un subcomité de seguridad institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, designado por el representante legal.						
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 80% del personal asistencial, lo cual se evalúa a los dos años de la vigencia de la presente norma.						
3. Medición, análisis, reporte y gestión de los							

Fuente: Documento final grupo de práctica I periodo académico 2018.

La metodología permite a cada grupo tener dos asesorías con la docente encargada de la línea, la misma que desarrolla el componente teórico, quién revisa los problemas identificados y las posibles soluciones propuestas por el grupo, se realizan los ajustes y se va nuevamente al campo de práctica a implementar dichas soluciones.

Cuarta fase: Implementación y evaluación del plan operativo.

Dos actividades (investigación y asistencia) son desarrolladas en la primera rotación y se dejan planteadas para ejecución en la segunda dos acciones más (gestión y educación). Al terminar la primera rotación se realiza una actividad de empalme entre el grupo saliente y el entrante al servicio para entregar lo realizado y lo pendiente y así terminar satisfactoriamente la intervención al problema identificado.

Figura 4. Actividad de educación dirigida al personal de salud IPS.



Fuente: Evidencia fotográfica actividad de educación en la IPS. Documento final grupo de práctica I periodo académico 2018.

La investigación se desarrolla aplicando el instrumento de: percepción de seguridad, al personal de enfermería, profesional y técnico del

servicio en el cual se realizan las prácticas [5], la actividad de asistencia se realiza diseñando un Plan de Atención Enfermero, para un paciente o de manera estandarizada para el acto inseguro encontrado durante el diagnóstico realizado.

Figura 5. Aplicación Instrumento Percepción de seguridad al personal de Enfermería IPS.



Fuente: Evidencia fotográfica documento final grupo de práctica I periodo académico 2018.

La actividad de gestión se ejecuta, realizando un documento en el cual se visualice a manera de recordación al personal a cerca del protocolo o las normas institucionales para evitar el evento adverso relacionado con la atención, que responda al problema priorizado y la educación se realiza tanto al personal del servicio como a usuarios y sus familiares.

Figura 6. Actividad de Gestión.



Fuente: Evidencia fotográfica diseño de plotter para visibilizar el uso de los elementos de protección en una IPS.

Todo lo anterior aplicando el concepto de metas e indicadores de cumplimiento que permitan de manera significativa incidir en el mejoramiento de la atención que ofrece el grupo de enfermería del servicio asignado.

Finalmente se consolida la información con los respectivos soporte de evidencia se graban en medio magnético y se hace entrega a la IPS a través de la oficina de docencia-servicio del Programa de Enfermería.

El objetivo de presentar esta experiencia formativa es mostrar la interacción de las herramientas de gestión en la aplicación de procedimientos seguros durante las prácticas formativas de los estudiantes, aterrizando en ellos la importancia de la realización de procesos seguros durante toda la atención en salud, mostrando además las consecuencias de la no aplicación a través de las mediciones y análisis de los indicadores teniendo en cuenta el nivel de formación que hasta la fecha han desarrollado los estudiantes.

En los anexos presentados por la docente Gloria Omaira Bautista Espinel, dentro del microcurrículo del eje transversal de Gerencia (2016) [3], se puede ver los instrumentos de Plan Operativo usados por el programa, en el cual se tiene: la descripción de los problemas, la priorización, el análisis de las causas potenciales, la identificación de las posibles soluciones, la planeación y verificación de las soluciones, con el respectivo cronograma de actividades, finalmente aparece el mapa de procesos de la IPS de referencia.

En el proceso de formulación y planeación de las acciones requeridas en la experiencia formativa para la ejecución del Plan operativo, se establecieron necesidades, las cuales fueron priorizadas a través de un proceso, evidenciando reiteradamente los siguientes problemas en las IPS: Falta de adherencia al protocolo del lavado de manos; Inadecuada segregación y disposición de residuos hospitalarios en pacientes con aislamiento; Carencia de paquetes; Falta de adherencia en el empleo de elementos de bioseguridad, entre otros. Siendo el problema prevalente la Falta de adherencia a la bioseguridad.

CONCLUSIONES

- Competencias: Los estudiantes de III semestre fortalecen a través de la experiencia formativa las competencias de gestión, asistencia, administración, investigación y educación

estipuladas en el artículo 17 numeral 6 de la Ley 266 de 1996 [8]. Aplicado en un ámbito hospitalario de mediana y alta complejidad para las buenas prácticas de seguridad en el paciente.

- Investigación: A través de la aplicación, tabulación y análisis del instrumento de percepción de seguridad del paciente se identificó tanto en la institución pública como en la privada la importancia de la participación activa no solo del personal asistencial sino del nivel gerencial de las instituciones facilitando la comunicación, la dotación adecuada de personal, el análisis y seguimiento de los casos de prácticas inseguras, con el fin de mejorar la calidad en la prestación del servicio.
- Gestión: Se observa el desarrollo de la creatividad en el diseño de estrategias de visualización como apoyo en la adherencia a los protocolos establecidos en las instituciones.
- Educación: A través de la experiencia formativa el estudiante desarrolla habilidades comunicativas, relaciones interpersonales efectivas y actitudes de liderazgo en la socialización de algunos protocolos y procedimientos del manual de las instituciones.
- Asistencia: Al finalizar la práctica formativa se evidencia en el estudiante la aplicación objetiva del proceso de atención de enfermería en un paciente con énfasis en la prevención del riesgo en condiciones seguras.
- Es importante resaltar las fortalezas del programa de enfermería en el diseño e implementación de herramientas académicas que permiten al estudiante de manera sistemática aplicar los conocimientos gerenciales y asistenciales.
- A través de la experiencia se obtuvo una perspectiva desde la persona que brinda el cuidado, generando un panorama de los factores que influyen en la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Surge el reto de medir la percepción de seguridad desde el receptor del cuidado: El paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá, D.C., Noviembre de 2008. P.p. 217. [Consultado 10 septiembre 2018]. Disponible en: https://minalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección social. Informe nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Bogotá, D.C., Colombia, diciembre de 2015. [Consultado 10 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.minalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
3. Bautista Espinel, Gloria Omaira. Micro currículo eje transversal de gestión: gerencia de los servicios de enfermería y gestión de la atención segura en las prácticas de cuidado. 2016.
4. Ministerio de Salud y Protección social. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias. [Consultado 10 agosto 2017]. Disponible en: https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=list&layout=table&slug=lista-de-chequeo-para-las-buenas-practicas-de-seguridad-de-pacientes-obligatorias&Itemid=215
5. Giraldo Arango, Paula Andrea, Montoya Romero, María Isabel. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia. Universidad CES, Medellín, 2013. [Consultado 10 agosto 2017]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf
6. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006. Min protección social [internet]. 2006 [consultado 10 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.minalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
7. Poveda R, Morales A. La Administración de Salud: una materia urgida de trascendencia en la educación médica. Carta al Editor EDUMECENTRO vol.9 no.3 Santa Clara jul.-set. 2017.
8. Ley 266 de 1996. [Consultado 10 septiembre 2018]. Disponible en internet: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf

Papel de Enfermería en la implementación de políticas públicas de salud a nivel Nacional y Regional

Eusebia Calderón De Copete*

*Enfermera Salubrista. E-mail: enfermerianacional@minsa.Gob.pa

Qué es una Política

- Es la actividad que hacemos orientada de forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo de personas para lograr objetivos.
- Es el ejercicio de poder
- Una política es un plan para alcanzar un objetivo de interés público (BID, 2011).

Qué es la política de salud

Una política de salud es aquella que tiene que ver con normas, reglamentos y orientaciones que existen para lograr la obtención de altos niveles de salud en la población.

Es un documento marco que conduce la salud de la población donde se establecen líneas de acción de acuerdo a los problemas encontrados de manera macro.

Es el timón que conduce, que nos indica el que hacer, el cuándo, el cómo y con qué hacerlo

Factores que condicionan las políticas de salud:

- El poder
- La economía
- Los problemas

Metas gubernamentales de mayor nivel, requieren mayor gasto público, generan un mayor interés

público

Actores activos de una política pública de salud:

- Partidos políticos
- Grupos de poder
- Grupos de interés
- Actores internacionales
- Beneficiarios directo
- Gobierno

Marco de formulación de políticas

- Problemas
- Necesidades
- Demandas

1. Planes nacionales
2. Planes de gobierno
3. Prioridades
4. Política
5. Compromisos de país

Políticas en Enfermería – Panamá

Objetivo 1. Garantizar el cumplimiento de las normativas técnicas y administrativas de Enfermería.

Política 1. Fortalecimiento de la conducción y regulación de los procesos técnicos y administrativos de la gestión de la atención de Enfermería.

Toma de decisiones:

- Formamos parte de todas las comisiones de conducción de salud pública y hospitalarias del Ministerio de Salud.
- Participación en la comisión de salud de la asamblea de diputados, haciendo abogacía en salud
- Cada programa tiene el componente de enfermería liderizado por una enfermera.
- Las normas de enfermería son realizadas por enfermeras

Objetivo 2. Mejorar la calidad de vida, usando mecanismos de prevención temprana y a bajo costo social los riesgos y daños a la salud.

Política 2. Contribuir con acciones de Enfermería hacia ambientes saludables, aumento de coberturas programáticas, aplicando nuevos enfoques de promoción, prevención, mercadeo y participación con otros sectores.

- Clínicas de cesación de tabaco
- Clínicas amigables para adolescentes y adultos
- Talleres de crianza
- Programas de radio y televisión dirigidos por enfermeras

Objetivo 3. Implementar programas de sensibilización sobre humanización, calidad, seguridad de la atención, Aspectos legales del cuidado y normas técnicas de acuerdo a los programas de salud

Política 3. Fortalecimiento de la calidad, seguridad de la atención, incorporando las normas de acuerdo a los niveles de intervención en salud.

Establecimiento de Capacitaciones a personal de primera línea de atención: Recurso humano de enfermería

Objetivo 4. Reforzar la capacidad instalada con recursos humanos de acuerdo a las necesidades programáticas de atención en Enfermería.

Política 4. Fortalecer a las instalaciones de salud con recursos humano profesional de Enfermería, de acuerdo a los estándares mínimos establecidos de atención a la población.

Anualmente se realiza una programación de acuerdo a las necesidades de recursos humanos desde el nivel local hacia el nivel nacional.

Objetivo 5. Primera Fase Formar Enfermeras especialistas en Gineco obstetricia en la Comarca de Ngobe Bugle. Segunda fase: Incorporar las siete competencias básicas en Partería a todas las Enfermeras que conducen el programa maternal, niñez y adolescencia.

Política 5. Fortalecimiento con Enfermeras especialistas en Gineco obstetricia en las áreas más afectadas por la mortalidad materna e infantil.

Objetivo 6. Cumplir con el procesos de certificación del recurso humano de Enfermería.

Política 6. Garantizar la certificación del recurso humano de Enfermería vinculado al Sistema de Salud.

Marzo 2015 todas las enfermeras y técnicos en enfermería deben hacer un examen de competencia antes de iniciar a laborar o antes de la idoneidad

Objetivo 7. Contar con un capital humano, con un alto nivel de competencia y sensibilidad social para la atención de los privados de libertad de todo el país.

Política 7. Fortalecer al sistema penitenciario con recurso humano de Enfermería.

Política 8. Desarrollar 3 investigaciones de enfermería anuales en cada una de las Regiones de Salud que impacte en la toma de decisiones de los procesos de salud para el país del Ministerio de Salud Atención

1. Humanización en la atención de enfermería en los hospitales
2. Calidad y Seguridad de la atención de Enfermería
3. Evaluación de indicadores: Muerte Materna, perinatal, neonatal e Infantil
4. Evaluación de coberturas de atención de enfermería: PAP, C y D. Vacunación,
5. Enfermedades renales
6. Uso del alcohol y tabaco en adolescentes
7. Violencia como síndrome social: mujeres, niñas y niños, ancianos, y su correlación con la salud pública

Cambios de comportamiento, una posibilidad desde la intervención breve

Luz Patricia Díaz-Heredia¹
Katya Anyud Corredor-Pardo²

¹Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado. E-mail: lpdiazh@unal.edu.co

²Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Profesor asistente. E-mail: kacorredorp@unal.edu.co

Resumen

El presente proyecto de investigación en curso, con la cual se pretende medir el impacto de una intervención breve de enfermería (intervención breve personal e intervención telefónica) en personas con enfermedad cardiovascular con relación al consumo riesgoso de alcohol y otras drogas, así como en el cambio de factores de comportamiento como el sedentarismo y la dieta malsana, actividades realizadas con personas que asisten al programa de personas con enfermedad crónica del Municipio de Tausa-Cundinamarca, se muestran los resultados obtenidos de la participación del grupo de personas que participaron en la prueba piloto.

Palabras clave: Enfermería, promoción de la salud, enfermedad cardiovascular.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son problemas de salud frecuentes en Colombia y el mundo (1), el consumo excesivo de alcohol como factor de riesgo ha sido determinado (2-4). Cada uno de estos fenómenos, impactan de manera negativa en la calidad de vida y la salud de las poblaciones, haciendo necesario conocer el efecto de una intervención breve para modificar comportamientos y el estilo de vida.

En este proyecto se hace énfasis en algunas sustancias psicoactivas que influyen en la salud cardiovascular de las personas que las consumen es así como se consideran las estadísticas que muestran que “la mayor parte de las muertes atribuibles al alcohol (80% en hombres y 67% en mujeres) aparecen para promedios altos de consumo de esta sustancia (>60 g/día, y >40 g/día, respectivamente)”(5).

El consumo riesgoso puede influir negativamente en la salud y desencadenar efectos agudos como intoxicación aguda, enfermedades cardiovasculares (muerte súbita cardíaca, ictus, coronariopatía), lesiones accidentales e intencionales (suicidio, agresiones), relaciones sexuales no protegidas y problemas sociales (6).

Cabe mencionar que existen beneficios cardiovasculares demostrados en la literatura con bajos niveles de consumo de alcohol en especial cuando involucran fenoles presentes especialmente en el vino tinto, estos aún son discutidos y los casos en que se presentan son muy específicos como la enfermedad coronaria, además un consumo moderado de alcohol, puede convertirse en un factor de riesgo para un consumo elevado y adictivo.

Como mecanismo para la adopción de conductas saludables, la intervención breve ha mostrado ser una estrategia valiosa en el manejo de personas con consumo riesgoso de alcohol desde la Atención Primaria en Salud. Esta intervención es de corta duración, requiere de pocos recursos y sus resultados parecen ser favorables dentro de la práctica clínica (7).

Esta práctica está definida como toda intervención que está limitada en el tiempo (10- 30 minutos). Va dirigida a personas con consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, con el objetivo de identificar el problema y que el usuario comprenda que el consumo de esa sustancia puede causar daños en su salud, para así movilizar sus recursos personales en busca de un cambio de conducta.

Es evidente que cada uno de estos fenómenos (consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad cardiovascular) impactan de manera negativa en la calidad de vida y la salud de las poblaciones de manera independiente, y que se potencian cuando subyacen en una misma persona. Las disciplinas de las ciencias de la salud y en particular enfermería, cuentan con herramientas de intervención que pueden generar cambios de hábitos importantes, en este caso la intervención breve que será desarrollada través de una entrevista motivacional, esta modalidad de intervención se caracteriza por estar centrada en el paciente, no usar estrategias de confrontación, desarrollarse en tiempos cortos idealmente menores a 30 min, buscar la motivación y el cambio de conducta. Tanto la intervención como el proyecto de investigación se orientan desde las premisas teóricas de Nola Pender de promoción de la salud (8).

La evidencia más sólida construida señala que este tipo de intervención es efectiva para reducir el consumo de alcohol en personas con consumo riesgoso (9), pero aún los resultados en el consumo de otras sustancias es contradictoria (10) e inexistente en aquellos con consumo riesgoso y enfermedad cardiovascular. Con lo anteriormente señalado se plantea como pregunta a resolver con el estudio: ¿Cuál es el efecto de una intervención breve: entrevista motivacional y llamada telefónica sobre el nivel de consumo de las sustancias psicoactivas, los

comportamientos de salud y calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular que presentan consumo riesgoso de alcohol u otras drogas y que consultan a un servicio de consulta externa en el área rural de Tausa?

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo de tipo cuasi experimental con medición pre y post intervención. Muestra de 29 pacientes, se presenta aquí los resultados de la prueba piloto desarrollada entre los meses de octubre de 2017 a marzo de 2018. Criterios de inclusión: paciente con enfermedad cardiovascular diagnosticada sin descompensación, perteneciente al grupo al programa de enfermedades crónicas de una institución de primer nivel del área rural. La intervención breve como Variable independiente constó de cinco fases (Feedback, Responsibility, Advice, Menú of options, Empathy y Self efficacy), que se desarrolló en un tiempo de 20 min. Como variables dependientes se establecieron: la calidad de vida, instrumento SF-12, el estilo de vida con instrumento FANTASTICO, y el nivel de consumo con el instrumento AUDIT. La mediciones se realizaron en la semana 0 y a las cuatro semanas de realizada la intervención breve.

RESULTADOS

Se encontró que 79% (23/29) eran mujeres, con edad de 80 años y más 27% (8/29), con primaria incompleta 55% (16/29), estado civil casada 41% (12/29), tienen hasta 6 hijos el 62% (18/29). Pacientes con falla cardiaca 6% (2/30), HTA 93% (27/29). Existe diferencia en el nivel de consumo de alcohol sig <0.05 prueba t de student para muestras relacionadas p= 0.039, en calidad de vida y en estilo de vida no se encontraron diferencias.

Tabla 1. Diferencia de media del consumo de alcohol de los participantes en la Intervención breve a un mes de seguimiento, Tausa, Cundinamarca 2017.

P ar 1	consumo alcohol al inicio y 30 días de seguimiento	Me dia	Des viación estándar	Medi a de error estándar	intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
		,741	1,767	,340	,042	1,440	2,178	2,6	,039

Prueba t de student para muestras pareadas. $P < 0.05$

DISCUSIÓN O CONCLUSIONES

El resultado de esta prueba piloto ha dejado planteada la viabilidad del estudio principal, así como los ajustes en cuanto a tamaño de muestra y uso de recursos como tableros de recordación para los pacientes. Después de realizar en el mismo se evidencia un efecto positivo de cambio en el consumo de alcohol en algunas de las personas que participaron; la intervención breve se presenta como una opción para cambiar comportamiento del estilo de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular y consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Duffy DN. Consumo de alcohol: principal problemática de salud en las américas. Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica. 2015; 7(2): 371-382.
2. Blanch GC, Arranz S, Lamuela Raventos RM, Estruch R. Effects of wine, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease risk factor: evidence from human studies. Alcohol and alcoholism. 2013; 48 (3): 270-277.
3. Correa Muñoz AM, Perez Gomez A. Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas

sobre la salud en colombia. Liberabit. 2013; 19 (2):153-162.

4. Roerecke M, Rehm J. Alcohol Consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and systematic review and meta-analyses of the impact of heavy drinking occasions on risk of moderate drinkers. BMC Medicine. 2014; 12 (182):2-11.
5. Sarasa-Renedo A, Sordo L, Molist G, Hoyos J, Guitart A, Barrio G. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. Revista Española de Salud Pública. 2014; 88(4):469-491.
6. Hewitt Ramírez N, Gantiva Diaz C. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana. 2009; 27(1):165-176.
7. Méndez M y col. Infarto Agudo al Miocardio en pacientes menores de 40 años. Características clínicas, angiográficas y alternativas terapéuticas. Revista Chilena de Cardiología. 2013; 32(1).
8. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier-Mosby; 2007.
9. Bertholent N, Daepend J, Wietlisblach V, Fleming M, Burnand B. reduction of alcohol Consumption by Brief alcohol intervention in primary care. Arch Inter Med. 2005; 165:986-995.
10. Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, Dunn C, Ries R, et al. Brief Intervention for problem Drug Use in safety-net primary care settings. JAMA.2014; 312(5):492-501.

Empoderamiento del rol de Enfermería en las practicas clínicas: una visión al éxito

Mayerly Duque Gómez¹

¹Enfermera especialista en el cuidado a personas con heridas y ostomías. E-mail: mduque@euroetika.com

Resumen

Revisión de casos clínicos, donde se demostró el liderazgo de enfermería desde el abordaje del cuidado de las heridas de difícil manejo, consiguiendo opinar acerca de cuestiones que interfieren directamente en la salud y convertirse en constructores del cuidado, alcanzando autonomía en su quehacer profesional (1).

Palabras Clave. Enfermería; Liderazgo; Informes de casos; Heridas.

INTRODUCCIÓN

El empoderamiento se refiere al proceso o mecanismo por el cual las personas adquieren control o dominio sobre asuntos o temas de interés que le son propios, según Sánchez (1996). Baker y Young (1994), afirman que el empoderamiento se produce cuando los líderes comunican su visión, se da la oportunidad de aprovechar al máximo talentos, creatividad y aprendizaje (2).

Este concepto también se liga al liderazgo ya que representa el proceso de ejercer influencia sobre una persona o grupo para alcanzar un objetivo. De esta forma, autores afirman que el líder es la persona que influye, orienta el rumbo de las opiniones y el curso de las acciones (3).

Lo anterior es importante en el desempeño del rol de enfermería ya que esta profesión interacciona con otras ciencias, lidera el cuidado identificando oportunamente las necesidades del paciente, familia y con esto propone planes de cuidado orientados a resolver situaciones físicas, emocionales para que los

pacientes se reintegren a su ámbito social. Este vínculo entre paciente-enfermero demuestra la capacidad de liderazgo y empoderamiento (3).

En cuanto al desempeño del enfermero especialista en heridas, debe liderar los planes de cuidado interactuando con distintas especialidades, por eso debe contar con sólidos conocimientos, que le permita tomar decisiones y elección de los tratamientos más adecuados a la necesidad de cada paciente, teniendo en cuenta sus aspectos biológicos y fisiológicos lo cual ayuda no solo al tratamiento sino también a prever posibles complicaciones y tratarlas oportunamente.

OBJETIVO

Analizar casos clínicos en cuidado de heridas de difícil cicatrización tratados por enfermeros especialistas en heridas en cuatro diferentes instituciones de salud nivel 3 y 4 en la ciudad de Cali.

Objetivos Específicos

- Mostrar el desempeño de enfermería en el cuidado de heridas y elección de apósitos de alta tecnología.
- Reconocer la labor de enfermería como líderes en los servicios de salud.

RELATO O INFORME DE CASOS.

Análisis de casos. Pacientes con heridas de difícil cicatrización tratados por enfermeros especialistas en heridas.

Paciente 1: Adulta mayor de 62 años, antecedente de diabetes mellitus II, quien sufre accidente de tránsito en zona rural con trauma a nivel de dorso pie derecho con exposición de tejidos blando, pérdida de 2 y 3 artejo, tratada inicialmente en la periferia con lavado quirúrgico más colocación de injerto, posterior alteración de la perfusión de la zona injertada, progreso con deterioro total del injerto, remitida a nivel 4 de atención donde es valorada por enfermero especialista en heridas, con primer diagnóstico de infección de sitio operatorio y necrosis total del área injertada, se realiza de desbridamiento, se inicia tratamiento con colocación de apósitos de tecnología con acción antimicrobiana y absorbentes, plan de curaciones iniciales cada 4 días por 2 semanas, se empleó esquema TIME (Tejido; Infección, Humedad y Bordes de la herida) con evaluaciones periódicas, a la tercera semana es llevada a cirugía para lavado más desbridamiento y colocación de sistema presión negativa, se retira al 7 día, e indicando lecho limpio en fase de granulación, se coloca fitostimoline crema con protección de piel circundante, se cubre con gasa vaselina da más vendaje; plan de curaciones semanales en la consulta externa, finaliza proceso de curación 18 semanas posteriores con cicatrización exitosa sin complicaciones.

Paciente 2: Adulta joven de 45 años de edad, sin antecedentes personales relevantes, quien se realiza en centro estético abdominoplastia y es dada de alta con plan de colocar en la herida raciones diarias de gelatina sin sabor y azúcar morena, al tercer día de evolución empieza a presentar salida de contenido seropurulento y cambios inflamatorios sobre región abdominal, presentando dehiscencia de sutura y

presencia de necrosis húmeda sobre área de sutura, es valorada por su médico tratante quien continúa igual manejo más administración vía oral antibióticos, consulta de manera particular con enfermera especialista en heridas, la cual entrega el primer diagnóstico en su valoración, infección de sitio operatorio, necrosis en área de sutura, los hallazgos encontrados fueron lesión en fase inflamatoria con signos de isquemia a nivel del área de sutura de aproximadamente 8x4 cm de espesor, licuefacción de tejido adiposo, lecho profundo, sin evidencia de necrosis de fascia abdominal, salida de contenido seropurulento, continua en tratamiento antibiótico ajustado por su médico tratante, se realiza primera intervención con remoción de tejido necrótico, desbridamiento asistido, se utiliza herramienta del método TIME, se usa apósitos de acción antimicrobiana, Fitostimoline en presentación ovulo, los cuales cambiaron en la 2 Semana de evolución, donde se evidencia un tejido en fase de granulación, sin evidencia de isquemia y actividad microbiana, contracción y afrontamiento de planos abdominales, control de exudado, se ajusta TIME con plan de curaciones cada semana con el uso de línea dermatológica de fitostimoline crema y gasas, logrando reducción y afrontamiento de bordes periulcerales, finaliza proceso de curación 12 semanas con epitelización exitosa, sin complicaciones.

Paciente 3: adulto mayor de 64 años de edad, con antecedentes personales Diabetes Mellitus II, insulino dependiente, hipertensión arterial, enfermedad arterial oclusiva, que sufre trauma a nivel de pie derecho con objeto punzante contaminado, comenzando a presentar signos inflamatorios locales e isquemia progresiva, llevado a proceso angiografico con colocación de stent a nivel de arteria poplítea derecha, logrando mejorar vasculatura periférica, ortopedia realiza múltiples lavados más desbridamiento y remoción de 2,3 artejo, con criterio de amputación infracondilea al cual el paciente rechaza y solicita la valoración por enfermería especialista en heridas, dado de alta para continuar en la consulta externa, durante la primera intervención por enfermería se identifica lesión a nivel de planta pie derecho con compromiso de tejidos blando del 70% del área de cobertura, cultivos positivos para gérmenes gram positivos, por lo que

recibió tratamiento antibiótico según médico tratante, presencia de tejido fibroso amarillento, exposición de tarso, cavitaciones sobre muñón con salida de líquido de características serofibrosas, presencia de tejido de granulación en un 40%, buen llenado capilar, sin alteraciones térmicas, sin sensibilidad, se utiliza la herramienta TIME, se establece manejo de curaciones cada 4 días con apósitos antimicrobianos, absorbentes, se realiza desbridamiento enzimático, al cabo de 5 semanas, se evidencia recuperación del tejido lesional con cobertura del tarso, cierre del área cavitada remoción de tejido desvitalizado en un 90%; tejido granulación de buena calidad, se ajusta cuidados de acuerdo a esquema TIME con curaciones semanales, apósitos absorbentes, estimulantes cicatrización con Fitostimoline crema, finaliza proceso de curaciones en 24 semanas con epitelización exitosa.

ANALISIS

Se recogió la información de 3 seguimientos de casos clínicos de enfermeros especialistas en heridas de diferentes instituciones nivel 3-4 de atención de la ciudad de Cali, que llegaron a los servicios de hospitalización y consulta externa, con características importantes, de la información obtenida, se analizó lo siguiente:

- a- Adultos con edad promedio de 57 años
- b- Heridas de componente crónico, con tiempo de evolución en promedio de 18 semanas de evolución.
- c- Comorbilidades asociadas, diabetes mellitus, hipertensión arterial
- d- Herramientas utilizadas durante las intervenciones: Método TIME
- e- Todas las lesiones se evidencio la aparición de tejido desvitalizado, la cual requirió en su fase inicial realizar métodos de desbridamiento cortante (realizado por personal autorizado de sala), posterior desbridamiento autolítico para el control de la carga bacteriana y control del tejido necrótico.

f- Todas las lesiones mostraron características de colonización bacteriana, para lo que se utilizó apósitos antimicrobianos, toma de cultivo de lecho lesionado y manejo antimicrobiano

g- El exudado que se presento fue moderado, lo que se manejó inicialmente con el uso de apósitos de tecnología con características absorbentes

h- El cambio de la curación durante la fase inicial fue cada 4 días, teniendo en cuenta su prioridad 2 veces a la semana, posterior se vuelve a valorar el estado de la lesión, con control de tejido necrótico, exudado, se realiza cambio de apósitos que favorecieran la epitelización cada 7 días.

i- En promedio se identificó que a partir de la 3.3 semana de manejo con apósitos de tecnología, se logra el control del tejido desvitalizado y control microbiano

j- Todas las lesiones finalizan con una cicatrización exitosa sin complicaciones durante el proceso de curación.

CONCLUSIONES

Cuando el profesional de enfermería especialista en heridas conoce las técnicas, apósitos y la manera adecuada de emplearlos puede lograr acelerar el proceso de cicatrización aun en heridas de difícil cicatrización, el plan de cuidados de cada persona debe ajustarse de acuerdo a las características individuales del paciente y la herida para tener una evolución exitosa.

Además de que el personal especialista en heridas tenga conocimientos sólidos en su área debe tener en cuenta el concepto medico de las especialidades que deban intervenir simultáneamente al paciente para brindar un cuidado holístico, disminuir los tiempos de tratamiento, promover la rehabilitación para lograr la reincorporación de la persona a su medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabrera Sandoval J. El empoderamiento de enfermería y las organizaciones inteligentes. Enfermería en Costa Rica [Internet] 2005; p.19-25. [Consultado 20 de septiembre 2018]. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n1/art4.pdf>
2. Giraldo Marín SB. El empoderamiento como elemento generador de compromiso organizacional en los empleados de las empresas aseguradoras de la ciudad de Manizales. [Tesis de maestría]. 2012 [Consultado 20 de septiembre 2018]. disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/6917/1/7709506.2012.pdf>
3. Souza e Souza LP, Ferreira Cordeiro AL, Nunes de Aguiar R, Veloso Dias O, Vieira M^a A, Ramos Laís H. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. Enferm. glob [Internet]. 2013 [citado 2018 Septiembre 23]; 12(30):268-280. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013&lng=es

Historia de la fundación del programa de Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander

María Del Mar Ovalle-Montes¹
María Alexandra Hernández-Rojas¹
Diana Carolina Silva-Sánchez²

¹ Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: mariadelmar0516@outlook.com

² Docente de la Universidad Francisco de Paula Santander.

Resumen

Introducción: Esta investigación se ha realizado por estudiantes de Enfermería de la UFPS, debido a que no se ha estudiado a profundidad acerca de las raíces de la fundación del Programa de Enfermería y de cómo fue en realidad y cuál fue el motivo de ofertarlo. **Objetivo:** Investigar la historia de la fundación del Programa de Enfermería en la UFPS. **Materiales y Métodos:** estudio histórico con abordaje cualitativo, realizado con 11 informantes, personajes importantes en el desarrollo del programa; el análisis, se realizó a partir de la lectura de las entrevistas permitiendo la codificación de la información, la cual se agrupó en categorías y subcategorías; además, con fotografías de diferentes fuentes (periódicos, libros y enviadas por los entrevistados). **Resultados:** el programa de enfermería de la UFPS, inició el 1 de febrero de 1972, con la enfermera Gladys Bazán Aguilar, confiriendo el título de Enfermera general. Ese inicio estuvo ligado al contexto que cruzaba el Departamento de Norte de Santander en la década de los 70's, además, se conocieron experiencias vividas por los participantes y cómo sus esfuerzos, dieron fruto a lo que hoy llamamos el Programa de enfermería de la UFPS. **Conclusiones:** la génesis del Programa de Enfermería se investigó por la combinación de fuentes escritas y orales. Las entrevistas en cada una de las dimensiones, junto con los documentos que se encontraron (libros, artículos, noticias del periódico, etc.), confirman las fuentes históricas, brindando un significado crucial y dando explicación a hechos históricos que no se encuentran descritos en Norte de Santander.

Palabras clave: Curricular, educación, programa de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación abordó los acontecimientos que antecedieron a la creación del programa de enfermería bajo un trabajo de grado titulado "Historia de la Fundación del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander". La investigación se orientó a la recolección del proceso histórico de los orígenes de la creación del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el periodo comprendido entre 1970 a

1980. Además, se tuvo en cuenta años anteriores para la reconstrucción de la enseñanza de enfermería en Cúcuta.

Para el estudio se llevó cabo el análisis en el ámbito político, educativo, salud y social por el que pasaba Colombia. Además, se realizó búsqueda activa de fuentes primarias, secundarias y terciarias, entre ellas documentos archivados que se encontraban en la Universidad y en la biblioteca Julio Pérez Ferrero, fotografías, entrevistas y periódicos de la época.

Lo anterior, se logró mediante la exploración, reconocimiento y seguimiento de los hechos que llevaron a la génesis del Programa de Enfermería, lo que ha permitido hasta hoy la identidad que tiene la formación del programa de enfermería de la UFPS en Norte de Santander. Este trabajo se justificó en el hecho que no se había realizado ninguna investigación de tipo historia que indagara los inicios de enfermería en la UFPS.

OBJETIVOS

Objetivo General

Investigar la historia de la fundación del Programa de Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander.

Objetivo Específicos

- Identificar la información primaria, secundaria y terciaria que contribuyen a la historia sobre la fundación del Programa de Enfermería.
- Describir el contexto nacional y local de los diferentes sectores (político, salud, educativo y económico) como determinantes de enfermería.
- Identificar las personas o instituciones públicas y/o privadas que contribuyeron en la creación del Programa de Enfermería.
- Conocer los factores que influyeron en la creación y transición del Programa de Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander desde 1970 a 1980.
- Describir la fundación del Programa de Enfermería de la Universidad teniendo en cuenta los actores como fundadores, profesionales, docentes y egresados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de abordaje cualitativo con un enfoque histórico, puesto que evalúa un hecho que sucedió en el pasado, investigando de varias fuentes y realizando una recopilación exhaustiva de información, percibiendo la perspectiva de los participantes. La población objeto del estudio, la conforman las personas que participaron en los inicios del Programa de Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander y los diferentes actores que influyeron en la formación este. La muestra es

seleccionada por el muestreo bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron: Personas que hayan participado en el proceso de la fundación y formación del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander dentro de 1972 a 1980 y que aceptaran participar en la investigación.

Además, se utilizó la técnica de Brainstorming, traducido al español: Tormenta de ideas, el cual, explicado por López González, describe que se utiliza para la organización de grupos focales, donde se cuenta con un grupo que tienen un amplio conocimiento de un tema específico y que, de forma abierta, dan a conocer los hechos, también se cuenta con un moderador que regula el ambiente del grupo y direcciona la temática (1). Con respecto al análisis de las fotografías, Kossoy describe que la fotografía, es una gran fuente de información y de análisis, que logra alimentar los procesos históricos, el cual una de su función principal es narrar de forma armónica de un suceso.

También se utilizaron las fuentes orales, que fueron vitales para la construcción de los resultados, cuando los materiales escritos o documentados son insuficientes, apoyada de material periodístico como referencia haciendo de ella, una crítica de fuentes tal y como lo describe Bacca en su libro de Introducción teórica y práctica a la Investigación Histórica (2).

Dentro de los aspectos éticos se encuentra el principio de beneficencia no maleficencia: donde los participantes de la investigación no serán expuestos a daños de ningún tipo. Este principio no será vulnerado debido a que se trata de una Investigación sin riesgo, según la clasificación de la Resolución N°008430 de 4 de octubre de 1993 puesto que no se realiza ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (3).

RESULTADOS

Durante la búsqueda de la información se logró encontrar como fuente primaria textos en el periódico de La Opinión acerca de enfermería, un anuario general llamado “Acontecimientos que Hacen Historia en el Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander 1972 - 2012”, realizado

por las diferentes docentes de la Facultad Ciencias de la Salud en el año 2012, donde se cumplía 40 años de su fundación. Además, se recopiló copias del acuerdo y resolución del inicio de enfermería y las diferentes entrevistas que se realizaron a la fundadora, docentes, egresados y un exfuncionario de la secretaria de salud.

Así mismo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, obteniendo información valiosa para la investigación. Cabe destacar que no se encontró fuentes secundarias, puesto que no existen investigaciones acerca del tema o artículos científicos sobre la enfermería en Norte de Santander. Por último, como fuente terciaria se encontraron fotografías relacionadas con el programa.

Una Mirada Al Contexto De Colombia: Época De Transición (1960-1990)

Para comprender el contexto en el que se fundó al Programa de Enfermería, se analizará los diferentes acontecimientos por los que pasaba Colombia y la ciudad de San José de Cúcuta en cuanto al sector político, salud, educativo, enfocándose en su desarrollo social.

Nivel Político en Colombia 1970-1980.

En el sector político, cabe destacar que en la década de los 70's, Colombia estaba bajo la presidencia de Misael Pastrana Borrero, el cual se posesionó el 15 de junio de 1970, teniendo siempre el lema "Frente social" (4); dentro de su gobierno, quiso impulsar a Colombia hacia un crecimiento económico, haciendo asociaciones con grandes petroleras como la de Texas, promoviendo la explotación del petróleo en el territorio colombiano y reglamentando la inversión del extranjero en el país; con respecto a la salud, Pastrana extendió el Seguro Social a diferentes sectores de Colombia donde no cubría la salud (4). Además, se ve la necesidad de crear 30 hospitales en diferentes ciudades del país y así suplir la insuficiencia en la atención de salud en el territorio (5).

Sistema de Salud 1950-1990.

En Colombia, existían diferentes formas de atención a las personas: los servicios de salud eran para los "ricos", pues contaban con consultorios y clínicas

privadas; los trabajadores formales tenían varios tipos de seguros obligatorios tanto en el sector privado como en el público; los más pobres recibían atención mediante el auxilio, bien sea por asistencia pública o por beneficencia, esto dependía si era brindado por el sector público o privado; todo lo relacionado con la salud pública estaba a cargo del estado y las prácticas médicas populares no científicas eran aceptadas en los servicios de salud. De esta manera, la atención de salud se basaba en la capacidad de pago que tenían las personas y la intervención del estado era limitado (6).

Educación superior Colombiana Década de los 70.

Durante los años de 1970 el Estado dedicó esfuerzos, con el fin de ampliar las coberturas en las instituciones de educación superior; estaba más ocupado en aumentar dicha cobertura, que en mejorar la calidad de la misma. En años posteriores (durante el período del frente nacional) en la educación superior, el Estado ha sido consciente en la importancia de promover este nivel, en los que la mayoría de dirigentes debían formarse. De esta manera, el Estado se ha convertido en el mayor impulsador para que la educación se transforme enmarcada dentro del propósito de llegar a las áreas más apartadas del país (7).

Sistema Social: años 1970-1985

Estos sistemas afectados por los diferentes cambios que ha venido presentando Colombia desde los años 20, produjeron un gran impacto en la sociedad, en la ciudadanía, en aquellas personas que luchaban internamente por mejorar una parte de sus vidas; además, se describe que el aumento de la violencia, el crecimiento de las industrias y el auge del narcotráfico, hace que eleven las cifras de pobreza en las ciudades, identificando nuevas amenazas para la salud, descubriendo diferentes enfermedades (8).

En conclusión, Colombia atravesó por unas etapas que han sido decisivas en su desarrollo social, puesto que ha pasado por reformas agrarias, reformas de salud, hasta reformas constitucionales, el cual a medida que la nación enfrenta todos esos cambios, inicia su enriquecimiento con respecto al desarrollo social, político, económico, educacional y de salud, además a finales de los 80, a pesar de los problemas del narco-

tráfico, Colombia empieza a construir ciudadanía con valores propios de una democracia moderna, tal y como lo explica Mejía, Londoño y Granda, contando el crecimiento de las fuerzas militares y su organización, siendo más sólida para un crecimiento próspero (9).

Departamento De Norte De Santander La Salud Norte Santandereana

En Norte de Santander, se contaba con el Hospital San Juan de Dios, el cual se creó en entre 1700 y 1800, siendo uno de los entes principales de la capital, con el cual ha estado vinculado; se encontraba construido de acuerdo a las normas de higiene que la ciencia aconsejaba, el edificio contaba con la capacidad de 28 enfermos de ambos sexos y poseía todos los instrumentos para una atención básica(10), tal y como se creó algunos hospitales en China, que su interés principal, fue suplir las necesidades de la población.

En una visita al Hospital una comisión delegada por el alcalde, se encontró que no se ha aumentado la atención, puesto solo se contaba con una sola enfermera para 70 o más enfermos, pero cabe resaltar que a pesar de esta situación el lugar contaba con una aseo y orden admirable, y la de todos los pacientes que se encontraban internos. Debido a ello, se organiza el sistema de salud de Norte de Santander, el cual desea ampliar los servicios de salud, para mejorar la atención y tener mayor capacidad en los pacientes, teniendo en cuenta la deuda que mantenía el Hospital San Juan de Dios, en este caso sería el gran proyecto del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

La génesis de la Escuela De Enfermería De La Universidad Francisco De Paula Santander

El 01 de febrero de 1972, fue aprobada la propuesta del programa como técnica en la Escuela de Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander, mediante el acuerdo 003 de febrero de 1972. La formación de las estudiantes en ese año, contaban con: capacitación científica y sólida, ofrecer asignaturas para el cargo de docentes, administrativo y cuidado del paciente, formación investigativa y métodos teóricos para que la estudiante pueda descubrir a través de la experiencia. El programa se

fundó por la enfermera Gladys Bazán Aguilar, con el asesoramiento de la Universidad del Valle. Las clases iniciaron en el edificio de residencias que tenía la universidad (imagen 1). Para esta época eran pocos los que iniciarían en la escuela (27 alumnas y 2 enfermeras licenciadas) (11).

A continuación, se realizó la agrupación de las narrativas en códigos, posterior a ello se reunieron las investigadoras para triangular y de esta manera concluir los códigos más representativos con respecto a los objetivos de la investigación, por consiguiente, se realizó la categorización de dichos códigos. Las categorías producto de este proceso son: Conociendo el programa, considerando la importancia de educación en Cúcuta y a su vez visión de la vinculación laboral de los egresados; la infraestructura, pedagogía universitaria y manejo de la temática preparando la práctica hospitalaria y ambulatoria, basado en inicio del programa, vinculación de la UFPS incluyendo al estudiantado y las experiencias de egresados.

Dimensión: conociendo el programa

Para conocer el programa, se tuvo en cuenta diferentes factores, entre ellos, que, en la Universidad Francisco de Paula, se creó por primera vez, una Escuela de Enfermería, que tenía como curso corto, el programa de Enfermería General, el cual, debido a ello, se identifica la necesidad de crear un programa de enfermería, que cumpliera con las expectativas de los Norte Santandereanos.

Dimensión: importancia de la educación en Cúcuta

Debido a la percepción que se tenía de enfermería a nivel nacional, de tener mayor profesionalización de la carrera, en Cúcuta se empezó a construir tal interés e idea de fundar un programa de formalización profesional, tal y como lo refiere la enfermera Zoraida Pinto, en su argumento: *"...había a nivel del municipio de Cúcuta una alta necesidad de tener profesionales de enfermería que lideraran el proceso de enfermería al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en esa época en hospitales públicos principalmente..."*

Dimensión: visión de la vinculación laboral de los egresados

Tanto los egresados como las estudiantes de la escuela, tenían un enfoque clínico, supliendo la necesidad de enfermeras encargadas del área hospitalaria, puesto que a medida que aumentaba el auge de enfermería, las enfermeras empezaron con un enfoque administrativo: *“...el enfoque que se le estaba dando al programa, insistía más en la parte clínica, en la prestación de servicios, pero poco a poco y entre los mismos comienzos de los años 80’, se le va dando un incluso para promoción y prevención, hasta lograr en lo que hoy es el Programa de Enfermería actual como profesional, que yo entendería que es casi un 50 y 50% para promoción y prevención y para asistencial”*

Dimensión: Infraestructura

La enfermera Patricia Vélez, especifica más la infraestructura de la escuela, explicando cómo era el laboratorio de biología y entre otras cosas, como el hecho de la cafetería y la zona del segundo piso de la torre B: *“... era un edificio, pues es el mismo que hay ahorita, pero el que nosotros llamamos de la parte del bloque A, pero ese bloque A, era no más hasta... es decir, no estaba el auditorio, ni las salas de profesores que hay ahorita, ni lo del segundo piso, es decir del bloque B, es hasta donde está el patiecito de donde está el árbol, los arbolitos esos... no había cafetería, la cafetería fue después, tocaba llevar almuerzo...”*

Dimensión: pedagogía universitaria y manejo de la temática

A pesar de que la mayoría de las clases eran magistrales, se utilizaban otras técnicas, que, para la época, eran modernas, tal y como lo explica Patricia Vélez: *“...la verdad era magistrales, el doctor utilizaba muchos los dibujos que él hacía, el doctor de anatomía que era German Avendaño, utilizaba unas diapositivas...las filminas, que era un aparato que pasa redondo y pues las pasaba y se las mostraban a uno, y había otro aparato grande que ese fue, que lo usaron muy poquito, que usted podía poner este papel (señala una hoja en la mesa) y ese se proyectaba, eso era, lo usaban cada bisiestro, no era acetato, era papel así de este, eso era lo que más se utilizaba”*

Dimensión: Práctica hospitalaria y ambulatoria

Desde el primer semestre, las estudiantes de enfermería general, tenían rotaciones hospitalarias, el cual se dividían en los diferentes centros de salud que se encontraban en la zona metropolitana, tal y como lo describe Nohelia durante la entrevista: *“...al comienzo del semestre veníamos mañana y tarde a recibir las clases, después en las mañanas íbamos a rotación e íbamos al hospital San Juan de Dios, que queda por que parque colón, allí ahora es la biblioteca pública nosotros íbamos a rotación allá, digamos que para la rotación hospitalaria; la de psiquiatría, íbamos al hospital mental, el Rudesindo Soto y la ambulatoria, hacíamos era unas huertas, que recuerdo que en la época de nosotros como todo esto era puro monte, nosotros tomamos un lote y embramábamos y salíamos a la comunidad, pero no recuerdo a dónde íbamos específicamente, y de allí sacábamos el producto y lo vendíamos y sacábamos el dinero para nosotros y poder seguir comprando para sembrar...”*

Dimensión: inicio del programa de enfermera general

Para ingresar a la Escuela de Enfermería, se realizaba una prueba de conocimientos básicos, con un tope máximo de 25 personas, el cual se pasaba un listado, que era publicado por medio del periódico local y en la Universidad Francisco de Paula Santander, si llegara el caso, de que una aspirante no pudiera matricularse en la escuela, se realizaba un llamado telefónico a las siguientes de la lista de admitidos, tal y como lo refiere Patricia Vélez: *“...si fue difícil, antes de que, si no estoy mal, recibían no más 25 personas, cuando yo me presenté digamos que yo quedé en el límite, es más, yo era la 27, entonces yo no quedé entre las 25 primeras y entre esas, 4 no se matricularon, así que abrieron para las que seguía después, estaba yo ahí... pero ya cuando me llamaron, pues yo estaba feliz, pero si era difícil, porque éramos poquitas, solamente 25...”*

Dimensión: Vinculación con la UFPS

Empezando con la organización del programa de Enfermera General, la enfermera Gladys Bazán, contactó diferentes enfermeras; Esperanza Gómez, quien manifestó: *“yo era del programa materno infantil, entonces a mí me llamó Mariela para que, con Gladys Bazán, a mí me llamó Mariela Parra, para*

que trabajara el programa de administración, entonces los primeros años yo trabajé con el programa de administración, trabajar en la Francisco de Paula Santander, yo me gradué el 14 de agosto de 1975 y empecé el 16 de agosto de 1975 a trabajar con la Universidad Francisco de Paula Santander...”

Dimensión: Vinculación del estudiante a la UFPS

A pesar que los estudiantes contaban con un examen como requisito, los docentes también conocían el proceso de vinculación: “Eran anuales, tenían que presentar pruebas del ICFES, todos los requisitos administrativos que piden aquí, yo sé que aquí, entraban con promedios muy buenos y eran evaluaciones buenísimas, buenísimas y no era tan fácil tampoco y era anual, y si se perdía una materia perdía un año, se atrasaba porque no había manera de ver otro”

Dimensión: experiencia como egresada

La primera experiencia laboral, es un momento inolvidable, puesto que te enfrentas solo al mundo laboral y pones en juego todos los conocimientos adquiridos durante tu formación profesional como lo manifiesta Gladys Chirinos, siendo de la primera promoción de la Escuela de Enfermería de la UFPS: “todos tenían grandes expectativas de nosotros, decían que íbamos a hacer las primeras enfermeras de la región, nos trataban súper bien, todo el mundo tenía los ojos puestos en nosotros y todo el mundo estaba contento porque éramos las primeras...”

DISCUSIÓN

Los hechos históricos en enfermería han marcado la enseñanza. Los conocimientos adquiridos se han fundamentado en aspectos políticos, económicos, sociales y de salud que han contribuido en el desarrollo de la profesión. La condición de la profesión se logra cuando una actividad, importante para la sociedad, se realiza con niveles intelectuales elevados, es decir, con conocimientos científicos que permitieran el desarrollo en diferentes áreas de la salud a las enfermeras.

En México, se crea en 1911, nace la Primera Escuela de Enfermería en la Universidad Nacional de México, bajo el cargo de la Escuela de Medicina, para ello, las interesadas deberán estudiar dos años, para recibir tu

título de Enfermería y Obstetricia (12); tal y como se halló en el estudio, el cual a partir de los años 50's, el estado colombiano, decide dedicarse a la educación superior, promoviendo el interés de los ciudadanos, logrando así que para los 60's, se cuente con varias Universidades tanto oficiales como privadas, con el programa de enfermería, entre ellos, resaltando las egresadas de la Universidad Nacional de Colombia y las egresadas de la Universidad del Rosario (13).

En otros países, como en Perú, el sistema social fue un factor predominante para el desarrollo de enfermería, el cual las escuelas se desarrollaron por el inicio de la era capitalista en la nación, provocando que los campesinos migraran a las ciudades, creando ambientes precarios para vivir (14), hecho que se asimila a la situación social en Colombia, el cual describe que el aumento de la violencia, el crecimiento de las industrias y el auge del narcotráfico, hace que eleven las cifras de pobreza en las ciudades, identificando nuevas amenazas para la salud, puesto que se descubren diferentes enfermedades (8).

Con respecto a la instrucción dirigida a las enfermeras, en 1915 en Venezuela, se promulgó una Ley de instrucción dirigida a enfermeros, lo que permitió la apertura de nuevas escuelas, sin embargo, debido a las diferentes formas de educar a las estudiantes en las escuelas, se produjo un atraso en la profesionalización (15); diferente a lo sucedido en Colombia unos 50 años después, el cual al ver el crecimiento de la enfermería, se promueve una ley señalando que la educación se debería desarrollar en tres niveles: El nivel universitario, El nivel técnico y, por último, el nivel auxiliar (13)

En Norte de Santander, se contaba con el Hospital San Juan de Dios, el cual se creó en entre 1700 y 1800, siendo uno de los entes principales de la capital, con el cual ha estado vinculado; se encontraba construido de acuerdo a las normas de higiene que la ciencia aconsejaba, el edificio contaba con la capacidad de 28 enfermos de ambos sexos y poseía todos los instrumentos para una atención básica, aunque las situaciones de salud, era complicada debido a que los servicios eran escasos y varias enfermedades, conllevaron a colapsar los servicios (10), tal y como se creó algunos hospitales en China, que su interés principal, fue suplir las necesidades de la población (16).

La fundación de la Escuela de Enfermería con el Programa de Enfermera General de la UFPS estuvo liderada por mujeres, encabezada por la enfermera Gladys Bazán Aguilar. Según Barrera y Lizárraga (17), en México la historia de educación de enfermería estaba encabezada por parte de personal femenino, quienes eran las encargadas de velar por los cuidados de los heridos en combate durante la Revolución mexicana. A diferencia en el estudio de Rodríguez et al. (15) y Oviden y Millán (18), Canaval et al. (19), donde los programas de enfermería fueron creados por el personal médico. Sin embargo, los médicos encargados de las fundaciones, no contaban con la capacidad racional de relacionar la teoría con la práctica, es decir, se formaban sobre un tema, pero se practicaba algo muy diferente, ni siquiera contaban con los principios básicos de enfermería.

En Venezuela según Rodríguez et al. (15), se crean los programas en acompañamiento de la Fundación Rockefeller, en Nicaragua (20) lo realizó el gobierno, en Colombia según Gomez et al. (21) la enseñanza se vio influenciada por instituciones religiosas, quienes brindaron orientación con el fin de que las egresadas brindaran atención integral en el hogar de los enfermos y con esto poder ayudar a la familia. Lo anterior fue similar a los resultados de la investigación UFPS donde el proceso de implementar la carrera de enfermería, se contó con un acompañamiento y asesoramiento continuo de la Universidad del Valle y de la Escuela Nacional de Salud Pública; por ello, Collingwood, manifiesta que la historia es la mayor ciencia interesada en las acciones de los seres humanos, debido que, gracias a nosotros (la raza humana), estos hechos pueden ser recreados por el historiador.

Según las entrevistas realizadas, se identificaron las categorías, siendo una de ellas la Importancia de la Educación en Cúcuta, el cual, a nivel nacional, según Velandia (22) a nivel superior es la Universidad Nacional, donde las mujeres que estudiaban allí debían permanecer internas en el Hospital Santa Clara; puesto que el ese el esquema que se manejaba en la Universidad. A diferencia de la UFPS, los estudiantes de enfermería no debían permanecer internos en los Hospitales, solo se debía ir a práctica bajo la supervisión de las docentes, tal y como lo describe Croce, que se juzga según el lugar y el

tiempo, donde se identifica el objeto, cada periodo tiene su propio contexto y su propio desarrollo.

Con respecto a la visión de la enfermería en Cúcuta, siendo descrito en el estudio, que era de gran importancia su preparación, debido a que cumplían con las expectativas de las instituciones de salud de la instituciones de la región; tal y como lo describe según la conferencista Monica Baly, invita a cambiar el pensamiento de profesión por el de Identidad profesional, para un mejoramiento continuo de enfermería, donde se defiende que cada enfermera hable coherentemente y defiendan sus prácticas diarias, escudadas con teorías de enfermería, desde una perspectiva holística (23)

En la dimensión de infraestructura, todo lo alcanzado por Gladys Bazán y el rector de la UFPS, decidieron poner temporalmente la escuela de enfermeras generales en la residencia estudiantil de la universidad, puesto que era propiedad de la institución, aunque también se dictaban clases en otros salones que estaban ubicados en el centro de Cúcuta, así como Croce resalta que lo más importante es el resultado de la cultura, del ambiente y del entorno que rodea el objeto, debido a que se tiene en cuenta todas las estructuras del ser humano.

Para la Pedagogía universitaria y manejo de la temática, el pensum con el que inicio la UFPS, estaba enfocado en la promoción y prevención de la enfermedad, pero también se manejaban otras materias como procedimientos básicos de enfermería, materno-infantil, medico quirúrgica, psiquiatría y salud pública, todo esto para ofrecer a los ciudadanos del área de Cúcuta, como personal de enfermería científicamente capacitado para atender a la comunidad en sus diferentes etapas de la vida.

En el estudio de González (24), Galiano (25), Gómez et al. (21) queda evidenciado que es similar a los temas que se brindaban en la Universidad, puesto que a las estudiantes se les impartía educación sobre asistencia básica (alimentación, aseo y ambiente del enfermo), salud pública y obstetricia (maternidad).

Fundamentándose en lo descrito por Robín Collingwood, el cual es la naturaleza humana quien nutre de conocimientos al historiador que recrea los hechos del pasado, estando estos hechos aún vivos en el presente, puesto que a medida que se recuerda lo vivido, se trae nuevamente al presente reviviendo tales hechos.

Los docentes que daban las clases en las aulas de enfermería general de la UFPS, eran entre médicos y enfermeros, estos últimos eran egresados de otras universidades, puesto que en Norte de Santander no existía ningún Programa de Enfermería superior. Este resultado es diferente a los que arroja el de Hao et al (26), Mahoney (27) y Gómez et al. (21), donde los docentes eran médicos y de otros países, puesto que se consideraba que ellos tenían todos los conocimientos tanto por su posición social, como político.

Además, las prácticas clínicas y ambulatorias era una de los enfoques del programa, así como lo manifiesta Borsay Anney describiendo el desarrollo de enfermería en su práctica hospitalaria y como ha venido adquiriendo nuevos campos laborales, manifestando que enfermería se originó gracias a Florence Nightingale, por su personalidad única, al decidir no querer seguir con las tradiciones de la época e ir formándose continuamente para poder dar lo mejor de sí.

Al inicio del programa y abiertas las convocatorias en la Escuela de Enfermería, se conoció que se recibían hombres y mujeres dispuestos a estudiar esta profesión. Sin embargo, en la primera promoción del programa no existió ningún hombre interesado en esta área de la salud. Esto fue similar para la escuela práctica de enfermeros de México que, según Barrera y Lizárraga (17) donde recibían hombres y mujeres que estuvieran trabajando en Hospitales o que cumplieran con algunos requisitos que se pedían, sin embargo, en este proceso no ingreso ningún hombre a estudiar.

Para lograr ser admitido en el Programa de Enfermera General de la UFPS, se debía cumplir con el requisito de contar con secundaria completa o ser normalista superior. En Cartagena según la investigación realizada por Ferreira (28) y Mishra (29) fueron diferentes pues los interesados en ingresar a estudiar enfermería debían presentar un examen de admisión, debían tener conocimientos en básica primaria y cuatro años

de estudios secundarios, además, entendimiento en lo que concernía a salud, debían pasar por dos meses de prueba y lo más importante debían tener buenas costumbres y vocación, también como sucedía en la Escuela de Pekin Union que uno de los requisitos, para el ingreso de los estudiantes; es que hubieran cursado dos años en la universidad y que manejaran el idioma inglés, con el fin de conseguir altos estándares de calidad (16).

Ya al finalizar toda la carrera en la Escuela de Enfermería, se lograba identificar el impacto que generaban las egresadas en las instituciones, debido a sus conocimientos y manejo de los temas, contrario a lo que sucede en Estados Unidos en su guerra civil, que las enfermeras que atendían a los soldados heridos, no contaban con una buena preparación o formación, dejando claro, que se necesitaba una reforma (27).

Una vez, sucedido todo, se logra observar el esfuerzo de los docentes, directivos y estudiantes, logrando así, la profesionalización de la carrera en la escuela y dejándose llamar Escuela de enfermería, sino Programa de Enfermería; tal y como sucede en el Valle del Cauca que, debido a los grandes cambios educativos, profesionaliza, su carrera de enfermería en 1945 (30)

CONCLUSIONES

En el estudio realizado, se abordó los factores que influyeron en la creación del programa, junto con su transición, en la UFPS, Cúcuta y en todo el departamento Norte Santandereano; para ello se identificaron las fuentes primarias (anuario, entrevistas, información escrita en el Periódico La Opinión. Como fuente secundaria, no se encontraron investigaciones o artículos que hablaran de la historia de enfermería en Norte de Santander. Por último, se encontró como fuente terciaria se hallaron fotografías del Periódico.

En el contexto nacional en el que se desarrollaba la enfermería, se halló que durante la década de los 70's, se crearon 14 programas de enfermería en las distintas universidades, en esta se incluía el de la Universidad Francisco de Paula Santander; dentro del sector político, se conoció que se exigió el seguro social para las poblaciones más vulnerables

En el sector de salud, se identificó que era para las personas con más ingresos económicos, puesto que contaban con clínicas y servicios privados, además surgieron nuevas enfermedades que fueron difíciles de manejar, debido al poco conocimiento que se tenía de ellas. En el educativo, se conoció que respecto a enfermería el Comité Técnico Asesor (CTA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Enfermería, recomendó para la época de 1969, que la educación se debería desarrollar en tres niveles: El nivel universitario, El nivel técnico y, por último, el nivel auxiliar.

La formación de Enfermería en Cúcuta implantó sus raíces el 01 de febrero de 1972 por de la enfermera Gladys Bazán Aguilar con el apoyo de la Universidad del Valle. Promocionando un curso corto, que contaba con seis semestres de duración, el cual, desde sus inicios siempre existió un deseo y necesidad por brindar enseñanza de acuerdo a las demandas de la población. Los factores que influyeron en la creación del programa de Enfermería en la UFPS, fueron la falta de personal idóneo, que contaran con conocimientos científicos para brindar cuidados y, la alta demanda de pacientes en el Hospital San Juan de Dios.

Gracias a las entrevistas de los diferentes informantes, se logró describir la historia de la fundación del Programa de Enfermería y, describir la infraestructura del lugar, la manera de cómo se contactó y se vinculó a la UFPS, además sobre la pedagogía manejada por los docentes durante el programa, teniendo en cuenta, la experiencia del egresado junto con el impacto social que provocaba las primeras promociones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez González B. Brainstorming. Universidad para la Cooperación Internacional. [Internet]. 2013 [consultado el 1 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES-03/Unidad2/Brainstorming.pdf>
2. Ramírez Bacca. Introducción Teórica y Práctica a la Investigación Histórica: Guía para Historiar en las Ciencias Sociales. Libro Pág. 97-106. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Medellín, Colombia. [Internet]. 2010. [consultado el 14 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/10179/1/renzora_mirezbacca.20102.pdf
3. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia [internet]. [consultado el 10 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf
4. Tocancipá L. S. Evolución Histórica-Política de Colombia 1810-2010. TimeLines. Colombia. [Internet]. 2010. [consultado el 13 de julio del 2018]. Disponible en: <https://www.timetoast.com/timelines/69576>
5. Red Cultural del Banco de la República de Colombia. Misael Pastrana Borrero. Colombia. [Internet]. [consultado el 13 de julio del 2018]. Disponible en: http://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Misael_Pastrana_Borrero
6. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización. Revista en salud pública. Volumen 2 Núm. (2): 121-144. Bogotá, Colombia [Internet]. 2000. [consultado el 10 de julio del 2018]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882/19840>
7. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) para la educación, la ciencia y la cultura. Capítulo 2 Evolución histórica del sistema educativo. Págs. 6-7. [Internet]. [consultado el 18 de julio del 2018]. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/quipu/colombia/col02.pdf>
8. Perry G. Una Década Gris Oscura. Periodo El Tiempo. Archivo. Colombia. [Internet]. 1990. [consultado el 13 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-69438>

9. Mejía Velásquez. Londoño Rendón. Granda Marín. Panorama Socio Económico y Político De Colombia A Partir De 1.950. Medellín, Colombia. [Internet]. 2005. [consultado el 13 de julio del 2018]. Documento PDF.
10. Ángel Rafael Eduardo. Historia de Cúcuta: La casa del Duende. San José de Cúcuta, 1979. Libro.
11. Programa de Enfermería de la UFPS. Acontecimientos que Hacen Historia en el Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander 1972-2012. 2012. Documento PDF.
12. Castañeda M.C, Perez L., Perez I., Rodriguez M.C. Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del siglo XX. [Internet] Rev. Enfermería universitaria 2010; México. [Consultado el 07 de julio de 2017] Volumen 7 (especial): 25-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n5/v7n5a5.pdf>
13. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) para la educación, la ciencia y la cultura. Capítulo 2 Evolución histórica del sistema educativo. Págs. 6-7. [Internet]. [consultado el 18 de julio del 2018]. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/quipu/colombia/col02.pdf>
14. Barrionuevo-Bonini B, Fernandes-de-Freitas G, Cerna-Barba MP. Historia de la enfermería en el Perú: determinantes sociales de su construcción en el siglo XX. [Internet] Aquichan 2014; Perú. [Consultado el 10 de enero de 2017] Volumen 14(2): 261-271. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3285>
15. Rodríguez Y., Mejías M., Moreno M. Historia de la formación del recurso humano de enfermería en Venezuela. Enfermería global. [Internet]. 2011 Oct. Venezuela. [Consultado el 10 de enero de 2017]; 10(24). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137501>
16. Jiang Yuhong. Shaping modern nursing development in China before 1949. [Internet] 2016. International Journal of Nursing Sciences 4 (Elsevier) [Consultado el 28 de julio de 2017]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com.bdbiblioteca.ufps.edu.co:2048/S2352013216302265/1-s2.0-S2352013216302265-main.pdf?_tid=cf0d1a6c-77d7-11e7-af9f-00000aacb361&acdnat=1501715624_1072c5fa736ed4e3f0b786b98d16abdb
17. Barrera S., Lizárraga E.. Breve Historia de la Educación de la Enfermería en México. Revista Enfermería Instituto de México Vol. 18 Pág. 105-110. [Internet]. 2010. [consultado el 08 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaims/eim-2010/eim102h.pdf>
18. Oliden B., Millan M. Desarrollo de la educación de enfermería en Bolivia. Educación Medica Salud. [Internet] 1979 [Citado el 23 de enero de 2017] Volumen 13, No 4. Pág. 380-383 Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5149.pdf>
19. Canaval, G., Castillo, E., & Osorio, A. (2011). Nursing at Universidad del Valle in Cali: 65 years at the vanguard; contributions, achievements, and perspectives. Colombia Médica, 42(2 supl 1), 120-33. Retrieved from <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/828/1566>
20. Galiano S. Apuntes sobre historia de la enfermería en Nicaragua. [Internet] 1950. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Pág.: 551- 556 [Consultado el 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/11797/v29n5p551.pdf?sequence=1>
21. Serrano C., Munar C., Parrado Y., Urbano G., et al. Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en Universidad Nacional de Colombia 1920-1957. [Internet] 2011[Consultado el 09 de enero de 2017] Disponible en: http://www.uneditorial.net/uflip/Tres_escuelas_una_historia/pubData/source/Tres_escuelas_una_historia.pdf
16. Jiang Yuhong. Shaping modern nursing

22. Velandia Mora. Indicadores de Profesionalización e Identidad Profesional de la Enfermera. Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. 2010. [consultado el 20 de enero del 2017]. Disponible en: http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com.co/2010/09/indicadores-de-profesionalizacion-e_07.html
23. Borsay. Nursing History: An Irrelevance for Nursing Practice?. the Monica Baly Lecture given at the Third Annual Conference of the Royal College of Nursing [Internet] 2006 [consultado el 16 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://edtech2.boisestate.edu/loefflerd/edtech512/Modules/Webquest512/Nursing%20history%20web%20quest.pdf>
24. González C. Análisis histórico de la situación de las enfermeras y matronas en España. Una perspectiva global. [Internet] 2013 [Consultado el 07 de julio de 2017] Rev. Estudio de las mujeres (1): 50-65 Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/RAUDEM/index/index.php/Audem/article/view/6>
25. Galiano S. Apuntes sobre historia de la enfermería en Nicaragua. [Internet] 1950. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Pág.: 551- 556 [Consultado el 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/11797/v29n5p551.pdf?sequence=1>
26. Yufang Hao, Jing Jiang, Xiaohong Gu. Traditional Chinese medicine and nursing care. [Internet] 2017. Revista ScienceDirect. [Consultado el 29 de julio de 2017]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com.bdbiblioteca.ufps.edu.co:2048/S2352013216301806/1-s2.0-S2352013216301806-main.pdf?_tid=8f741268-77e9-11e7-9622-00000aacb35f&acdnat=1501723248_913d0bf04b87c95bb007d5b3647359b5
27. Mahoney M. Escuelas de enfermería americana y la primera enfermera profesional de color. [Internet] 2015. Blog. [Consultado el 10 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.aniortenic.net/archivos/trabaj_escuelas_enfermer_americanas_primera_enfermera_color.pdf
28. Simmonds Ferreira.Y. Desarrollo histórico de los estudios de enfermería en Cartagena de Indias. [Internet] 2003 [Consultado el 01 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/1119/1/enfermeria.pdf>
29. Mishra Sundeep. Respect for nursing professional: Silence must be Heard. Nueva Delhi, India. [Internet] 2015. Revista Elsevier. [Consultado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com.bdbiblioteca.ufps.edu.co:2048/S0019483215002369/1-s2.0-S0019483215002369-main.pdf?_tid=6219f2a0-77ea-11e7-9563-00000aacb362&acdnat=1501723601_a065a280f198666cb824526901402af5
30. Roa Manosalva C. 1 ¿De la subordinación a la autonomía? Proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia de 1920 a 1958 [Internet]. 2014 Valle del Cauca, Colombia. [Consultado el 04 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45373/1/52490559.2014.pdf>

Conocimientos, actitudes y habilidades en práctica basada en evidencia en estudiantes de Enfermería.

María del Pilar Ureña-Molina*
Isabel María López-Medina**
Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo***

*Enfermera. Magister. Docente Auxiliar. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo electrónico: mariadelpum@ufps.edu.co

**Diplomado en Enfermería. Doctor. Universidad de Jaén. Profesor. Universidad de Jaén. Jaén, España. Correo electrónico: imlopez@ujaen.es

***Diplomado en Enfermería. Licenciado en Ciencias Biológicas. Doctor en Biología. Profesor. Universidad de Jaén. Jaén, España. Correo electrónico: pancorbo@ujaen.es

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y habilidades sobre Práctica Basada en Evidencia en estudiantes de un programa de Enfermería de Colombia. Materiales y métodos: Mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional, el estudio se desarrolló en 2 fases. La primera fase, consistió en la adaptación cultural y validación de contenido del cuestionario de Competencias en Práctica Basada en la Evidencia (CACH-PBE) al contexto Colombiano; este instrumento valora tres factores: Actitudes, Habilidades y Conocimientos. En la segunda fase, se aplicó el cuestionario a una muestra de 291 estudiantes del Programa de Enfermería de una Universidad de Cúcuta – Colombia durante el primer semestre del 2016. Resultados. Se encontró un promedio de edad de 20 años, de género femenino en su mayoría, el 57,4% de ellos no tenían ninguna formación previa sobre PBE y el 57.1% la habían recibido en metodología de investigación. La puntuación global de competencia en PBE fue de 3,58 sobre un máximo de 5; destacando la dimensión Actitudes hacia la PBE con mayor puntuación y la dimensión Conocimientos con menor; encontrándose diferencias estadísticamente significativas a mayor medida en que los estudiantes se encontraban en un semestre superior. Conclusiones: Los estudiantes obtuvieron un nivel medio en competencias para la PBE, asociándose un impacto positivo de la formación académica recibida, ya que en los últimos semestres se evidenció mayor puntuación respecto de los primeros.

PALABRA CLAVE: enfermería basada en evidencia, conocimiento, estudiantes de enfermería.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad ha sido reconocido que una práctica de cuidado basada en la evidencia es necesaria para proporcionar cuidados de la salud en forma equitativa y efectiva para toda la población, favorece la mejor costo/efectividad de los recursos y

establece la mejor condición posible para ofrecer un excelente cuidado a los pacientes (1-4).

Sin embargo, al revisar la implementación de la práctica basada en la evidencia por parte de los profesionales de enfermería, se han identificado algunas barreras que obstaculizan su total desarrollo,

tales como la falta de reconocimiento de la enfermería como una profesión autónoma, falta de incentivos para dedicarse a la investigación o déficit de formación metodológica, limitada disponibilidad y baja utilización de la evidencia en enfermería, falta de comunicación entre la academia y los entornos de práctica clínica, la carga de trabajo, la falta de apoyo de la administración y una cultura de trabajo resistente al cambio, entre otros (5–11). Situación que tampoco es ajena a otras disciplinas del área de la salud, donde igualmente se presentan obstáculos para la implementación de Práctica Basada en la evidencia (PBE) (12).

De acuerdo con Eterovic y Stiepovich (2) “la comunidad académica debe asumir el compromiso de empoderar al estudiante en el ejercicio de una práctica futura en que se considere y valore el contexto cultural de la práctica, el reconocimiento del individuo como ser holístico, la reflexión e indagación como forma de vida en el quehacer cotidiano, las habilidades de búsqueda de información, la exploración sistemática de resolución de problemas y la publicación de los hallazgos de su investigación”. Aspectos que son soportados con la rigurosidad de la investigación científica al estudiar el conocimiento en torno al cuidado de la salud desde un abordaje biomédico u objetivo y de la comprensión individualizada de cada experiencia de cuidado, a través de los enfoques metodológicos cuantitativo y cualitativo, que resultan en una herramienta poderosa para el estudio y análisis de la práctica de Enfermería y su transformación (13,14).

Son escasos los estudios realizados en estudiantes de enfermería que demuestran el nivel alcanzado de formación en práctica basada en la evidencia (15). Se han desarrollado algunos instrumentos específicos para medir este concepto (16–19) y la eficacia de los cursos de PBE (20). Recientemente en una universidad de España, se desarrolló una investigación con estudiantes de enfermería de todos los cursos de un programa académico donde se incluyó una asignatura específica de PBE, cuyos resultados evidenciaron un adecuado nivel de competencia en PBE ocurriendo el mayor incremento el último curso de la carrera (21).

De manera similar, en Ecuador, en un estudio evidenciaron una alta valoración sobre creencias referidas a la EBE y una baja implementación de

cambios en la práctica o enseñanza bajo este enfoque (22). En el contexto Colombiano, un estudio realizado en cuatro programas de pregrado de enfermería de Santander (23), demostró “que la capacidad de analizar críticamente sobresale como una de las competencias que se fomenta en el estudiante cuando se utiliza la enfermería basada en la evidencia”; sin embargo, resaltaron que las competencias “de los estudiantes de enfermería para enfrentar el ejercicio de su profesión, aún no se ven sustentadas en sus ventajas.

El presente estudio muestra los resultados de un estudio que se realizó con el objetivo de determinar el nivel de competencia en práctica basada en evidencia en estudiantes de un programa de enfermería de Colombia, partiendo del escaso conocimiento sobre esta temática en el contexto local y nacional, para que sobre la base de estos hallazgos se deriven estrategias tendientes a fortalecer y empoderar la formación de EBE en la comunidad académica y científica.

MATERIALES Y METODOS

Para esta investigación se usó un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional. Se desarrolló en 2 fases: en la primera fase se hizo la adaptación cultural a Colombia y validación de contenido del cuestionario, y en la segunda fase, se hizo la recogida de datos en la muestra de estudiantes de enfermería.

En este estudio se usó el Cuestionario de Competencias en Práctica basada en la Evidencia (CACH-PBE), en versión española, de Ruzafa et al. (17) proporcionado por su autora junto con el permiso de uso y adaptación cultural. Consta de 25 ítems agrupados en 3 factores: actitud ante la práctica basada en la evidencia, habilidades para la PBE y conocimientos sobre la PBE. En su versión original presentó buenos valores de fiabilidad (consistencia interna alfa Cronbach= 0,88) y validez de constructo y discriminante (17).

Con el fin de asegurar su adaptación cultural y lingüística al entorno de Colombia, el cuestionario fue revisado por 3 docentes de la facultad de enfermería de una Universidad en Colombia, quienes propusieron algunos cambios en palabras o redacción de algunos ítems.

Esta nueva versión del cuestionario CACH-PBE se sometió a validación de contenido por un panel de 8 expertos académicos procedentes de diversas facultades de enfermería de universidades de Colombia. Para cada ítem se valoró su relevancia y su claridad, puntuando entre 1 a 5, según menor a mayor grado. Para establecer el grado de acuerdo entre los expertos se utilizó el índice V de Aiken, media y su intervalo de confianza del 95 % (24,25). Para la relevancia, en el factor Actitud se identificaron 3 ítems con menor grado de acuerdo (límite inferior del IC 95 % del índice V Aiken < 0,50). En los factores Habilidades y Conocimientos, ningún ítem puntuó menos de 0,50. Para la claridad, el número de ítems con menos acuerdo (límite inferior del IC 95% < 0,50) fueron: Actitud, 4 ítems; Habilidades, 1 ítem; Conocimientos, 4 ítems. En estos ítems se revisó su redacción y, en caso necesario, se hizo algún ajuste en la misma. Se obtuvo una versión final del cuestionario CACH-PBE adaptada culturalmente a Colombia.

Las hipótesis a testar fueron:

- La puntuación en competencias en PBE será mayor en los estudiantes que cursan un semestre académico superior.
- La puntuación en competencias en PBE será mayor en los estudiantes con más horas de formación en metodologías de investigación y PBE.
- No habrá diferencias en la puntuación en competencias en PBE según el género de los estudiantes.

Para el análisis descriptivo se usaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; y medias y desviación estándar, o bien mediana y amplitud intercuartil, (según tipo de distribución) para las variables ordinales y cuantitativas. El ajuste de las variables a la distribución normal se evaluó mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff. Las variables puntuación global, actitud, habilidades y conocimientos del cuestionario CACH-PBE se ajustaron a la distribución normal, el resto de variables no tenían distribución normal.

Los datos obtenidos se agruparon cada dos semestres en un año. La distribución por años fue: 28,2% (n=82) de primer año, 23,7% (n=69) de segundo año, 26,1% (n=76) de tercer año y 22% (n=64) de cuarto año .

El estudio se adhirió a las normas éticas para la

investigación con seres humanos, al garantizar la privacidad y no divulgación de los resultados con nombre propio de los estudiantes; así como también la protección de los valores éticos como la autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia y confidencialidad, considerándose un estudio de bajo riesgo para la salud (26). En este sentido, se obtuvo la autorización de los responsables académicos de la facultad, y los estudiantes firmaron su consentimiento para completar los cuestionarios, garantizando el anonimato y la confidencialidad en los datos recogidos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y habilidades en Practica Basada en Evidencia (PBE) en estudiantes de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander.

Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas y formativas de los estudiantes de enfermería.
- Determinar el nivel de actitudes, habilidades y grado de conocimiento sobre la PBE en los estudiantes de enfermería.
- Establecer la existencia de asociación entre la puntuación en el nivel de competencia en PBE y factores demográficos y formativos de los estudiantes.
- Establecer el nivel autovalorado por los estudiantes sobre varios aspectos asociados a la PBE.

El período de recolección de la información se realizó en los meses de febrero a junio del año 2016. Como limitaciones, se encontró un porcentaje de respuesta cercano al 9 % de la población de estudiantes que no diligenciaron el cuestionario.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y formativas de los estudiantes de enfermería.

Para la variable edad, el valor de la mediana fue de 20 años (P25:19-P75:21) y en relación al género predominantemente eran mujeres, con un 77% (n=224).

Un 86% del alumnado (n=252) no poseía otro título académico previo y un 83,5% (n=243) no desempeñaba ningún trabajo remunerado en esos momentos. Con respecto a las características formativas de la muestra, un 57,4% (n=167) no tenía ninguna formación previa sobre PBE y solo un 24% (n=72) había recibido formación sobre el tema con una duración inferior a 40 h. Para la formación en metodología de investigación, un 42,6% (n=124) carecían de formación alguna, un 26,5% (n=77) habían recibido entre 40 y 150 h de formación y para tan sólo un 6,9% (n=20), su formación superaba las 150 h.

Competencias para PBE en estudiantes de enfermería.

En todo el conjunto, la puntuación global en competencia en PBE fue de 3,58 sobre un máximo de 5; destacando la dimensión Actitud hacia la PBE con mayor puntuación y la dimensión conocimientos con menor. Tanto para la puntuación global como para las sub-escalas del cuestionario, se detectó que, en términos generales, ésta es mayor a medida que los estudiantes se encuentran en semestres superiores. Se obtuvieron diferencias significativas de la puntuación global y las sub-escalas por año, confirmando la hipótesis propuesta (puntuación global: Welch 42,96, $p < 0,001$; actitud: Welch 25,12, $p < 0,001$; habilidades: Welch 50,17, $p < 0,001$; y conocimientos: Welch 21,01, $p < 0,001$).

El análisis de las correlaciones entre la puntuación global de PBE y sus dimensiones, mostró que la puntuación global en PBE correlaciona bien con cada una de las tres dimensiones, siendo más fuerte para las actitudes (r Pearson = 0,85, $p < 0,001$), que para Habilidades (r Pearson = 0,77, $p < 0,001$) o Conocimientos (r Pearson = 0,51, $p < 0,001$).

En el análisis de correlaciones internas entre las dimensiones resultaron correlaciones estadísticamente significativas entre las habilidades y las actitudes (r Pearson = 0,50, $p < 0,001$) y entre las habilidades y los Conocimientos (r Pearson = 0,32, $p < 0,001$), si bien las actitudes y los conocimientos no correlacionaron de forma adecuada (r Pearson = 0,06, $p = 0,33$).

Al realizar los contrastes de diferencias de medias de puntuaciones por años, se estableció que dichas diferencias son significativas ($p < 0,05$) entre las puntuaciones de cuarto respecto a las de primer y segundo año, tanto para la puntuación global como para las actitudes, las habilidades y los conocimientos sobre PBE; si bien estas diferencias no fueron significativas entre cuarto y tercer año para ninguna dimensión.

También se obtuvieron diferencias de medias positivas significativas entre la puntuación global y las tres dimensiones del tercer año con respecto al primer año; si bien al comparar tercero con segundo, sus diferencias fueron significativas sólo para la puntuación global, las actitudes y las habilidades. Sin embargo, hay que destacar que las puntuaciones de los estudiantes de segundo año, tanto global como en sus tres dimensiones, fue menor que las del alumnado de primer año, siendo además estas diferencias estadísticamente significativas para cada una de las dimensiones aisladas, aunque no para la puntuación global del cuestionario.

Al comparar las dimensiones actitud, habilidades y conocimientos sobre PBE, así como la puntuación global, con la formación previa que había recibido el alumnado sobre PBE, obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de habilidades para PBE (test ANOVA; Welch: 8,77, $p < 0,001$) y de conocimientos sobre PBE (Welch: 9,50, $p < 0,001$); encontrando una mayor puntuación de conocimientos en los que reciben 40 o más horas de formación en relación a los que no reciben ninguna formación de PBE ($p < 0,05$).

Con respecto a la formación previa en metodología de investigación, de nuevo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las habilidades para PBE (Welch: 3,63, $p = 0,02$) y a los conocimientos (Welch: 13,01, $p < 0,001$) y además, en esta ocasión, para la puntuación global en PBE (Welch: 5,63, $p = 0,002$). Concretamente, tanto la puntuación global como en habilidades y en conocimientos, aumentan a mayor número de horas de formación en metodología de investigación, si bien dichas diferencias sólo son significativas ($p < 0,05$) en el grupo que ha recibido una formación de 40 a 150 h.

En contra de lo previsto en la hipótesis de partida, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones en la dimensión habilidades y en la competencia global, que fueron mayores en los hombres.

En relación a la edad del alumnado estudiado, solamente se encontró correlación positiva con la dimensión conocimientos sobre PBE (Rho Spearman: 0,30, $p < 0,001$), pero no en las otras dimensiones ni en la puntuación global.

En relación a los aspectos medidos en los estudiantes mediante las 8 escalas de autovaloración, los resultados expresados como mediana (amplitud intercuartil), fueron: actitud hacia PBE: 7,0 (3,0), conocimientos sobre PBE: 6,0 (2,0), habilidades para PBE : 6,0 (2,0), actitud propia hacia la promoción de la PBE: 6,0 (2,0), actitud percibida de los compañeros hacia PBE: 5,0 (3,0), nivel de conocimientos de inglés: 5,0 (3,0), nivel de conocimientos de informática: 7,0 (3,0), nivel de conocimientos en bioestadística: 5,00 (3,0).

Las correlaciones entre el cuestionario CACH-PBE y las escalas de autovaloración se detallan en la tabla 5. Se puede apreciar que la puntuación global del cuestionario correlaciona más fuerte con el nivel de conocimientos autodeclarado en bioestadística y en informática (Rho Spearman: 0,40), seguidos de la actitud percibida hacia la PBE (Rho= 0,37) y de la actitud hacia la promoción de la PBE (Rho= 0,36), siendo dichas correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Para las dimensiones del cuestionario, las correlaciones más fuertes son las de las actitudes hacia la PBE con la actitud percibida (Rho= 0,37, $p < 0,001$), la dimensión habilidades para PBE con el nivel de conocimientos en informática (Rho= 0,42, $p < 0,001$) y la dimensión conocimientos sobre PBE con los conocimientos autovalorados (Rho= 0,44, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Los estudiantes del estudio presentaron una mediana de edad de 20 años, con predominio al género femenino, sin título académico previo y no desempeñaban ningún trabajo remunerado. Con respecto a las características formativas, más de la mitad de ellos no tenían ninguna formación previa sobre PBE y solo un pequeño porcentaje había

recibido formación sobre el tema menor a 40 horas. Por su parte, cerca de la mitad de los participantes tenían algún nivel de formación en metodología de investigación.

Los estudiantes del programa de enfermería obtuvieron un nivel medio en competencias para la PBE, con una puntuación de 3,58 (sobre 5) en el cuestionario CACH-PBE adaptado para Colombia. Estos estudiantes alcanzaron mayor puntuación en la dimensión actitud hacia la PBE, que en las dimensiones habilidad y conocimiento. Se encontró que los estudiantes del género masculino evidenciaron mayor puntuación global y habilidad para la PBE.

La formación académica que reciben los estudiantes tiene un impacto positivo en la adquisición de competencias para la PBE, ya que los estudiantes de los últimos semestres obtuvieron mayor puntuación que los primeros semestres. Posiblemente la formación metodológica incluida en las diferentes asignaturas del programa formativo contribuye a este incremento en las competencias para la PBE, a pesar de que en el programa académico no existe ninguna asignatura específica sobre PBE.

De las ocho escalas de autovaloración, los resultados expresaron un predominio de niveles altos en la actitud hacia PBE y el nivel de conocimientos de informática, contra una menor apreciación para la actitud percibida de los compañeros hacia PBE, nivel de conocimientos de inglés y bioestadística; encontrándose una fuerte influencia de la competencia global en PBE con el nivel de conocimientos autodeclarado en bioestadística y en informática, así como también para la actitud percibida hacia la PBE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mulhall A. Nursing, research, and the evidence. *Evid Based Nurs*. 1998;1(1):4–6.
2. Eterovic Díaz C, Stieповich Bertoni J. Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 16]; 16(3):9–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300002>

3. Urra Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Evidence based nursing: What is it, characteristics and dilemmas. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. [cited 2016 Dec 15];28(1):108–18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n1/v28n1a13.pdf>
4. Luengo Martínez C, Paravic Klijn T. Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index enferm.* 2016;42–6.
5. DeBruyn RR, Ochoa-Marín SC, Semenic S. Barriers and Facilitators to Evidence-Based Nursing in Colombia: Perspectives of Nurse Educators, Nurse Researchers and Graduate Students. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. [cited 2016 Jul 16];32(1):9–21. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a02.pdf>
6. González VT. Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación. *ENE, Rev Enfermería.* 2015;9(2).
7. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Educ Today.* 2015;35(2):e34–41.
8. Ansoain Cilveti R. La evidencia científica en las unidades de enfermería como mejora de calidad. 2015.
9. González Torrente S. Factores que influyen en la incorporación de la evidencia científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria. 2014.
10. de Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Vives GA, Campaner CP. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit.* 2011;25(3):191–7.
11. Sánchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo. *Enfermería clínica.* 2013;23(6):279–83.
12. Ramírez-Vélez R, Domínguez MA, Morales-Osorio M, Meneses-Echavez JF, González-Ruiz K, Martínez-Torres J, et al. Estado actual de la investigación y principales barreras para la práctica basada en evidencia en fisioterapeutas colombianos. *Fisioterapia.* 2013;35(4):146–53.
13. Fawcett J. Tendencias de investigación en enfermería. *Aquichán.* 2014;14(3):289–93.
14. Raya DA. La investigación en enfermería en América Latina 2000. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2011;10(3):396–409.
15. Ryan EJ. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice—an integrative literature review. *J Clin Nurs.* 2016;25(11–12):1548–56.
16. Upton P, Scurlock-Evans L, Upton D. Development of the Student Evidence-based Practice Questionnaire (S-EBPQ). *Nurse Educ Today.* 2016;37:38–44.
17. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Med Educ.* 2013;13(1):1.
18. Brown CE, Kim SC, Stichler JF, Fields W. Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Educ Today.* 2010;30(6):521–7.
19. Spurlock D, Wonder AH. Validity and Reliability Evidence for a New Measure: The Evidence-Based Practice Knowledge Assessment in Nursing. *J Nurs Educ.* 2015;54(11):605–13.
20. Zelenikova R, Beach M, Ren D, Wolff E, Sherwood PR. Graduate nursing students' evaluation of EBP courses: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today.* 2015;35(1):265–70.
21. Ruzafa-Martínez M, Molina-Salas Y, Ramos-Morcillo AJ. Competencia en práctica basada en la evidencia en estudiantes del Grado en Enfermería. *Enfermería Clínica.* 2016;26(3):158–64.
22. Falconí Morales C, Brito Santacruz CJ, Verkovich I. Integración de la enseñanza de la práctica de enfermería basada en la evidencia científica. *Aquichan.* 2015;15(4):541–53.
23. Pinto RC. Aplicación de la enfermería basada en la evidencia en los currículos de pregrado de enfermería en Santander, Colombia. *Rev Cuid.* 2015;6(1):900–5.
23. Pinto RC. Aplicación de la enfermería basada en la evidencia en los currículos de pregrado de enfermería en Santander, Colombia. *Rev Cuid.* 2015;6(1):900–5.

Percepciones de padres y cuidadores de pacientes pediátricos sobre el cuidado humanizado de Enfermería mediante el uso de una estrategia con orientación lúdica en una IPS pública y privada durante el I semestre de 2018

Gloria Omaira Bautista-Espinel¹
Evelin Mileidy Suarez-Arévalo²
Wendy Carolina Rozo-Cordón³
Yulibell Cuadros-Acevedo⁴

¹Docente programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: gloriabautista@ufps.edu.co

²Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: evelinsuareza@ufps.edu.co

³Facultad ciencias de la salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: yulibelca@ufps.edu.co

⁴Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: wendy_caro_92@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar las percepciones de padres y cuidadores de pacientes pediátricos, sobre el cuidado humanizado de enfermería, antes y después del desarrollo de una estrategia de cuidado con orientación lúdica en los servicios de pediatría de en un grupo de intervención de una IPS pública y en un grupo control de una IPS privada. **Materiales y métodos:** Estudio cuasi-experimental con dos grupos: de intervención y control, muestreo por conveniencia donde se incluyeron 50 cuidadores, 30 del grupo intervención y 20 del grupo control. En donde se utilizaron dos instrumentos percepción del cuidado humanizado de enfermería y otro de elaboración propia. **Resultados:** En el instrumento Percepción del cuidado humanizado de enfermería se obtuvo que en el grupo casos la percepción era significativamente mayor al grupo intervención en la fase inicial, posterior al desarrollo de la estrategia la percepción dentro del grupo intervención aumento notablemente pero manteniendo cifras similares al grupo control. En el instrumento de diseño propio donde se evaluaba el apoyo emocional y físico brindado a los niños con orientación lúdica, en el grupo intervención y en el grupo control nunca fue percibido este cuidado más sin embargo en el grupo intervención la percepción era mayor al grupo control desde la primera medición; mientras que en el interior del grupo intervención se generó un cambio positivo y significativo. **Conclusión:** Se concluye que las estrategias de cuidado con orientación lúdica son un apoyo emocional, psicológico y espiritual que se le da a los niños, padres y/o cuidadores y al personal de salud.

Palabras clave: Acreditación en salud, eje transversal de humanización,

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de deshumanización le resta intimidad y privacidad a los procesos de cuidado que transgrede las condiciones de reposo que pacientes y cuidadores ameritan, es mucho más denso en los servicios pediátricos para Oliveros y Chirinos (1), las quejas por atención médica son el arma más valiosa para mejorar la calidad de dicha atención. El descontento en la mayoría de los casos se genera por falta de comunicación que beneficie la relación del pediatra con el niño o con los familiares. Algunos autores como Herrera et al. (2), sostienen que la falta de respeto a los derechos del niño ejemplificada por el ensañamiento terapéutico, los abusos en investigación, la ausencia de las familias en las unidades de cuidados intensivos a la que se suman a veces la negligencia y la carencia de habilidades al ejecutar procedimientos, son uno de los factores a tener en cuenta; la deshumanización es entonces mucho más que un problema de relación que se genera durante la atención en salud, es un fenómeno individual pero también lo es del sistema de salud.

Para poder alcanzar una atención humanizada el equipo de salud se debe aproximar a los usuarios y familiares hacerlos partícipes activos en su autocuidado y atención, los valores organizacionales deben llevar al diseño y desarrollo de políticas y programas de cuidado y atención, que permitan luchar con la despersonalización, fomentar el reconocimiento, el respeto a los derechos, la aceptación y el dialogo, al combinar estos elementos con el uso apropiado de la tecnología y una gestión segura (3).

Se pueden evidenciar resultados efectivos considerando al ser humano de forma integral en su dimensión física, social, psicológica y espiritual; es decir con una visión ética de la atención, en un marco cultural de referencia, que promueve la auto comprensión y la acción transformadora hacia el mejoramiento de todos los miembros de la organización (4).

Hoy en día brindar un servicio de calidad es la meta de todas las instituciones de salud para

llegar a la acreditación, pero es una tarea que requiere trabajo constante, convicción y cultura que desde la alta dirección de las entidades de salud evidencie un direccionamiento estratégico enfocado en lo humano. Es por lo anteriormente descrito que uno de los estándares para la acreditación en salud es el cuidado humanizado. Documentos como el manual general de enfermería describen: "Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo" (5).

Las estrategias lúdicas son metodologías de enseñanza de carácter participativo y dialógico que se pueden aprovechar como fuentes de recursos estratégicos ya que ofrecen numerosas ventajas en el proceso de enseñanza. El concepto de lúdica es algo muy complejo puesto que hace referencia a la necesidad de comunicarse, de sentir, de expresar una serie de emociones orientadas para el entretenimiento y la diversión favoreciendo a la regulación de dichos sentimientos que en casos específicos de hospitalización imposibilitan que el niño y la niña logre asumir la enfermedad y recuperarse satisfactoriamente (6).

Los resultados de nuevos conocimientos planteados por la presente investigación de relación son el diseño de estrategias de cuidado humanizado con orientación lúdica en pacientes pediátricos que a su vez genera beneficios para los padres, cuidadores, el paciente que participa en el estudio y el personal de salud, brindando nuevas oportunidades para la atención y la asistencia creativa, contribución que se espera responderá no solo a mejorar la atención de salud en la población participante, más allá de la visión científica basada en un cuidado holístico que sea centrado en la persona y los agentes de salud, en este caso enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar las percepciones de padres y cuidadores de pacientes pediátricos, sobre el cuidado humanizado de enfermería, antes y después del desarrollo de una estrategia de cuidado con orientación lúdica en los servicios de pediatría de en un grupo de intervención de una IPS pública y en un grupo control de una IPS privada.

Objetivos Específicos

*Clasificar socio demográficamente la población objeto de estudio

*Establecer las cualidades del hacer de enfermería percibidas por padres y cuidadores en el grupo de intervención y en el grupo control.

*Identificar la percepción de padres y cuidadores sobre la apertura a la comunicación por parte del personal de enfermería en el grupo de intervención y en el grupo control.

*Identificar la percepción de padres y cuidadores sobre la disposición para la atención del personal de enfermería en el grupo de intervención y en el grupo control. Identificar la Percepción de padres y cuidadores sobre el apoyo emocional y físico brindado a los niños con orientación lúdica en el grupo de intervención y en el grupo control.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio tiene un paradigma de abordaje positivista, enfoque cuantitativo, corriente epistemológico empírico-analítico, es de carácter cuasi-experimental, método expo facto conformado por dos muestras; grupo de intervención y grupo control.

La población objeto estudio estuvo conformada por los padres y cuidadores de niños que estuvieron hospitalizados en los servicios de pediatría de la IPS publica ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) y la IPS privada Clínica Medical Duarte (CMD), en el periodo comprendido por el primer semestre del 2017, para poder realizarse la intervención se realizó un muestreo por conveniencia; la muestra total fue de 50 pacientes pediátricos, distribuidos de la siguiente manera: Grupo de intervención: 30 pacientes y sus cuidadores del servicio de pediatría de la ESE HUEM, Grupo control: 20 pacientes y sus cuidadores ubicados en el servicio

de pediatría de la CMD.

Se aplicaron dos instrumentos tipo encuesta el primero denominado "Percepción de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)" tercera versión, y el segundo "Percepción del cuidado de enfermería con orientación lúdica." (Elaboración propia), que fueron procesados por la base de datos SPSS 23.

RESULTADOS

Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)

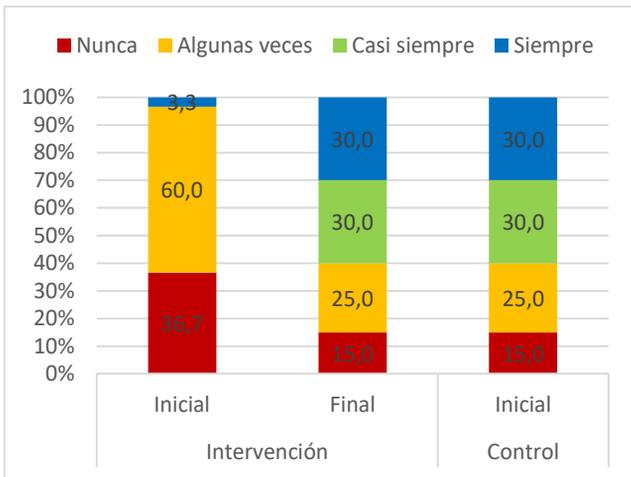
Para evaluar la percepción de los padres y cuidadores se aplicó la escala PCHE en su tercera revisión el cual cuenta con tres categorías: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera-paciente, y disposición para la atención; este instrumento fue aplicado en dos momentos para el grupo intervenido y en el momento inicial para el grupo control. Es por esto que se deben relacionar las variables y aplicar pruebas paramétricas que nos den valores estadísticos y verídicos.

Al comparar los resultados de las puntuaciones observadas en la valoración inicial entre grupos, se logró determinar que el grupo control obtuvo promedios entre dimensiones y para la escala PCHE a nivel general, significativamente mayores que el grupo intervenido ($p < 0,05$); mientras que al interior del grupo intervenido, entre mediciones inicial y final, se logró establecer un cambio positivo y estadísticamente significativo luego de la intervención ($p < 0,01$); es decir, que la percepción de padres y cuidadores mejoró significativamente después de desarrollar la estrategia de cuidado con orientación lúdica en los servicios de pediatría en sus hijos.

Al establecer si las variables del instrumento daban en su conjunto respuesta a la pregunta de investigación y absolvían el objetivo general se obtuvo que la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería antes de la intervención con la estrategia lúdica era nula en el 36.7% o percibida algunas veces en el 60% de los padres y cuidadores de menores del grupo intervenido, proporciones que en el grupo control fueron 15% y 25% respectivamente.

Posterior a la intervención, la percepción de los padres y cuidadores del grupo intervenido mejoró de manera significativa, observándose que para el 30% casi siempre percibió el cuidado humanizado del personal de enfermería en sus hijos(a), mientras que igual proporción lo percibió durante todo momento durante la estancia de su hijo al interior de la institución (Ver grafica 1).

Figura 1: Clasificación del nivel de percepción de cuidado humanizado de enfermería entre mediciones a nivel general.



Fuente: sobre la base software SPSS23

Percepción del cuidado de enfermería con orientación lúdica

Respecto al instrumento desarrollado por el grupo investigador, el cual consta de 8 ítems, la puntuación máxima posible era 32, para clasificar en la escala de Likert como siempre.

Al comparar los resultados de las puntuaciones observadas en la valoración inicial entre grupos, se logró determinar que el grupo intervenido a diferencia que en la medición con el instrumento PCHE, obtuvo un promedio general para el instrumento “percepción del cuidado de enfermería con orientación lúdica, significativamente mayores que el grupo control ($p < 0,05$) (Ver tabla 1).

Tabla 1: Prueba U de Mann Whitney para comparación entre grupos de las puntuaciones observadas en la valoración inicial para el instrumento “percepción del cuidado de enfermería con orientación lúdica”.

Medición	Dimensión	Grupo	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	valor p
Inicial	Puntuación General	Intervención	30	31,0	930,0	135,0	0,001
		Control	20	17,3	345,0		

Fuente: sobre la base software SPSS23)

Al comparar los resultados al interior del grupo intervenido entre mediciones inicial y final, se observó un cambio positivo y estadísticamente significativo entre puntuaciones luego de la intervención ($p < 0,01$); es decir, que la percepción de padres y cuidadores mejoró significativamente después de desarrollar la estrategia de cuidado con orientación lúdica en los servicios de pediatría en sus hijos, con lo cual también se da respuesta a la pregunta de investigación planteada en el problema de estudio (Ver tabla 2).

Tabla 2: Prueba U de Mann Whitney para comparación al interior del grupo intervenido entre las puntuaciones observadas en la valoración inicial y final para el instrumento “percepción del cuidado de enfermería con orientación lúdica”

Grupo	Dimensión	Medición	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	valor p
Intervención	Puntuación General	Inicial	30	16	488	23	0,001
		Final	30	45	1342		

Fuente: sobre la base software SPSS23

Para integrar la teoría de Jean Watson del cuidado humanizado con la presente investigación se realizó una triangulación donde se tomaron como referencia los factores curativos de esta teoría, las categorías de los instrumentos que se aplicaron y los resultados que arrojaron.

CONCLUSIÓN

Se evaluó la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería por parte de los padres y cuidadores de los pacientes pediátricos, en el comportamiento del grupo de intervención durante la medición inicial fue que algunas veces percibieron el cuidado humanizado, mientras que el grupo control tenía una diferencia significativa puesto que siempre y casi siempre percibían un cuidado humanizado con lo cual se infiere que para este grupo no existe una diferencia entre la atención amable dada por el personal frente a las acciones de cuidado humanizado más específicas, cabe resaltar que se debe considerar que la población de este grupo es más reducida y así mismo una entidad privada; posterior al desarrollo de la estrategia de cuidado con orientación lúdica en el grupo intervención los padres y cuidadores de los pacientes pediátricos mejoraron de manera positiva y significativa debido aumentaron su percepción del cuidado humanizado a los rangos de siempre y casi siempre; por lo cual se puede inferir que el desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdico contribuye a mejorar el servicio y la IPS aumentando la percepción en la calidad de atención enfocándose en la humanización, fortaleciendo la política de humanización en esta institución.

En relación al instrumento de diseño propio se evidencia que el apoyo emocional y físico brindado a los niños con orientación lúdica, en medición inicial mantenían diferencias significativas el grupo de intervención con el grupo control, debido a que el grupo de intervención mantenía una percepción más alta del cuidado con orientación lúdica, sin embargo los padres y cuidadores del grupo intervención percibían algunas veces el cuidado humanizado con orientación lúdica; mientras que al comparar la medición inicial y la final del grupo de intervención se evidencio un cambio positivo y significativo, percibiendo siempre el cuidado con orientación lúdica; lo cual demuestra y evidencia que el desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica cambia la percepción tanto del niño como del padre a la hora de dar el cuidado.

Esta dimensión fue una de las mejor ponderadas y la que demostró mejores resultados, los niños a la hora de administrar los medicamentos o realizar algún procedimiento se dejaban y no era tan traumático para ellos mostraban más tranquilidad y sus padres manifestaban agradecimiento; cuando se realizaban las diferentes intervenciones a medida que se iba avanzando los niños se mostraban más atentos, participativos con más emoción, y al mismo tiempo se iba integrando a sus padres y cuidadores; por lo tanto se puede evidenciar que estas estrategias contribuyen a la acreditación de la ESE HUEM, puesto que trabajan uno de los ejes principales del ministerio de salud como lo es el cuidado humanizado con estrategias de orientación lúdica.

Se concluye que el modelo teórico propuesto por Jean Watson se aplica plenamente, en sus factores curativos de la ciencia del cuidado, frente a los instrumentos utilizados por los investigadoras, principalmente porque permiten verificar que los factores guardan relación con las dimensiones planteadas y los resultados obtenidos demuestran una mejor comprensión por parte del personal de enfermería hacia el paciente concibiéndolo como "un ser en el mundo" que además de sentimientos requiere de una expresión del cuidado más auténtica, que tenga en cuenta su situación y que le valore como persona en su expresión más humana, el acercamiento evidenciado durante las actividades lúdicas del personal en el grupo de intervención dan cuenta de este factor transformador en la forma de brindar cuidado de enfermería.

Al final las tres premisas de la teoría se observaron reflejadas en el hacer del personal con el cual se interactuó: El cuidado de Enfermería ha existido en todas las sociedades, comprensión entre la enfermera-persona y paciente-persona, El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se relacionan con la grandeza y eficacia del cuidado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Oliveros M, Chirinos J. Dilema ético: ¿Limitación del esfuerzo terapéutico, eutanasia pasiva o ensañamiento terapéutico en problemas neonatales? Rev Peru Pediatr [Internet]. 2012 [Consultado el 27 de mayo de 2017]; 65(2):101-105. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003
2. Herrera-Silva JC, Treviño-Moore A, Guzmán-Rentería M, Acosta-Corona CG. Maltrato hospitalario a escolares y adolescentes con padecimientos crónicos. Bol Med Hosp Infant Mex. [Internet]. 2006 [Consultado el 27 de mayo de 2017]; 63(2):94-106. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200004
3. División de enfermería hospital de clínicas. Manual de enfermería. Uruguay. [Internet]. 2009 [Consultado el 29 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacion_del_cuidado.pdf
4. Pérez F, Pérez F, Yanes D. Bioética y enfermería. Rev. Medicentro. [Internet]. 2004 [Consultado el 29 de abril de 2017]; 8(1). Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1082/1091>
5. Escuela de Salud. Humanización de Servicios de Salud. Colombia. [Internet]. 2015 [Consultado el 29 de abril de 2017]. Disponible en: <https://politecnicodecolombia.edu.co/diplomados-virtuales-gratis/diplomado-virtual-escuela-de-salud/curso-diplomado-humanizacion-de-servicios-de-salud.html>
6. Serrada M. integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. Educere [Internet]. 2007 [Consultado el 29 de abril de 2017]; 11(39):639-646. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35603908.pdf>

Experiencia de la Enfermera(o) del cuidado neonatal en los límites de viabilidad

María Cristina Blanco-Fuentes ¹

¹ Enfermera. Magister en enfermería Maternoperinatal. Docente Universidad de Pamplona. E-mail: cristi.007@hotmail.com

Resumen

La Enfermería actualmente considerada como una disciplina que se desenvuelve e interviene en todas las fases del ciclo vital, tiene profundas raíces humanistas y responsabilidad en el cuidado del ser humano, donde identifica las necesidades y plantea intervenciones de acuerdo al cuadro clínico del neonato. El objetivo del presente estudio fue describir la experiencia que tiene el profesional de enfermería del cuidado neonatal ante los límites de viabilidad en los recién nacidos hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de la ciudad de Cúcuta. Se pretendió llegar al objetivo a través de un abordaje cualitativo con diseño fenomenológico. El proceso de análisis de los datos se basó en la Teoría Fundamentada, basado en la inducción analítica partió de un conjunto de datos cualitativos que tuvo como características la densidad y profundidad, en este caso los datos estuvieron representados por información suministrada en las entrevistas a profundidad realizadas a las enfermeras de la UCIN, en total fueron 9 enfermeras, 19 entrevistas, con un promedio de 8 horas, 12 minutos y 48 segundos de grabación. La experiencia de los profesionales de enfermería en aspectos relacionados con el cuidado en neonatos con límites de viabilidad, tuvo diversidad de expresiones que emergieron de su actuación profesional e interacción personal con elementos y entidades del contexto laboral. Entre estos aspectos destacan características de la personalidad, otros en el ámbito profesional y otros en el aspecto emocional, considerados como componentes fundamentales para comprender su rol profesional y humano en el campo de la enfermería.

Palabras Clave: Enfermería, Cuidado Intensivo Neonatal, Viabilidad fetal.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería como disciplina profesional en la tarea de llenarse de razones que surjan del conocimiento derivado del método científico y teniendo en cuenta que este crecimiento redundará en el estudio de la misma, el cuidado en pro de la atención de las

respuestas humanas del paciente, la familia y su grupo social, tiene en el escenario de las unidades de cuidado intensivo neonatal retos que comprenden además de fortalecer el conocimiento en lo relativo al cuidado del recién nacido acompañado de sus cuidadores, la atención de fenómenos que tienen que ver con el cuidado al final de la vida y el ofrecimiento de las mejores condiciones para el

bienestar del recién nacido y su familia ante la toma de decisiones en los límites de viabilidad.

La neonatología, considerada como una especialidad relativamente joven, ha experimentado un rápido desarrollo tanto del conocimiento científico como tecnológico, en el que las reflexiones de tipo ético, por parte de los profesionales de la salud, son una constante en el trabajo diario, originadas por situaciones particulares, tales como, la accesibilidad a las técnicas de reproducción asistida, el nacimiento resultado de una urgencia vital en algunas ocasiones, la supervivencia a serias complicaciones perinatales, el hecho de que el recién nacido en aquellos casos en que los padres por situaciones adversas no están presentes tenga como figura obligada de tutor a los profesionales de la salud, quienes a su vez a menudo están inmersos en dilemas derivados de contradicciones relacionadas con la experticia, tiempo de servicio, convicciones religiosas o derivadas de su grupo cultural, valores personales y la regencia constante de principios éticos como la beneficencia, la autonomía y la justicia en el actuar profesional (1).

Del profesional de enfermería se espera que en el escenario de cuidado neonatal ejerza la abogacía como cuidador y mediador entre la relación con los padres y demás miembros del equipo de salud a cargo de la atención de los neonatos hospitalizados, en este sentido, se enfrenta a dilemas dados por la responsabilidad que tienen ante sus pacientes y los padres en situaciones consideradas medicamente como “límites de viabilidad” (1). Si el actuar profesional es direccionado por los valores y las virtudes que se tienen como ser humano, se llega a un gran interrogante sobre el cuál se basa el presente estudio y es cuál ha sido la experiencia para las enfermeras(os) del cuidado de enfermería neonatal ante los límites de viabilidad.

Los conceptos definidos para el estudio, entre ellos, la experiencia, la enfermería neonatal y los límites de viabilidad, parten de referentes teóricos de la ciencia de enfermería teniendo en cuenta la importancia y el significado que tiene el cuidado de enfermería en aquellas situaciones donde se presentan decisiones relacionadas con la culminación o terminación del tratamiento, que pueden repercutir

significativamente en la integridad emocional y personal de los profesionales que brindan el cuidado.

De esta manera el referente teórico de este estudio se basó en la teoría del cuidado humano descrita por Jean Watson, quien ofrece un aporte significativo a través del planteamiento de una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la experiencia de la enfermera(o) del cuidado neonatal ante los límites de viabilidad?

OBJETIVO

Describir la experiencia del profesional de enfermería en el cuidado neonatal ante los límites de viabilidad.

JUSTIFICACIÓN

Los adelantos tecnológicos y terapéuticos en las UCIN en las últimas tres décadas junto con la cualificación del recurso humano han evolucionado vertiginosamente llevando hoy en día a incrementar la supervivencia de neonatos en situaciones extremas. Aquellas unidades con grandes incubadoras silenciosas y con poco movimiento, en los últimos treinta años se han transformado en salas dinámicas, con sofisticadas incubadoras que con mayor frecuencia son ocupadas por neonatos prematuros extremos, con ventiladores, monitores, bombas de infusión, equipos de ultrasonografía y gasómetros de alta tecnología, y el uso de farmacoterapia de última generación, lo que hace que estos escenarios requieran de la participación de múltiples profesiones para la atención de los pacientes, y es la enfermera como miembro del equipo de salud quien ocupa una posición privilegiada por su permanencia y presencia con el neonato y la familia las 24 horas del día y los 365 días del año, ello le permite poner a la orden de los sujetos de cuidado no solamente su pericia y conocimiento sino esos comportamientos que caracterizan el cuidado humano.

Las situaciones de cuidado en la UCIN se caracterizan como en otros escenarios en que el ser cuidado (paciente y su familia) y el cuidador llevan consigo una historia amplia y exclusiva, cada enfermera aporta en la situación un conjunto individual de variables que afectan la interacción, pero a pesar de ello su principal preocupación ha de ser el bienestar del neonato y su familia, la identificación de las necesidades de cuidado, la planificación de un cuidado integral y humanizado.

El presente estudio pretendió describir la experiencia de las enfermeras frente al cuidado brindado a aquellos neonatos con límites de viabilidad según las decisiones médicas tomadas en las UCIN, lo que sin duda permite garantizar a los sujetos involucrados en las situaciones de cuidado ser cuidado (neonato y familia) y cuidador (enfermera (o)) un cuidado basado en las necesidades reales y revestido de las características de un cuidado humano descritas en la literatura propia de la disciplina.

Este estudio permitirá a su vez que el profesional de enfermería se apropie de su experiencia, conocer acerca de sus comportamientos puestos en juego en situaciones límite, y entender su vulnerabilidad como persona cuando cuida a un recién nacido al límite de viabilidad, además de reconocer su papel protagónico en estas situaciones guiado no solamente por el cumplimiento de las prescripciones de orden médico, sino de promoción de una asistencia caracterizada por el arte y la ética embebida de responsabilidad, justicia, beneficencia, en la que se respeten decisiones de los padres y se tengan en cuenta los criterios de terminalidad.

Las instituciones de salud que cuentan con UCIN tendrán una información actualizada acerca de la experiencia que tiene para el grupo de enfermería el cuidado brindado en situaciones tan álgidas como son los límites de viabilidad en pequeños atendidos allí, permitiendo de esta manera establecer intervenciones a nivel multidisciplinario, garantizar la integración de los diferentes grupos de apoyo multidisciplinario.

Los aportes a la docencia se basan en el fortalecimiento del conocimiento ético para el abordaje en los diferentes programas académicos, a partir de resultados de investigación, lo que

contribuirá a generar en el estudiante el interés hacia el estudio y la investigación de este tipo de fenómenos. Además, permitirá fortalecer en su pensum académico las áreas de neonatología, pediatría y aquellas de fundamentos, donde se incluyen los primeros conceptos y bases del cuidado de enfermería; garantizando la formación de profesionales no sólo con fundamentación científica sino además con una gran calidad humana, teniendo claro el significado del cuidado, considerado como el pilar y misión fundamental del papel de enfermería en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.

MARCO DEL DISEÑO

Tipo de Estudio

El diseño del estudio fue de naturaleza cualitativa y se corresponde con el enfoque de la fenomenología y del interaccionismo simbólico (Blumer (1992). Se ha elegido como estrategia central del análisis la Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002).

Se partió de los fundamentos epistemológicos y metodológicos planteados desde la Fenomenología y su vinculación con el Interaccionismo Simbólico (Crotty, 1998), en el que se busca interpretar teóricamente los significados que las enfermeras le atribuyen al hecho de cuidar a un recién nacido que se encuentra con límites de viabilidad.

Con la fenomenología se reconoce al “ser humano como él existe, como un fenómeno viviente, actuante, que siente y piensa, buscando no sólo entender su condición humana en una situación concreta, y en los momentos vividos dentro de ésta, sino sus respuestas a estos momentos” (2).

Procedimiento

Una descripción por fases de la ejecución del proyecto, implicó en líneas generales lo siguiente:

- Preparación, elaboración y presentación del protocolo de investigación para aval del Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

- Presentación del protocolo de investigación ante los Comités de investigación de las instituciones: Hospital Universitario Erasmo Meoz, Clínica Santa Ana y Clínica San José.

- Se realizó la inmersión al campo definida como la primera aproximación al contexto de la investigación con los objetivos de: 1. Conocer el contexto de los informantes claves, previa autorización y coordinación con quien corresponda en la institución. 2. Realizar la entrevista de inmersión con el fin de perfeccionar las preguntas orientadoras y la técnica de entrevista del investigador. 3. Realizar observación y presentar e informar el objetivo de la entrevista. La observación del contexto en este caso enfatiza en la interacción entre las enfermeras con el neonato y su familia, y el resto de personas que se encuentren en el servicio, y del comportamiento de las mismas frente a la situación objeto de estudio.

- Selección de los informantes clave.
- Diseño y validación del protocolo de entrevistas.
- Aplicación de las entrevistas.
- Digitalización y depuración de las entrevistas.
- Recolección y análisis de la información.
- Contrastación teórica y conclusiones.

Procedimiento y análisis de los datos

El proceso de análisis de los datos se basó en la Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002). Este proceso basado en la Inducción Analítica (Taylor y Bodgan, 1992) parte de un conjunto de datos cualitativos que tiene como características principales la densidad y profundidad, en este caso los datos están representados por las entrevistas realizadas a las profesionales en enfermería. Durante la realización de cada entrevista se cuidaron los estándares éticos (confidencialidad, anonimato y validación de la información suministrada) y se procedió al registro textual de cada una de ellas.

El conjunto de entrevistas fue asignado a una Unidad Hermenéutica (Tipo de archivo particular del programa Atlas/Ti versión 7.2) y se procedió a su análisis. De acuerdo con Strauss y Corbin (2002) los elementos básicos del análisis en la Teoría

fundamentada son: la codificación teórica, la comparación constante y el muestreo teórico. Una vez finalizado el proceso de codificación, se realiza una depuración de los códigos fusionando aquellos que resultan redundantes o que pueden eliminarse por no resultar pertinentes o no representar alguna propiedad o concepto. Ya depurada la lista de códigos se procede al siguiente nivel de codificación denominado Codificación Axial, este proceso permite organizar los códigos obtenidos en categorías conceptuales que representan las bases del análisis.

El producto de este procedimiento es el sistema de categorías emergentes (SCE) que representa la organización conceptual y teórica del análisis y se procede a su diagramación en el programa por medio de familias o categorías. La organización conceptual de acuerdo con Strauss y Corbin (2002) sigue un proceso inductivo que varía en nivel de abstracción, representando en primer lugar las dimensiones conjunto de códigos (las subcategorías), (conjunto de dimensiones) y categorías (conjunto de subcategorías).

El tercer nivel de codificación es la codificación selectiva, en ella se busca consolidar los conceptos obtenidos en busca de la teorización de los hallazgos en contraste con la literatura científica que sustenta el estudio. Se obtienen así los constructos replicados o dimensiones emergentes que dan sentido y orientan la descripción y estudio del tema abordado. La figura 3-3 ilustra la relación entre dimensiones, y subcategorías del estudio.

Los argumentos dados por los informantes a través de las entrevistas, fueron transcritos y tratados como datos cualitativos de naturaleza textual. La técnica de análisis empleada se denomina codificación teórica (Strauss y Corbin, 2002; Flick, 2004) que facilitó el tratamiento de modo sistemático del desarrollo y refinamiento de las interpretaciones de los datos cualitativos (textos, imágenes) comúnmente está técnica es empleada dentro del contexto de la Teoría fundamentada con el fin de “hacer emerger” teoría y relaciones desde los datos. De acuerdo con Flick (2004) el proceso de codificación teórica abarca tres tipos: abierta, axial y selectiva.

RESULTADOS

Tabla 1: Categoría 1: Perfil de Personalidad del profesional de enfermería

Código	Dimensión	Subcategoría	Categorías
Ambivalencia	Conflicto cognitivo	Conflictos Conductuales	Perfil de personalidad profesional de enfermería
Incertidumbre			
Desorientada			
Deshumanización	Conflicto emocional		
Negación			
Resignación			
Comportamiento ético	Conflicto ético		
Dilema			
Amor por la profesión	Profesionales	Sistema de Valores	
Compañerismo			
Trascendencia			
Valentía	Universales		
Valor por la vida			
Gratitud			
Igualdad	Religiosos		
Creencia en Dios			
Referencia divina			

Fuente: Proceso de análisis de datos.

La subcategoría conflictos conductuales emerge de las dimensiones relacionadas con el conflicto cognitivo que se expresa como ambivalencia, incertidumbre y desorientación, el conflicto emocional descrito a partir de aspectos como la deshumanización, la negación a la experiencia vivida y la resignación, que conllevan a sentimientos encontrados en el actuar profesional y el conflicto ético que surge de los códigos dilema y comportamiento ético. Con énfasis en los aspectos que motivan y direccionan el quehacer de enfermería, el actuar en el cuidado dirigido al paciente, con el fin de garantizar el bienestar del neonato en límites de viabilidad.

Vale la pena recordar el concepto básico de conducta,

como aquella manera en la que una persona se comporta ante una situación específica, al relacionar esta con la subcategoría planteada, se determina que son aquellas situaciones adversas o contrarias a las que normalmente se espera en este tipo de pacientes, como son los neonatos, donde la esperanza, el anhelo, la alegría y la motivación se modifican totalmente, dando origen a sensaciones y sentimientos contrarios.

Tabla 2: Categoría 2: Perfil Profesional.

Código	Dimensión	Subcategoría	Categorías
Experiencias previas	Situaciones de aprendizaje	Conocimientos profesionales	Perfil Profesional
Formación académica			
Toma de decisión			
Cuidados paliativos	Conocimientos técnicos		
Cuadro clínico			
Intervención de enfermería			
Apoyo en el duelo	Cuidado Afectivo		
Comunicación con los familiares			
Sensibilización con la enfermedad			
Ambiente Ruidoso	Ambiente de trabajo	Contexto laboral	
Confort			
Disconfort			
Limitación del Sistema de salud	Limitaciones		
Limitación del servicio			

Teniendo en cuenta lo descrito por Watson a través de su teoría del cuidado humano, es importante resaltar algunos aspectos como la relación terapéutica que se establece entre los seres humanos, donde la enfermera antes de ser profesional es un ser humano, y es por ello, que no sería indiferente encontrar estas expresiones en ellas, y más aún al vivenciar este tipo de experiencias que de una u otra manera pueden trascender en su ser como persona.

Según los aportes dados en los diferentes estudios se deduce la importancia que dan los profesionales del equipo de salud especialmente enfermería a la atención de las necesidades del neonato enfermo y su familia como sujetos de cuidado. Además, emergen expectativas en los profesionales frente al cuidar al neonato en situaciones críticas, deseo que se ve obstaculizado por cuestiones de orden administrativo que no dan espacio al cuidado directo, aparece la incertidumbre derivada del hecho de cuidar un recién nacido críticamente enfermo o al límite de la viabilidad, y otro aspecto que se comparte es la necesidad sentida de educación continua para facilitarle al profesional el afrontar y enfrentar este tipo de situaciones.

La naturaleza de los conocimientos técnicos es muy variada y destacan principalmente los procedimientos de intervención en enfermería, los cuidados paliativos y la identificación de un cuadro clínico en los pacientes. La dimensión del cuidado afectivo constituye un hito emergente en el conjunto de conocimientos profesionales, pues más allá del cuidado del paciente, el profesional tiene que lidiar con los padres y familiares. Un primer aspecto a resaltar es el hecho comunicativo, el saber transmitir un mensaje asertivo que contenga la información necesaria para la clara comprensión de la situación crítica del paciente y que simultáneamente pueda entenderse la gravedad de la misma. Los profesionales optan por comunicar acerca del cuadro clínico y adicionalmente dar un mensaje de aliento, esperanza o resignación.

La principal reacción negativa está relacionada con el destino prácticamente incierto de los pacientes, los profesionales saben que en pocas ocasiones se llega a un feliz término con los pacientes. Este hecho sin duda va acompañado por sentimientos de dolor y de tristeza, sentimientos encontrados a los cuales no permanecen ajenos los profesionales del área. Resulta lógico que el estado de ánimo experimentado por los profesionales se vea afectado por el peso de las emociones y sentimientos negativos. Destaca en este elemento principalmente los sentimientos de frustración e impotencia, el hecho de recibir a pacientes tan cuadros clínicos tan cerrados y comprometidos en los usualmente no pueden hacer mucho, más que seguir instrucciones y dar consuelo a padres y familiares.

Además, en esta categoría se estacan principalmente las relacionadas con la soledad y amenaza a la integridad humana y profesional de los informantes. La experimentación a través de los sentidos de las situaciones vividas a diario en su interacción con los estímulos recibidos directamente de su entorno laboral, pueden ser comprendidas como reacciones que reflejan el comportamiento y el estado emocional del profesional. Ante las experiencias vividas destaca en un primer plano

una sensación de aislamiento o soledad, en muchos casos, voluntaria, al plantearse un distanciamiento ante la situación vivida por el paciente y sus familiares.

Tabla 3: Categoría 3: perfil emocional

Códigos	Dimensiones	Subcategorías	Categoría
Satisfacción	Emociones Positivas	Emociones experimentadas	Perfil Emocional
Esperanza			
Expectativa			
Tranquilidad			
Decepción	Emociones negativas		
Desenlace fatal			
Desesperanza			
Dolor			
Sufrimiento			
Tristeza	Condición anímica		
Frustración		Desgaste emocional	
Impotencia			
Nostalgia			
Ansiedad	Trastornos Psicológicos		
Depresión			
Estrés	Sensación de soledad		
Vacío		Sensaciones experimentadas	
Agonía			
Distanciamiento			
Vulnerabilidad			Sensación de amenaza
Sentimientos frente a la procreación			
Angustia			
Timidez			

Fuente: Proceso de análisis de datos.

Además, en esta categoría se estacan principalmente las relacionadas con la soledad y amenaza a la integridad humana y profesional de los informantes. La experimentación a través de los sentidos de las situaciones vividas a diario en su interacción con los estímulos recibidos directamente de su entorno laboral, pueden ser comprendidas como reacciones que reflejan el comportamiento y el estado emocional del profesional. Ante las experiencias vividas destaca en un primer plano una sensación de aislamiento o soledad, en muchos casos, voluntaria, al plantearse un distanciamiento ante la situación vivida por el paciente y sus familiares.

CONCLUSIONES

La experiencia de los profesionales de enfermería en aspectos relacionados con el cuidado en neonatos con límites de viabilidad, tuvo diversidad de expresiones que emergieron de su actuación profesional e interacción personal con elementos y entidades del contexto laboral. Entre estos aspectos destacan características de la personalidad, otros en el ámbito profesional y otros en el aspecto emocional, considerados como componentes fundamentales para comprender su rol profesional y humano en el campo de la enfermería.

La personalidad de los profesionales de enfermería que tienen la experiencia de cuidado al neonato en límites de viabilidad, se percibe especialmente afectada por un conjunto de conflictos conductuales que se derivan de su interacción con la familia, el personal médico, el contexto del trabajo y por supuesto con la realidad clínica del paciente. Es así como conflictos de naturaleza cognitiva como la ambivalencia, incertidumbre o desorientación para actuar, se reflejan en la acción profesional, mostrando episodios de desconexión de la realidad ante la conjunción de la complejidad de estas variables. Vale la pena resaltar aspectos descritos por Watson en su teoría, donde afirma que las profesiones sanitarias y en particular la enfermería, son quienes hacen más esfuerzo en su quehacer, donde el cuidado incluye no sólo prácticas individuales sino además colectivas, y estas prácticas de cierta manera llegarán a ser transcendentales en su manera de brindar un cuidado.

Por otra parte, el arraigo primitivo a reacciones que denotan una condición de emotividad negativa ante la complejidad de los cuadros clínicos y ante un inminente “desenlace fatal”, destacan una emoción primaria asociada al miedo y manifestada mediante una actitud de “negación” ante la realidad experimentada, esta actitud se acompaña de mecanismos de afrontamiento positivos como la “resignación”, o por otros más cuestionables desde el punto de vista del comportamiento ético como lo es la “deshumanización”, aspecto que se debe mitigar y porque no, erradicar de todo lo que tiene que ver con el cuidado de enfermería.

Una consecuencia ética es de esperar en este sentido, pues a partir de las tensiones experimentadas durante sus vivencias en los sitios de trabajo, surgen reflexiones acerca de cómo actuar, que conducen a dilemas éticos de su rol profesional en donde se cuestiona su recto proceder en cada una de las funciones profesionales. Este enfrentamiento constante entre la referencia a valores básicos universales como el derecho a la vida o a una muerte digna, forma parte de la cotidianidad que el profesional enfrenta.

La referencia a lo divino constituye una válvula de escape del profesional ante las tensiones vividas por lo complejo de la dinámica social y clínica de familiares y pacientes, surge así un sentimiento de resignación descargado en la voluntad de Dios ante el desenlace de la situación del paciente, a pesar del esfuerzo del equipo profesional que lo atiende. Se evidencia una conexión teórica de los hallazgos encontrados en este sentido con las diferentes fuentes de literatura académica que soportan la profesión de enfermería en la actualidad, donde es relevante la evolución espiritual que surge tanto en el paciente como en la enfermera ante la experiencia de cuidado, los cuales

han sido opacados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico que se tiene hoy en día; es por ello que Watson describe la importancia de la incorporación de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, como uno de los mecanismos asertivos en la experiencia de cuidar.

En cuanto al perfil del profesional de enfermería se destacan el conjunto de conocimientos que moldearon su aprendizaje, bien sea a través de su educación formal en la universidad o programas de actualización, la experiencia previa como enfermeras intensivistas o en Unidades de Cuidados Intensivos, en la participación directa o en el análisis de casos, en los que se involucran procesos de toma de decisiones en correspondencia con la realidad de los pacientes en límites de viabilidad.

Por otra parte, destacan los conocimientos centrados en el paciente y en su propia realidad clínica, a través de la aplicación de técnicas y procedimientos que controlan su agonía, reduciendo su dolor y estabilizando su situación, estos cuidados, aunque centrados en el paciente, son compartidos y socializados con los familiares que necesitan un apoyo emocional que minimice su angustia y que en muchos casos le consuele ante una pérdida inminente. Watson describe que el profesional de enfermería debe mezclar una serie de valores, entre ellos, el conocimiento científico que guía la acción de enfermería, pero que no se debe olvidar que estos por sí solo, no ayudarán a la relación con otros.

El perfil emocional del profesional de enfermería se muestra con mayor contundencia en relación a su personalidad y profesionalidad, se destacan una intensidad de emociones derivadas de la dinámica diaria en interacción con neonatos al límite de viabilidad y sus familias. Las emociones más referidas son la satisfacción con el deber cumplido, la esperanza, las expectativas positivas y la tranquilidad al final de la jornada y vuelta a casa, es decir, a pesar de la dinámica compleja que afecta su vida emocional, el profesional se desconecta al salir del área de trabajo lleno de regocijo y paz interior por el deber cumplido.

Pero por otra parte surgen otro tipo de emociones como el “dolor emocional”, ante una situación de impotencia, decepción con los resultados inminentes, desesperanza frente a un desenlace fatal inevitable, el sufrimiento y tristeza por la pérdida de una vida que apenas inicia y por el sufrimiento de los padres y familia. Esta situación de intensidad emocional lleva a un desgaste que afecta la condición anímica de los profesionales y que se caracteriza por sentimientos constantes de frustración, cuestionamiento, impotencia y nostalgia ante lo vivido.

En consecuencia, el profesional se torna vulnerable a la afección de su salud mental, reflejando clásicas psicopatologías relacionadas con la experimentación de bajos niveles de ansiedad y depresión, y más acentuados de estrés asociados con su actividad laboral. Esta condición de emocionalidad también se ve reflejada en la dimensión de sensaciones vividas por los profesionales, en los que en su propia dinámica diaria de trabajo, se sienten distanciados, vacíos, agotados, reflejando una soledad en su contexto, aunado a esto se sienten vulnerados y amenazados por su propia dinámica psicológica que los lleva a proyectar la compleja realidad de pacientes y familia a sus propios espacios personales.

RECOMENDACIONES

La experiencia del profesional de enfermería que labora en las UCIN, merece más investigaciones que permitan dar a conocer su sentir en este tipo de situaciones álgidas para las mismas, donde a partir de dichas experiencias se tomen medidas para bridar algún tipo de apoyo emocional a estos profesionales y padres de menores en estas situaciones, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Desde los programas de formación académica de los profesionales de enfermería, se hace necesario incluir y fortalecer contenidos relacionados con el cuidado humanizado y las diferentes estrategias, que permitan abordar y enfrentar situaciones donde se pueden involucrar directamente aspectos muy personales e íntimos, como lo son los sentimientos, valores y emociones.

En la práctica del cuidado de enfermería es necesario no sólo dar importancia a aspectos de tipo biológico o fundamentación científica, sino además, aspectos relacionados con la humanización del cuidado, el sentir el dolor ajeno y garantizar al paciente un bienestar total y pleno, teniendo en cuenta aspectos de contexto, más aún en la población neonatal. Además, vale la pena incentivar el valor que se debe dar a la opinión de los padres como principales representantes a la hora de tomar decisiones relacionadas con el manejo terapéutico y el futuro de su hijo.

Realización de futuros estudios de investigación que brinden un aporte importante al contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, como escenario que influye en la participación para el cuidado.

BIBLIOGRAFIA

1. Falcó Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Rev Enferm Intensiva [Internet] 2009 [acceso 11 de agosto de 2015]; 20(3): 104-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239909725908>
2. De Vos R, Koster R, De Haan R, Oosting H, Van Der Wouw P, Lampe Schoenmaeckers J. In hospital cardiopulmonary resuscitation: prearrest morbidity and outcome. Arch Intern Med. 1999; 156(8): 845-50.

PARTE II PRESENTACIÓN MODALIDAD POSTER



**XI ENCUENTRO
BINACIONAL**
del Cuidado de
Enfermería

Prácticas culturales de cuidado de indígenas que viven en el resguardo zenú Córdoba- Colombia

Claudia Patricia Ramos-Lafont¹
Javier Alonso Bula-Romero²
Irina Maudith Campos-Casarrubia³

¹ Facultad ciencias de la Salud, Docente de Enfermería Área clínica. Universidad de Córdoba. E-mail: cpramos@correo.unicordoba.edu.co

² Facultad ciencias de la Salud, Docente de Enfermería Área clínica. Universidad de Córdoba. E-mail: javierbula@correo.unicordoba.edu.co

³ Facultad ciencias de la Salud, Docente de Enfermería Área clínica. Universidad de Córdoba. E-mail: irinacampos@correo.unicordoba.edu.co

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir las prácticas culturales de cuidado de mujeres grávidas indígenas que viven en el resguardo Zenú ubicado en la sabana de Córdoba. La Investigación adoptó un enfoque cualitativo, etnográfico. Fue sustentado en las ideas de Colliere. Las informantes de estudio fueron 10 gestantes indígenas, éstas fueron entrevistadas varias veces hasta alcanzar la saturación teórica de la información; los dominios culturales identificados y el análisis taxonómico de cada uno de ellos permitió realizar un análisis componencial; para este análisis se contrastaron, clasificaron y posteriormente se agruparon dando surgimiento a la siguiente categoría temática; objeto de estudio: la comadrona como personaje de control y atención de la mujer zenú durante el embarazo y el parto. Se encontró que la mujer partera es un símbolo de servicio, por lo que goza de gran reconocimiento y merito por parte de la comunidad, siendo la principal artífice de los momentos trascendentales durante el embarazo y parto, además de cumplir con los cuidados inmediatos del recién nacido de forma tradicional. En esta investigación se concluye que la mujer Zenú tiene sus propios modos de cuidar su embarazo y proteger a su hijo por nacer; confían en los cuidados y la atención que les brindan las comadronas. De igual forma, el cuidado de enfermería que se ofrece a estas mujeres debe hacerse con base al conocimiento de la enfermería transcultural propuesto por Leininger.

Palabras clave: etnoenfermería, cuidado cultural, mujeres embarazadas indígenas, comadronas.

INTRODUCCIÓN

Desde el período prehispanico existió en el hoy departamento de Córdoba la comunidad indígena Zenú . La comunidad cuenta con afiliación al SGSSS, a través de la EPS Indígena MANEXKA, en ella , se

ofrece a las gestantes indígenas atención prenatal, Sin embargo, aunque en la EPS-I cuenta con un médico tradicional, sobanderos y santiguadores, estos han obviado la presencia de las comadronas quienes son las que tradicional y culturalmente brindan el cuidado a la gestante Zenú (1).

En otro estudio realizado, se encontró que la mujer partera es un símbolo de servicio, por lo que goza de gran reconocimiento y mérito por parte de la comunidad, siendo la principal artífice de los momentos trascendentales durante el embarazo y parto, además de cumplir con los cuidados inmediatos del recién nacido de forma tradicional (2).

En lo que se refiere al cuidado de la gestante, se pretende mejorar la calidad de vida y la salud de la madre y del hijo que está por nacer, para lo cual es fundamental su participación y la de su familia en general, al igual que se debe tener en cuenta que las prácticas de cuidado varían de una cultura a otra y de un tiempo cronológico a otro (3).

Algunos de los inconvenientes que han surgido en las comunidades con respecto al cuidado materno y perinatal tienen que ver con los cambios de las costumbres culturales de cuidado, para incluir nuevos hábitos venidos de afuera o de otras culturas (colonización). Esta situación es la que ha generado el conflicto cultural y ha desplazado el modo tradicional como la gente satisfacía sus necesidades y se mantenía en armonía con su medio ambiente, por tanto, han surgido muchos cambios en el cuidado de las gestantes y de los recién nacidos, especialmente en lo que tiene que ver con la alimentación y la estructura familiar (3).

Es evidente la producción de conocimiento que aporta al cuidado cultural de la maternidad en diferentes momentos, pero se hace necesario avanzar en este conocimiento en diferentes grupos de la comunidad y en poblaciones indígenas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Investigación cualitativa, etnográfica, basada en el enfoque de la etnoenfermería propuesto por Leininger (3). Esta investigación trabajó el componente ético, desde el punto de vista de las creencias, alrededor de las prácticas de cuidado que un grupo de gestantes indígenas realizan durante su embarazo, el cual refleja experiencias, creencias y lenguaje desde su cultura.

En total participaron 10 gestantes indígenas de edad cronológica entre los 22 y 35 años, multíparas, con

edades gestacionales ubicadas en el segundo trimestre del embarazo. Las entrevistas se realizaron en los domicilios y la cotidianidad de los participantes, previa autorización de las mismas.

Los dominios culturales emergieron del contenido de las entrevistas con las gestantes indígenas teniendo en cuenta la aplicación de las relaciones semánticas definidas por Spradley (4).

Con los dominios culturales identificados y el análisis taxonómico de cada uno de ellos se procedió a realizar un análisis componencial; para este análisis se contrastaron, clasificaron y posteriormente se agruparon algunos dominios que dieron surgimiento a la siguiente categoría temática: “la comadrona como personaje de control y atención de la mujer zenú durante el embarazo y el parto”.

RESULTADOS

Las prácticas culturales de cuidado identificadas en las gestantes indígenas Zenúes estudiadas evidencian un gran arraigo a las tradiciones y costumbres culturales de la comunidad. Lo que indica la importancia del cuidado cultural y la cultura tal como los define Leininger en su teoría. Para las gestantes indígenas es de suma importancia y confiabilidad la protección que ellas le brindan a su hijo por nacer a través de su manera de cuidarse, así como el cuidado que les ofrecen a ellas las comadronas o parteras de la comunidad.

La mujer Zenú empieza su cuidado tan pronto identifica su embarazo a través de unas características propias del estado que son fiables para ellas. Una vez es identificado el embarazo inician una serie de prácticas de cuidado entre las que sobresalen el alimentarse bien para tener suficiente sangre y que el hijo nazca saludable, evitar hacer oficios pesados para prevenir los abortos y partos prematuros y, como consecuencia, la muerte de su hijo; se soban la barriga con la comadrona para mantener el hijo en su sitio y evitar complicaciones, bañarse temprano para evitar la aparición de la frialdad y sus consecuencias y evitar tener relaciones sexuales para prevenir malformaciones en el hijo por nacer.

De manera general se puede decir que las prácticas culturales que realizan las gestantes se pueden sintetizar con lo que hacen, como lo hacen y las razones para hacerlo como se presentan a continuación.

Tabla 1. Prácticas culturales de las gestantes de la comunidad Zenú

¿QUÉ HACEN?	¿CÓMO LO HACEN?	RAZONES PARA HACERLO
Ir donde la comadrona	Consultarles sus inquietudes Asistir a consulta con la comadrona	Cuando el niño está bajito Sentir dolor en la barriga Para sobarse la barriga Cuando el niño está encajado Para tener el parto normal Para acomodar el bebé Para saber si el niño está Bien Para saber si es niño o niña
		Porque el niño está bajito No poder caminar Desacomodar al niño Dolor en la barriga
1. Sobars e la barriga	Acudiendo a la comadrona	Alzar al bebé y poder descansar y dormir bien Aflojar la barriga Saber que el niño está bien Para suavizar la barriga Para que el niño nazca Normalmente
Aligerar el parto	Hacerse baños de naranja agria Sobarse la barriga con agua de naranja agria Tomar agua de canela	Evitar partos demorados Evitar que el niño se ahogue

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la Categoría temática

El análisis de las categorías desde una perspectiva transcultural muestran las prácticas culturales de cuidado en las gestantes indígenas las cuales están incrustadas en un escenario cultural, compuesto de conocimientos, costumbres, valores, creencias y experiencias que son propias de su entorno social y cultural de la indígena Zenú, en especial de las madres, abuelas y suegras, quienes preservan y transmiten las prácticas de cuidado a la mujer gestante para la protección de sí misma y la de su hijo por nacer.

La comadrona como personaje de control y atención de la mujer zenú durante el embarazo y el parto

Se le da el nombre de comadronas a las mujeres encargadas del cuidado de las embarazadas, aunque ellas no tienen ninguna instrucción profesional al respecto; ellas son mujeres mayores de la

comunidad que han recibido el legado de sus madres y abuelas para cuidar de las embarazadas, cuentan con una gran aceptación y credibilidad, es indispensable consultarlas durante el período gestacional para estar seguras y tranquilas con respecto a la evolución de su embarazo y el bienestar de su hijo.

Las embarazadas acuden a la comadronas en frecuencia aproximada de una vez al mes para saber cómo va el embarazo y asegurarse de tener un parto normal.

“Yo voy donde la comadrona para que me vea la barriga y me diga si me bebe está bien”. “Cuando me duele, yo voy para que me la sobe y también cuando el bebe está muy bajito y entonces no puedo caminar bien, entonces ella me soba la barriga y me acoteja en bebe y entonces yo me siento mejor”.

“Ella me soba la barriga con aceite y va acotejando el bebe y se lo acomoda a uno para que pueda nacer bien”.

“Todos los meses voy o cuando me siento con dolor o cuando el niño esta encajado por aquí o por acá entonces yo voy para que ella me sobe la barriga y ya me siento mejor”.

Leininger en el modelo del sol naciente describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural, de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno y que estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros (5). El cuidado cultural que brindan las comadronas de la comunidad Zenú hace parte fundamental de su procedencia cultural, estructura social y concepción del mundo por lo que no se puede separar de ella, pero si fortalecer para que el cuidado sea aún más benéfico en pro de la salud materno perinatal de la comunidad.

Este conocimiento es avalado y acatado por la comunidad y es indispensable para el bienestar de la mujer embarazada y del hijo por nacer; es susceptible de fortalecer por parte del conocimiento de enfermería en busca de lograr mayor bienestar para las embarazadas de la comunidad y con el fin de conservar la procedencia cultural, estructura social y concepción del mundo de la comunidad Zenú.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta el arraigo del cuidado genérico en las embarazadas indígenas Zenúes hace necesario que la práctica profesional de enfermería ajuste sus acciones de cuidado a las costumbres y creencias de esta cultura indígena negociándolos, preservándolos o reestructurándolos en conjunto con las embarazadas para que ofrecer un cuidado culturalmente congruente.

El estudio recomienda que el personal de enfermería debe enfrentar no solo los aspectos físicos de la salud, si no el entorno que tiene actualmente la gestante , valorar sus apoyos sociales y formas de cuidado cultural, ofrecer información acerca de instituciones o grupos de ayuda a fin de favorecer la salud de ella gestante y su hijo por nacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. E.P.S.I MANEXKA "Rendición de Cuentas a la Ciudadanía vigencia 2010 "..(2010) disponible en: (www.manexkaepsi.com/web/).
2. Chávez A., Arcaya M., García G., Surca T., Infante M. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú Texto &Contexto Enfermagem (2009). {En línea}. disponible en: (www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416412).
3. Leininger M. Transcultural Nursing Concepts.Theories, Research &practicesSecond Chapter 3.Overview of Leininger's Culture Theory, Madeleine Leininger Edition.McGraw- Hill, IncCollegeCostom Series, New York.1995. (1995).p 3-52
4. Spradley, James. La entrevista etnográfica. Harcourt Brace Jovanovich College Publishes. Orlando Florida (1979)
5. Bodnar, Y .Pueblos indígenas de Colombia: Apuntes sobre la diversidad cultural y la información Sociodemográfica. Trabajo de grado. Bogotá D.C. Universidad. Externado de Colombia. Facultad de Sociología. 2006. 231-262 p.

Experiencia significativa desde la formación de estudiantes de enfermería de la UCC ara promover el cuidado integral al adulto mayor en la ciudad de Villavicencio “Una mirada desde la proyección social”

Roció Calderón-Mortigo¹
Juan David Montenegro-Ramírez ²
Yaneth del Pilar Piñeros-Bobadilla ³

¹ Enfermera, estudiante de maestría en enfermería. Profesora catedrática Universidad Cooperativa de Colombia Campus Villavicencio. E-mail: rocio.calderon@campusucc.edu.co

² Enfermero, magister en enfermería. Profesor de tiempo completo Universidad Cooperativa de Colombia Campus Villavicencio. E-mail: juan.montenegrorami@campusucc.edu.co

³ Enfermera, estudiante de maestría en enfermería Jefe de Programa Facultad de Enfermería Universidad Cooperativa de Colombia Campus Villavicencio. E-mail: yaneth.pineros@ucc.edu.co

Resumen

Atendiendo las directrices del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia y las metas para lograr el desarrollo de programas de Estilos de Vida Saludable en personas mayores, se evidencia la necesidad de planear, ejecutar y evaluar proyectos que promuevan la cultura positiva del envejecimiento de forma saludable y activa. Es un reto en la formación del recurso humano en enfermería generar estrategias que faciliten la adquisición de competencias del saber, hacer y ser para fomentar el cuidado integral al adulto mayor. Objetivo diseñar un programa educativo desde La Formación De Estudiantes De Enfermería De La UCC Para Promover El Cuidado Integral Al Adulto Mayor En La Ciudad De Villavicencio. Metodología se realizaron visitas domiciliarias empleando diferentes instrumentos de valoración en el barrio Morichal de la Ciudad de Villavicencio captando la población adulta mayor para inscribirlos y convocarlos a participar del programa educativo titulado club” AMIGOS DE LA EXPERIENCIA”. Posteriormente los estudiantes de la facultad de enfermería asesorada por docentes diseñaron, ejecutaron y evaluaron planes de atención de enfermería fundamentados en la atención primaria en salud que dieron respuesta a promover el cuidado integral delas necesidades del adulto mayor Resultados el diseño del programa educativo se convirtió en una oportunidad de respuesta ante la existencia de necesidades de salud a las cuales se encuentra expuesta la población envejecida partiendo de los determinantes sociales, entorno vulnerable y población pertenecientes al estrato socioeconómico 1, 2. Promoviendo en el estudiante una formación integral en el cuidado de la experiencia del adulto mayor.

Palabras clave: Anciano, Atención De Enfermería, Educación Basada En Competencias y Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería como integrante del equipo de salud, asume un rol importante en el desarrollo de los programas de atención primaria, demostrando habilidades, destrezas y conocimientos que potencialicen las habilidades de las personas, familias, grupos o comunidades, en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, un mayor grado de bienestar, y el fomento de estrategias de inclusión social que impacten el desarrollo, económico y cultural (1-3).

Se evidencia en el plan de estudios del programa de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia Campus: Villavicencio, las prácticas formativas como una estrategia para fortalecer la adquisición de competencias en diferentes escenarios permitiéndole al estudiante desarrollar las dimensiones del saber, hacer y ser reconociendo la inclusión social desde el aula en el cuidado de enfermería al adulto mayor vulnerable que presente necesidades de educación en salud, fomento de estilos de vida saludable, atención primaria en salud en diferentes estadios de la enfermedad que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida (1, 4).

El proceso de enseñanza aprendizaje en el cuidado de enfermería al adulto mayor, tiene como objetivo establecer cuidados de enfermería a la persona en su ciclo vital, a la familia y la comunidad para promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor y brindar medidas de bienestar considerando los aspectos científicos, socio-humanísticos y disciplinares del quehacer profesional. (1, 3).

Para el logro de las competencias del curso de cuidado de enfermería al adulto mayor es necesario un trabajo dinámico y permanente, a nivel interinstitucional apoyado en convenios docencia servicio y transdisciplinario, donde los estudiantes del programa de Enfermería desempeñan un rol importante pues es quien participa con la orientación de los profesores en la formulación, ejecución y evaluación de un programa orientado a dar cumplimiento a las políticas de salud en los diferentes niveles de atención; con el fin de ofrecer la mejor

atención y cuidado a la población adulta y adulto mayor (3, 4).

De acuerdo a lo planteado anteriormente surge la necesidad de implementar una estrategia basada en el diseño de un programa educativo titulado “Club Amigos de la Experiencia” en el marco de la práctica formativa realizada en el barrio el Morichal, donde los estudiantes de cuarto semestre acompañados de los profesores tienen la oportunidad de crear un programa, aplicar la estrategia de atención primaria en salud con colectivos, evaluación de intervenciones e impacto social.

OBJETIVOS

Objetivos General

Diseñar un programa educativo desde La Formación De Estudiantes De Enfermería De La UCC Para Promover El Cuidado Integral Al Adulto Mayor En La Ciudad De Villavicencio.

Objetivos Específicos.

- Identificar necesidades en salud del adulto mayor por medio de la visita domiciliaria utilizando diferentes instrumentos que permitan organizar la información.
- Convocar a la población adulta mayor del barrio Morichal de la ciudad de Villavicencio a participar del Club Amigos de la experiencia y realizar la caracterización sociodemográfica.
- Implementar planes de atención de enfermería fundamentados en la atención primaria en salud que den respuesta a promover el cuidado integral de las necesidades del adulto mayor.
- Analizar los resultados del programa educativo para generar planes de mejoramiento desde la enseñanza, práctica e investigación en enfermería.

SÍNTESIS DEL TRABAJO

Tabla 1. Fases del Diseño de un programa educativo desde La Formación De Estudiantes De Enfermería De La UCC Para Promover El Cuidado Integral Al Adulto Mayor En La Ciudad De Villavicencio.

Fase uno	Fase dos	Fase tres	Fase cuatro	Fase cinco	
Convocatoria	Recolección de información	Identificación de prioridades	Ejecución del programa	Resultados y evaluación.	
Los estudiantes y docentes del programa de enfermería, mediante visitas domiciliarias realizan la convocatoria y establecen horarios de encuentros en el Polideportivo del barrio, gestionando con el apoyo de la Junta de acción comunal.	Se realiza valoración empleando las siguientes estrategias <ul style="list-style-type: none"> Entrevistas estructuradas y semiestructuradas a los 60 pacientes. Realizando por los estudiantes en la valoración de estado de salud por patrones funcionales de salud. Aplicación de instrumentos de valoración familiar como: Familiaograma, Ecomapa, Apgar familiar. Los instrumentos anteriores son fundamentales por que le permiten poner en práctica los conocimientos teóricos con fundamento científico adquiridos durante el curso, de tal forma que logren intervenir las diferentes situaciones mediante la ejecución de un plan de atención de enfermería.	El análisis de la información y el planteamiento de problemas se hace a partir de la identificación de los determinantes sociales encontrados por los estudiantes en la comunidad del barrio Morichal, especialmente en los adultos mayores, y con el apoyo de los profesores, se genera la propuesta de creación del Club Amigos de la Experiencia, donde incluye establecer un plan de trabajo, metas, indicadores, actividades y seguimiento.	Formulación y ejecución del Proceso de Atención de Enfermería a cada adulto mayor, donde los estudiantes logra la competencia de realizar Intervenciones educativas a través de talleres, charlas, juegos, actividades lúdicas y diseño de material didáctico como rotafolios, folletos, cartillas. Dentro de las actividades realizadas se incluye la elaboración de manualidades utilizando recursos reciclables, que fomentan la protección del medio ambiente, estimulando la motricidad fina de las personas de la tercera edad.	De la Participación de 60 personas de la tercera edad, de los cuales 63% son de género masculino y el restante 37% de género femenino, de la comuna 4, de los cuales el 50% son de estrato 1, 47% del estrato 2 y 3% del estrato 3, con el rango de edad más prevalente en un 25% entre 41 a 50 años y seguido del 23.3% entre 71-80 años de edad, en el marco de la práctica formativa realizada en el barrio el Morichal, donde los estudiantes tiene la oportunidad de crear un programa, aplicar la estrategia de atención primaria en salud con colectivos, evaluación de intervenciones e impacto social.	De la participación de 60 personas de la tercera edad, de los cuales el 40% pertenecen al grupo de formación académica Primaria, el 31,7% son padres o madres o cabeza de familia, el 13.3% personas con discapacidad, 1.7% víctimas del desplazamiento, un 18.3% de los participantes tienen por lo menos una persona a cargo. Las actividades realizadas permitieron sensibilizar a la población para ser personas más autónomas, responsables de su autocuidado físico, emocional, mental, espiritual, recreativo, y mantener una vida saludable dentro de su entorno social y así mejorar su calidad de vida.

Fuente: Autores

CONCLUSIONES

Dentro de las ventajas de diseñar un programa educativo dirigido a la comunidad, difiere de otras

metodologías aplicadas en la oportunidad de respuesta ante la existencia de problemáticas, necesidades y problemas de salud al cual se encuentra expuesta la población envejecida y teniendo en cuenta los determinantes sociales y entorno vulnerable, pertenecientes al estrato socioeconómico 1, 2 y los estudiantes adquieren las competencias de ofertar y lideran programas de educación para la salud.

La conformación del Club” AMIGOS DE LA EXPERIENCIA” permite la realización de actividades innovadoras como la organización de Actividad física y recreación con los adultos mayores por jornadas no mayores a 1 hora, combinado ejercicios pasivos, rumba, juegos, con la participación activa de estudiantes, profesores, adultos y acompañantes. Adicionalmente la inclusión de actividades de relajación que fortalece la salud mental y sistema osteomuscular de los pacientes, contribuyendo a fomentar un ambiente propicio y buena utilización tiempo libre.

Cada grupo de estudiantes asumió la responsabilidad de actividades educativas y desarrollo del plan de cuidado con el acompañamiento de sus profesores, entregando evidencias del trabajo realizado con los adultos mayores, igualmente se sustentaron las actividades realizadas partiendo de la valoración previa realizada por patrones funcionales de Maryory Gordon, teniendo en cuenta las etapa del ciclo vital familiar, individual, y los diferentes determinantes sociales en salud; sus intervenciones están argumentadas y justificadas desde marco científico y desde un modelo teórico diseñado y formulado en un ejercicio académico denominado el plan de atención de enfermería “ PAE” realizado para cada adulto valorado. Que permitió que los estudiantes presentaran un testimonio sobre el fortalecimiento de las competencias (ser-saber-hacer).

RECOMENDACIONES

La experiencia de Club de Amigos de la Experiencia es una buena práctica que se puede utilizar con grupos poblacionales de las diferentes etapas del ciclo de vida, como adolescentes, juventudes, niños y niñas, adultos jóvenes entre otras, aplicando planes y

programas educativos apoyados por los profesores y estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia, dando respuesta a la función misional de proyección social y generando un impacto social que contribuye a mejorar los modos y condiciones de salud, que se aplican desde la Atención Primaria en salud y da respuesta a las nuevas directrices del Modelo Integral de Atención en Salud y aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

El desarrollo de la experiencia arroja parámetros fundamentales que permite la implementación de nuevas prácticas que contribuya a la evaluación del impacto sobre estos participantes, sin embargo, las intervenciones realizadas contribuyen a modificar modos y condiciones de vida saludable, como utilización del tiempo libre, hábitos saludables como actividad física, hábitos alimenticios y la importancia de continuar en controles y tratamientos médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad Coperativa de Colombia. Programa de Curso Cuidado de Enfermería al Adulto y Adulto mayor. 2017.
2. Álvaro FG. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud. Fac. Nac. Salud Pública. 2015 Septiembre; 33(3).
3. Ministerio de Salud Y protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
4. Universidad Coperativa de Colombia. Proyecto Educativo del Programa de Enfermería. 2016.

Programa de atención integral a la adolescente gestante en una unidad de atención en Cúcuta – Colombia

Ginna Paola Ortegón-Leal¹
Diana Katherine Gallón-García²
Yessica Katherine Rueda-Monsalve²
Mireya Serrano-López²

¹Enfermera. Docente. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: ginnao41@hotmail.com

²Estudiantes de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: dianakatherinegallon2290@gmail.com

Resumen

Objetivo: Implementar Atención Integral a las Adolescentes Gestantes del Programa de Control Prenatal en una unidad de atención en Cúcuta-Colombia. **Materiales y métodos:** Proyecto de extensión dirigido a adolescentes gestantes entre los 13 a 21 años, y que asisten a control prenatal en la unidad de atención. La población total que participó fue 135 gestantes adolescentes. **Resultados:** las gestantes tenían edades comprendidas en mayor porcentaje de 14 a 16 años. Se encontró que el 71% de las gestantes se captaron durante el primer trimestre de la gestación, el 50% se clasificaba como gestación de alto riesgo según los criterios del modelo biopsicosocial de Julián Herrera; al 89% de gestantes inasistentes se les realizó visita domiciliaria, y todas las visitadas reingresaron al programa; además, se educó al 100% de las gestantes que asistían a los controles prenatales y se desarrollaron 12 cursos de preparación para la maternidad y paternidad obteniendo una asistencia mayor al 50%; las comorbilidades asociadas al embarazo que más se presentaron fueron infección de vías urinarias, y alteraciones del peso; como complicaciones del parto se presentaron 3 recién nacidos con complicaciones; al medir la satisfacción con el programa el 100% de las gestantes estaban satisfechas. Se creó una aplicación móvil con contenidos educativos para las gestantes adolescentes. **Conclusiones:** se proporcionó una atención integral a las adolescentes gestantes a través de los controles, cursos, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias además se logró trabajo interdisciplinario con el área de ingeniería de sistemas de la universidad para el desarrollo de una aplicación móvil, diseñada para tener constantemente informadas a las adolescentes gestantes sobre temas educativos del embarazo, parto, puerperio.

Palabras Clave: Atención Prenatal, Embarazo en adolescencia

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial para la salud, adolescencia se define como la etapa que comprende entre los 11 y 19 años, en la que se consideran dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la

adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de ellas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, psicológico y de la personalidad; Sin embargo, no todos los adolescentes tienen la misma respuesta a esto cambios y su adaptación varía de acuerdo con las características individuales y de grupo (1).

La adolescencia temprana comprende de los 10 a los 14 años. Es en esta etapa por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias.

La adolescencia tardía posterior de la segunda década de la vida, comprende el periodo entre 15 y los 19 años de edad en los que se presentan cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente (2).

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Otras no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas (3).

Las complicaciones presentes en el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años en el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han evidenciado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre adolescentes de 15 a 19 años, lo que aumenta la mortalidad materna y problemas de salud futuros (4).

La concepción prematura aumenta el riesgo para la salud del binomio madre-hijo. En los países de bajos y medianos ingresos, los hijos de madres menores de 20 años presentan un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de muerte en las primeras semanas de vida que los hijos de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, más riesgo para su hijo (4).

El Programa de Atención a la gestante adolescente está dirigido a las gestantes entre los 13 a 21 años, que asisten a una unidad de atención en la ciudad de Cúcuta, es un proyecto de extensión que se ha

desarrollado en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad, basado en estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, según resolución 0412 de 2000, a través de estrategias de educación para la salud, aplicación de planes de atención de enfermería según riesgos identificados, acompañamiento, asesoría en temas de salud sexual y reproductiva(5).

Este proyecto se enfocó en el cuidado de del binomio madre-hijo, por ello la importancia de socializar los resultados obtenidos en este evento donde se quiere resaltar el reconocimiento social de enfermería en las practicas de cuidado, orientándose hacia el cuidado de sí mismo y los demás, puesto que se trabajó con las adolescentes y sus acompañantes, en diferentes fases de su embarazo y puerperio, atendiendo necesidades de salud en el momento de los controles prenatales, seguimiento en las visitas a las inasistentes y la valoración y orientación en la visita posparto, con sus recién nacidos, además este congreso es el escenario ideal para dar a conocer el desarrollo de una estrategia innovadora como lo es la aplicación móvil que se creó para mantener informadas a las asistentes al programa sobre los temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente proyecto hace parte de la modalidad de trabajo de extensión, dirigido a adolescentes gestantes que se encuentren entre los 13 a 21 años, y que asisten a control prenatal a una unidad de atención en la ciudad de Cúcuta. La población total que participó durante la ejecución del proyecto fue 135 gestantes adolescentes; el proyecto se desarrolló durante 12 meses realizando diferentes actividades como controles prenatales, cursos de preparación para maternidad y paternidad y visitas domiciliarias a la población inasistente y gestantes de alto riesgo obstétrico, estas actividades desarrolladas por las estudiantes bajo la supervisión de una enfermera profesional.

La información se obtuvo de los formatos de historias clínicas, visitas domiciliarias a gestantes, puérperas y recién nacidos, pretest y postest. La tabulación de la información se realizó en el programa Excel y el análisis en Word.

Para el desarrollo y ejecución del proyecto se tomó como referencia el modelo teórico adopción del rol materno, de Ramona Mercer; y el Modelo Fundamentado: el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes embarazadas de Marlene Montes.

Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para esta investigación y basados en la bibliografía existente fueron la beneficencia donde se está garantizando el no daño, la no explotación y la razón del riesgo-beneficio, el respeto por la dignidad humana, y la Justicia propiciando un trato justo y un derecho a la privacidad, siendo estos tres principios y sus componentes base fundamental para el trabajo con adolescentes embarazadas (6).

Para esta ponencia se presentarán resultados de 4 objetivos de los 9 que se plantearon en el proyecto.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proporcionar una Atención Integral a las Adolescentes Gestantes Usuarias del Programa de Control Prenatal de una unidad de atención de la ciudad de Cúcuta.

Objetivos específicos

- Promover la captación temprana de las adolescentes gestantes en el control prenatal.
- Promover la salud de la adolescente gestante y del hijo por nacer, motivando la toma de decisiones, fortaleciendo los estilos de vida saludable.
- Proporcionar cuidados de enfermería a la adolescente gestante y al recién nacido en el puerperio inmediato y mediato.
- Utilizar la tecnología de la información y la comunicación para contacto con las adolescentes gestantes mediante una aplicación móvil que las mantenga informadas y actualizadas sobre temas importantes del embarazo.

RESULTADOS Y DISCUSION

El programa de atención integral a la gestante fue desarrollado en el periodo comprendido entre Julio de 2017 a junio de 2018 con 135 adolescentes, que tenían edades comprendidas de 14 a 16 años en su gran mayoría.

Promover la captación temprana de las adolescentes gestantes en el control prenatal.

Con respecto a la identificación temprana por trimestres de gestación durante el periodo de julio de 2017 a junio de 2018 el 71% de las adolescentes gestantes fueron captadas en el primer trimestre, seguido por un 26% durante el segundo trimestre de gestación y tan solo un 3% iniciaron controles durante el tercer trimestre. Lo que nos indica que la articulación mancomunada con el laboratorio y el coordinador de promoción y prevención de la IPS está siendo adecuada para permitir que se pueda brindar una atención oportuna y adecuada a las adolescentes gestantes al momento de recibir la prueba de embarazo positiva y así lograr inscribirlas al programa.

Similar al estudio de Sanguino A. Et al (2015-2016), en el cual se encontró que el 63% de las adolescentes gestantes se captaron durante el primer trimestre de gestación (7); al igual que el estudio de Ayala T. Et al (2016-2017) en donde el 81% de las adolescentes gestantes fueron inscritas al programa durante el primer trimestre de gestación (8).

Promover la salud de la adolescente gestante y del hijo por nacer, motivando la toma de decisiones, fortaleciendo los estilos de vida saludable.

Teniendo en cuenta que la gestación es una etapa llena de cambios tanto para la madre como para el entorno familiar y que puede vivirse en conjunto, se convierte en una gran oportunidad para compartir y crecer en familia. De esta manera, se hace importante brindar educación prenatal para ayudar a los futuros padres a prepararse para el parto, la maternidad y paternidad; a través de las diferentes actividades desarrolladas.

En relación con la educación en los controles prenatales el 100% de las gestantes recibió información referente a la importancia del control prenatal y de los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, estilos de vida saludable, lactancia materna, identificación de factores protectores, signos de alarma, importancia del consumo de los micronutrientes, periodos de descanso, e higiene corporal, alimentación durante el embarazo ente otras temáticas de interés.

Similar al estudio de Ayala T, Et al (2017) en su programa; donde se demostró que el 100% de las adolescentes gestantes inscritas al programa recibieron educación individual. (8) , de igual manera Colmenares A, Et al (2016) encontraron en su proyecto ejecutado durante el periodo comprendido de julio de 2015 a julio de 2016, que el 100% de las adolescentes gestantes inscritas al programa recibió educación personalizada sobre los diferentes temas de interés como planificación familiar, sexualidad, hábitos higiénicos y alimenticios, signos de alarma, autocuidado, autoestima, ejercicio- sueño, vestuario, trabajo de parto, parto y puerperio y lactancia materna exclusiva (9).

Basados en la teoría de Ramona Mercer quien refiere que los profesionales de enfermería son las personas encargadas de promover la salud en la familia y en los niños; además expresa que enfermería es la pionera en el desarrollo de estrategias de valoración durante el embarazo con el fin de prevenir alteraciones que se pueden presentar teniendo en cuenta lo anteriormente planteado; (8) en cada control realizado por las estudiantes en formación, bajo supervisión de la enfermera profesional, se les brindó educación individualizada y colectiva sobre los diferentes temas de interés.

En referencia a la educación brindada en puerperio, de las 44 puérperas adolescentes, el 100% recibió visitas domiciliarias y asesoría en planificación familiar; sus beneficios, y los diferentes métodos existentes, con el fin de prevenir embarazos en periodos intergenésicos cortos. Considerando esta información, Similar a los estudios de Sanguino A, Et al (2016); (7), Monsalve G, Et al (2016), (16) Colmenares A, Et al (2016), Ayala T, Et al (2017) en los que el 100% de las adolescentes gestantes recibieron asesoría en planificación familiar a través de la educación individual en la visita domiciliaria.

Por otra parte, se realizaron 12 cursos de preparación para la maternidad y paternidad, en los cuales la asistencia de las gestantes fue variada; obteniéndose en algunos meses como fue julio 100%, agosto 69%, noviembre 38%, marzo 50%, abril 71%; mayo 50% y junio en 60%; cumplieron con la meta establecida; sin embargo, los meses de enero y febrero, no se cumplió con la meta, en consecuencia a que surgieron algunos inconvenientes para la

asistencia de las gestantes adolescentes.

Similar al estudio de Sanguino A. Et al (2016) el 68% de las gestantes adolescentes asistieron a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad. (7) Difiere del estudio de Colmenares A, Et al (2016) donde el 21,2% de las adolescentes gestantes que se inscribían al programa asistían al curso (9). Monsalve G, et al (2016) donde el 44,4 % de las gestantes participaban en los cursos (10).

Proporcionar cuidados de enfermería a la adolescente gestante y al recién nacido en el puerperio mediato.

La visita posparto permitió conocer sobre las prácticas de cuidado que las puérperas adolescentes realizaban para su autocuidado y el cuidado del bebé (cuidado de la herida, cordón umbilical, lactancia materna exclusiva, vacunación, cuidado de los pezones, alimentación, planificación familiar entre otras).

De las 74 puérperas que finalizaron su gestación durante los meses de julio de 2017 a junio de 2018; se logró realizar el 59% de las visitas; debido a que algunas de las adolescentes el celular sonaba apagado, no se encontraba la dirección que habían registrado, otras no se encontraban al momento de realizar la visita.

Referente a los resultados anteriores difieren con lo encontrado en el estudio de Colmenares A, E al (2016) donde se realizaron 63 visitas a puérperas adolescentes y sus recién nacidos (9). Así mismo son contrarios a lo encontrado por Monsalve G, Et al (2016) donde realizaron 52 visitas a las adolescentes que se encontraban en puerperio inmediato y mediato (10).

Utilizar la tecnología de la información y la comunicación para contacto con las adolescentes gestantes mediante una aplicación móvil que las mantenga informadas y actualizadas sobre temas importantes del embarazo.

Las tecnologías aplicadas a la salud contribuyan a una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas y ayuden a disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos, optimizando la relación costo/beneficio (11).

La tecnología se utiliza para llegar con más facilidad a la población objeto, en este caso y con la ayuda de un ingeniero de sistemas de la Universidad Francisco de Paula Santander, se diseñó una aplicación móvil de fácil acceso a todo celular Smartphone, con sistema Android, teniendo en cuenta que, en nuestro país, según el ministerio de las tic, se tienen registrados 49,6 millones de teléfonos celulares (12).

Y conociendo que la mayoría de gestantes adolescentes de la unidad de salud tienen smartphone con sistema Android, se desarrolló esta aplicación, todas las gestantes puedan descargarla desde sus dispositivos, en la cual encuentran información importante referente a la gestación, puerperio y cuidados del recién nacido, además en ella también se pueden hacer notificaciones de eventos destacados que se vayan a realizar en la unidad de atención, en los que ellas puedan participar, por este medio pueden estar informadas, no se pierdan oportunidades de capacitación por dificultades con el acceso físico a la unidad de salud.

La aplicación se llama: Mi Gestación segura, se compone de una serie de carpetas en cuyos archivos se encuentra el ícono de inicio, el menú principal, la página de noticias, página de eventos, página de secciones donde se encuentran 3 categorías: gestante, puérpera y recién nacido, también una página de contactos, el principal desarrollo de esta aplicación, es la notificación, puesto que nos permite informar a las personas de forma oportuna la programación de las diferentes actividades del programa y la unidad de atención en salud directamente a sus dispositivos móviles.

CONCLUSIONES

Para captar tempranamente a las adolescentes gestantes a los controles prenatales se llevó a cabo un acuerdo con el laboratorio de transferir a las adolescentes gestantes con prueba positiva de embarazo al programa de promoción y prevención, logrando así captar e inscribir al Programa de Atención Integral a la gestante adolescente, a la mayoría de ellas en su primer trimestre de gestación, en este primer contacto se realizaba una valoración a la gestante, integrando los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Se realizaron actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las adolescentes gestantes y sus hijos a través de educación en temas de importancia como signos de alarma, lactancia materna, planificación familiar, cuidados de recién nacido, durante los controles prenatales, las visitas domiciliarias y los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad.

De acuerdo a las visitas realizadas a las gestantes, puérperas y recién nacidos; se plantearon los planes de cuidado de enfermería encaminados a fortalecer el rol materno, e intervenir las principales fallas que estaban ocasionando alguna complicación en el binomio; de los diagnósticos priorizados se logró realizar todas las intervenciones planteadas en el Plan de atención de enfermería, para las diferentes etapas en las que se encontraba la adolescente que estaba inscrita al programa a través de las actividades que se desarrollaron durante el proyecto.

Se logró el desarrollo de una aplicación móvil llamada Mi gestación segura, la cual puede descargarse de play store en los celulares con sistemas Android, la cual contiene información actualizada sobre educación en salud para las gestantes, cuidados en el embarazo, parto y puerperio, además una sesión de notificaciones, donde se puede informar oportunamente a las gestantes del programa sobre actividades programadas, eventos, talleres, invitaciones a cursos de preparación para maternidad y paternidad que se tengan programados en la unidad de salud, de manera ágil y disminuyendo barreras de acceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. (2015). El Embarazo A Temprana Edad, Un Análisis Desde La Perspectiva De Madres Adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica Del Norte. [Internet] [Citado 12 Abril 2017] Disponible En: [Http://Revistavirtual.Ucn.Edu.Co/Index.Php/Revistaurn/Article/Viewfile/626/1161](http://Revistavirtual.Ucn.Edu.Co/Index.Php/Revistaurn/Article/Viewfile/626/1161)
2. Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional De Demografía Y Salud. 2015. [Internet] [Citado 12 Abril 2017] Disponible En: [Http://Profamilia.Org.Co/Docs/Libro%20resumen%20ejecutivo.Pdf](http://Profamilia.Org.Co/Docs/Libro%20resumen%20ejecutivo.Pdf)

3. Organización Mundial De La Salud. Oms. El Embarazo En La Adolescencia. [Internet]. 2014 [Consultado 10 De Marzo 2017]; Disponible En: [Http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs364/Es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/)
4. Issler J. Embarazo En La Adolescencia. Rev Posgrado De La Cátedra Vi Medicina [Internet]. 2001 [Consultado 10 Marzo 2017]; 107: 11-23. Disponible En: [Http://Med.Unne.Edu.Ar/Revista/Revista107/Emb_Adolescencia.Html?Iframe=True&WidTh=95%&Height=95% 261](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_a_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%261)
5. ZAMBRANO-PLATA, Gloria Esperanza et al. Programa de atención integral a la adolescente gestante. Revista Ciencia y Cuidado, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 109-124, abr. 2017. ISSN 2322-7028. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/935/882>.
6. Villamizar A, significado de la maternidad para la mujer adolescente tesis Bogotá. Colombia universidad nacional de Colombia posgrados en enfermería maestría en enfermería, 2011
7. Sanguino A. Pérez K, Gómez M, Parada D, Programa De Atención Integral A La Adolescente Gestante De La Unidad Materno Infantil La Libertad, En La Ciudad De Cúcuta, En El Periodo Comprendido Entre Agosto De 2015 A Julio De 2016. [Tesis] Cúcuta: Universidad Francisco De Paula Santander; 2016.
8. Ayala T, Contreras I, Ramírez M. Programa De Atención Integral A La Adolescente Gestante De La Unidad Materno Infantil La Libertad, En La Ciudad De Cúcuta, En El Periodo Comprendido Entre Julio De 2016 A Julio De 2017. [Tesis] Cúcuta: Universidad Francisco De Paula Santander; 2017.
9. Colmenares A. Chona S. Varela E., Caicedo R. Programa De Atención Integral A Las Adolescentes Gestantes Usuarías De La Unidad Básica Puente Barco Leones En El Periodo De Julio De 2015 A Julio De 2016 En La Ciudad De San José De Cúcuta. [Tesis] Cúcuta: Universidad Francisco De Paula Santander; 2016.
10. Monsalve G, Quintero Y, Hernández L, Gonzales N, Gutiérrez R. Programa De Atención Integral De La Adolescente Gestante Asistente A La E.S.E. Hospital Local Del Municipio De Los Patios De Norte De Santander De Noviembre Del 2015 A Noviembre Del 2016. [Tesis] Cúcuta: Universidad Francisco De Paula Santander; 2016.
11. (PDF) Las TIC en el sector de la salud. Available from: https://www.researchgate.net/publication/28168792_Las_TIC_en_el_sector_de_la_salud.
12. Sala de prensa MIN-tic disponible en <https://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-54577.html>.

Programa cuidado en casa a puérperas y su recién nacido en una institución de salud de Norte de Santander – Colombia

María del Pilar Ureña Molina¹
Ruby Esperanza Gaona Fonseca²
Aleyda Patricia Ureña Perez³
Dally Yuderky Carvajal Pérez⁴

¹ Enfermera Magister en Enfermería. Docente, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: mariadelpum@ufps.edu.co

² Egresada Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: rubygaona11@hotmail.com

³ Egresada Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: alpaurve2011@hotmail.es

⁴ Egresada Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: dally450@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Implementar el programa de cuidado en casa a las Puérperas egresadas del Control Prenatal de una institución de salud de Norte de Santander y a su Recién Nacido hasta los seis meses de edad, durante el periodo Diciembre de 2016 a Diciembre de 2017. **Materiales y Métodos:** Participaron 80 puérperas y sus recién nacidos. Se utilizaron como instrumentos de recolección de la información: el formato de valoración por dominios para la Puérpera y su Recién Nacido, el formato de Prácticas de Cuidado de la Puérpera hacia el Recién Nacido según la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), y la escala de Percepción del Cuidado Profesional. El programa se apoyó en la teoría de Enfermería del cuidado informado para el bienestar del otro de Kristen Swanson. **Resultados:** Las madres pertenecían al rango de edad de 20 a 24 años (43.7%), estado civil de unión libre (41.2%), dedicadas a las labores del hogar principalmente. El 31.2% de ellas presentó algún signo de alarma, como depresión e infección de la herida quirúrgica; en las alteraciones del recién nacido se evidenciaron conjuntivitis, dermatitis y onfalitis. **Conclusión:** El programa promovió el cuidado y vigilancia de la diada materno infantil, con la implementación de intervenciones de Enfermería individualizadas mediante la visita domiciliar a cada beneficiaria, así mismo la adopción del modelo teórico favoreció la apreciación satisfactoria de las madres frente al resultado de las intervenciones recibidas.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Período posparto, Recién Nacido, Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones en órganos y sistemas por el estado gravídico que se opera por un proceso de involución, hasta casi restituir a la mujer a su estado primitivo. Se considera este un periodo que implica un estado de vulnerabilidad para las complicaciones derivadas en ocasiones del desconocimiento de la madre y la familia sobre el cuidado de ella y su hijo (1).

Durante este periodo se pueden presentar diversos factores de riesgo, los cuales de no ser intervenidos de forma oportuna pueden generar complicaciones en el estado de salud de la mujer; incluso se puede relacionar con índices de morbilidad materna.

Por ello, el rol de Enfermería en el contexto ambulatorio es fundamental, el quehacer profesional debe orientarse hacia las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues de esta manera ofrece un cuidado integral interviniendo en ejes como: educación, acompañamiento y asesoría de las madres, padres y familia en procesos de crianza y recuperación de la madre en posparto.

Por consiguiente, la atención durante el periodo del puerperio debe enfocarse a la adopción de medidas necesarias para una adecuada evolución del estado de salud, por ello, es de vital importancia detectar factores de riesgo para la diada maternoinfantil (1).

Por lo anterior, el presente proyecto de extensión se realizó con la población egresada del Programa de Control Prenatal, quienes ingresaban al programa de cuidado en casa a la puérpera y su recién nacido con un seguimiento domiciliario hasta los seis meses de edad del niño.

OBJETIVOS

Objetivo General

Implementar el Programa de cuidado en casa a las Puérperas egresadas del Control Prenatal de una institución de salud de Norte de Santander y a su Recién Nacido hasta los seis meses de edad, durante el periodo Diciembre de 2016 a Diciembre de 2017

Objetivos específicos

- Realizar la captación temprana de las madres durante el periodo de posparto
- Caracterizar la población objeto de estudio según aspectos sociodemográficos
- Detectar tempranamente las alteraciones o riesgos que pueden afectar a la madre y su recién nacido hasta los seis meses del posparto.
- Fortalecer el rol de madre mediante actividades de educación en relación a los cuidados durante la etapa de puerperio y del recién nacido
- Evaluar en la madre el impacto de las intervenciones de Enfermería y la satisfacción del cuidado recibido por Enfermería.

SÍNTESIS DEL ESTADO DEL TRABAJO

Este proyecto hace parte de la modalidad de trabajo de extensión del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, ejecutado por estudiantes de Enfermería de último año académico y bajo la asesoría de una Docente. El proyecto se basó en la metodología de la Matriz de Plan Operativo, en la cual para cada objetivo específico se plantea una serie de actividades que incluye aspectos como: metas, indicadores, recursos, costos y tiempo en la ejecución.

Se realizó la captación de dichas madres a través de la utilización de la base de datos de control prenatal de la institución de salud; a su vez, se realizaron llamadas telefónicas para la programación de la primera visita domiciliaria

El programa consta de 5 visitas domiciliarias, en las cuales se busca identificar y promover prácticas de cuidado de las madres consigo mismas y con el recién nacido. La primera visita domiciliaria se realizó a los 7 días, los siguientes encuentros se realizaron a los 40 días, 2, 4 y 6 meses posparto (2).

En cada visita domiciliaria se aplicó el formato diseñado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS) titulado “Valoración por Dominios de salud para la Puérpera y su Recién Nacido” basado en la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2), posteriormente se desarrollaban intervenciones de Enfermería de tipo educativo.

En la primera y última visita se aplicó el instrumento diseñado por las estudiantes a cargo del proyecto, cuya escala se tituló “Prácticas de Cuidado de la Puérpera hacia el Recién Nacido según la clasificación de resultados de Enfermería (NOC)”, en la cual permite evaluar los conocimientos que posee la madre en las categorías de lactancia materna, cuidados del lactante, vacunación y seguridad física del lactante (3).

Finalmente, en la quinta visita se aplicó la escala de percepción del cuidado profesional de la Dra. Kristen Swanson, adaptada al contexto Colombiano por Vesga Gualdron y Ruiz de Cárdenas, quienes realizaron la validez y confiabilidad del instrumento, en donde se obtiene un Alfa de Cronbach de 0,907, con una validez de contenido de 0.893 (4) (5). Así mismo, se obtiene autorización para el uso de dicho instrumento, la cual consta de 15 ítems agrupados en dos categorías: sanador competente y sanador compasivo.

Para la realización del trabajo investigativo se solicitó el consentimiento escrito durante el primer encuentro formal a cada una de las puérperas participantes, de acuerdo a la normativa colombiana de investigación en salud estipulado en la Resolución 8430 de 1993(4) así mismo, el presente proyecto de extensión se basó en los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (6) (7).

CONCLUSIONES

Las puérperas captadas se encontraban en un rango de edad entre los 20 a 24 años, siendo preponderante el estado civil de unión libre. Además, se reportó que estas participantes se ocupan de los cuidados del hogar ubicados en los estratos uno y dos, quienes pertenecían al régimen subsidiado.

Las alteraciones mayormente presentadas en las madres fueron el dolor en las mamas y el dolor en herida quirúrgica ya sea a causa de episiotomía o de la cesárea. En la valoración del lactante menor se encontraron hallazgos como ictericia, onfalitis, entre otras, viéndose en su mayoría como propias de cada etapa. Las intervenciones en la mayoría de los casos fueron de tipo educativo, enfocadas a manejar las alteraciones que son propias de este periodo. Sin embargo, en caso de ser hallada una alteración anormal, se procedió a informar a la madre y su

núcleo familiar la importancia de asistir a un centro asistencial con el fin de dar manejo hospitalario.

Se logró evidenciar que el nivel de conocimiento en las madres, aumenta en cada intervención educativa, puesto que la mayoría de ellas obtuvieron conocimiento extenso en lactancia materna y cuidados del lactante menor. Por lo cual, permite inferir que las madres poseen las habilidades y los conocimientos para el cuidado de sus hijos; sin embargo, la asimilación de ciertas temáticas es de difícil comprensión.

En las conductas de vacunación y seguridad física del lactante, el nivel de conocimiento se encuentra mayormente en la escala de Likert de “A veces demostrado”, lo que permite apreciar falencias en determinadas conductas de cuidado como la prevención de enfermedades por medio de la vacunación.

La “Teoría del Cuidado” propuesta por Swanson permite hallar relación con los procesos planteados en dicha teoría, a través de los supuestos, los cuales son: conocer, mantener las creencias, estar con y hacer para (5). Motivo por el cual, se identifican las alteraciones de la diada maternoinfantil, para plantear las actividades y su intervención, que conlleven a resolver dichas carencias, sin modificar sus creencias y prácticas culturales. Lo que permite una experiencia satisfactoria durante la ejecución del programa de cuidado en casa. Así mismo, se logró brindar unos cuidados oportunos y efectivos, con el fin del goce de un puerperio saludable y evolución óptima de la diada; en la cual, se logró obtener un nivel alto de satisfacción sobre el cuidado de Enfermería proporcionado durante la atención domiciliaria.

Finalmente, es importante el desarrollo de habilidades en el profesional de Enfermería que permitan detectar las causas potenciales que puedan alterar el estado de salud del binomio. En consecuencia de lo anterior, a nivel institucional, se debe implementar estrategias que permitan el reconocimiento por parte de las usuarias de las instalaciones y los servicios que oferta la institución de salud; de tal manera que se sensibilice la población para fomentar el parto institucional a través de los lineamientos de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI).

En cada visita domiciliar se aplicó el formato diseñado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS) titulado “Valoración por Dominios de salud para la Puerpera y su Recién Nacido” basado en la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2), posteriormente se desarrollaban intervenciones de Enfermería de tipo educativo.

REFERENCIAS

1. Torres González AI. Factores de riesgo y complicaciones que afectan a la madre durante el puerperio. Una revisión de la literatura. [Tesis en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [Consultado 19 de Octubre de 2017]. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/8758/1/595858.2010.pdf>

2. Manrique OA, Parada AJ, Bravo EM, Villamizar LM. Programa de cuidado en casa a las puerperas egresadas de control prenatal del municipio de los patios y a su recién nacido hasta los seis meses de edad de noviembre de 2015 a noviembre de 2016. [Proyecto de extensión]. Cúcuta: Universidad Francisco de Paula Santander; 2016.

3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC).

4. Vesga Gualdron LM. Validez y confiabilidad de la escala de Cuidado Profesional (CPS) de la doctora Kristen Swanson versión en Español. [Tesis de maestría en internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013 [Consultado 08 de Julio de 2016]. Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/40135/1/1098615992.2013.pdf>

5. Posada Morales MN. Ruiz de Cárdenas CH. Adaptación transcultural de la escala de Cuidado Profesional (CPS): adecuación semántica. [Tesis de maestría] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011 [Consultado 09 de Julio de 2016]. Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/7056/1/539576.2011.pdf>

6. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993, octubre 4, por la cual

se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1993 [Consultado 03 de Abril de 2016]. Disponible en:
<https://>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

7. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, 1979. [Internet] U.S.A. [Consultado 03 de Abril de 2016] Disponible en:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

Perspectiva espiritual en pacientes con cáncer de mama de la clínica Cancerológica de Cúcuta.

Luz Yarime Martínez Rojas*
Ingrý Yelitzá Salcedo Parada*

*Estudiantes de Enfermería IX Semestre. Universidad De Santander - Campus Cúcuta, Colombia E-mail: Luzmartinez2903@gmail.com - ingrýsalcedo@hotmail.com

RESUMEN

Determinar la perspectiva espiritual de las pacientes con cáncer de mama en la clínica Cancerológica de Norte de Santander de Cúcuta en el año 2018. Estudio de tipo cuantitativo descriptivo donde se utilizó encuesta sociodemográfica diseñada por los investigadores y el instrumento de perspectiva espiritual (SPS) de Pamela Reed, con una muestra de 89 mujeres con cáncer de mama que asisten a la clínica cancerológica de Cúcuta. Los resultados muestran una perspectiva espiritual alta, con una puntuación de 69.70%, así mismo la puntuación de prácticas y creencias espirituales obtuvieron resultados altos, en cuanto a las prácticas 21, sobre un puntaje de 24 y las creencias 29, sobre un puntaje de 36. La edad promedio de las mujeres con cáncer de mama es mayores de 50 años, el 58,7% (102) pertenece al grupo de edades entre 50-59 y mayores de 60, la mayor parte de la población afirmó pertenecer a la religión católica en un 79.8%. Las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico presentan una alta perspectiva espiritual; estos hallazgos indican la necesidad de intervenir en el fenómeno de la Espiritualidad basados en prácticas y creencias, considerando espiritualidad como una estrategia que permite una mayor aceptación del diagnóstico, mejor afrontamiento de la enfermedad y tratamiento de quimioterapia.

Palabras clave: cáncer, espiritualidad.

INTRODUCCIÓN

La propuesta de investigación tiene la finalidad de determinar la perspectiva espiritual de pacientes con cáncer de mama en tratamiento de la Clínica Cancerológica del Norte de Santander; esta empresa trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública. Para lograr este objetivo las autoras se basaron en la Teoría en Enfermería Pamela G. Reed, con su teoría de "Autotrascendencia", en la que destaca la

espiritualidad como parte importante para ser auto trascendente, la Doctora Reed diseñó un instrumento llamado escala de perspectiva espiritual, el cual utilizó por las autoras.

La espiritualidad es una necesidad reconocida por las principales teorías y modelos conceptuales de enfermería, aportando un conocimiento y manejo en los pacientes con enfermedad crónica, como lo es el cáncer de mama; esta investigación servirá de base para incentivar nuevos estudios en el campo de la espiritualidad de una manera más formal.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la perspectiva espiritual de las pacientes con cáncer de mama en la clínica Cancerológica de Norte de Santander de Cúcuta en el año 2018.

Objetivos específicos

- Describir los aspectos sociodemográficos de las pacientes con cáncer de mama.
- Definir las prácticas espirituales de las pacientes con cáncer de mama.
- Identificar las creencias espirituales de las pacientes con cáncer de mama.

METODOLOGÍA

El diseño metodológico que se describe a continuación fue un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo. La metodología propuesta responde a la pregunta de investigación y a su vez a cada uno de los objetivos específicos propuestos. Así mismo la información obtenida corresponde a la aplicación del instrumento.

Se obtuvo por muestreo no probabilístico que permitió seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Para la recolección de la información se utilizó una escala de perspectiva espiritual (SPS) de Pamela Reed, la cual mide un conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo.

Se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad, consta de 10 ítems, autorizado y traducido al español por Reed, y validado en estudios previos con alfa de Cronbach > 0.75 ,^{18,26,27} la cual consta de dos dimensiones: a) creencias espirituales, constituido por seis ítems con escala de respuestas tipo Likert donde 1 = extremadamente en desacuerdo, hasta 6 = extremadamente de acuerdo; y b) prácticas espirituales, conformado por cuatro ítems donde las respuestas tipo Likert son de 1 = nunca, hasta 6 = más o menos una vez al día; por lo tanto, a mayor puntaje mayor espiritualidad; asimismo, se determinó como nivel bajo de 10 a 30 puntos, moderado de 31 a 45 y

alto de 46 a 60 puntos. Así mismos con valor mínimo de 10 y el valor máximo de 60.

El instrumento es la presente investigación arroja un Alpha de Cronbach, de 0.76, con el presente resultado se extiende la confiabilidad para futuras aplicaciones. La aplicación del instrumento tomó en promedio 40 minutos, tiempo para obtener los datos sociodemográficos, desarrollar la Escala de perspectiva espiritual y diligenciar el consentimiento informado

RESULTADOS

A partir de lo anterior, el grupo de estudio arrojó un nivel de perspectiva espiritual alto con un 69.7% con 62 mujeres con cáncer, seguido de un 25.8% con 23 pacientes un nivel de perspectiva espiritual moderado, finalizando con un 4.5% con 4 mujeres con cáncer que asisten a la Clínica Cancerológica en los meses de marzo y abril de 2018.

Así mismo se evidencia que estas mujeres viven y comparten la experiencia de vivir la espiritualidad, ellas manifiestan que utilizando la espiritualidad encontraran esa paz interior que las ayude a enfrentar situaciones difíciles como afrontar la agresividad de la patología y sus secuelas.

Tabla 1. Nivel de perspectiva espiritual

NIVEL DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL	RECUESTO	% DEL N DE LA COLUMNA
BAJO (10-30)	4	4,50%
MODERADO (31-45)	23	25,80%
ALTO (46 -60)	62	69,70%

De acuerdo a la sub-escala de prácticas espirituales donde las cuatro primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada). Se dio a conocer en cada ítem que se realizan con mayor frecuencia son las de rezar o hacer meditación en privado y mencionar asuntos espirituales entre amigos y familiares entre el 64,0 % y 55,1 % respectivamente.

La siguiente sub-escala hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (perdón o cercanía con Dios), con seis ítems. En esta sub-escala la mujer con cáncer está de acuerdo con un 50.6% que su espiritualidad es una parte significativa en la vida, y de la misma manera el 27.0% busca guía espiritual para tomar decisiones en la vida cotidiana.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Con los resultados de esta investigación se determinó que las pacientes que asisten a la Clínica Cancerológica del Norte de Santander presentan un nivel alto de espiritualidad, demostrando la necesidad de apoyo que requieren estas mujeres dado que afrontar una patología como el cáncer de mama, tiene múltiple consecuencia no solo a nivel fisiológico, también social mental, psicosocial y espiritual, dado a estas circunstancias las mujeres necesitan de manera individual buscar paz interior que las ayuden a creer y sobrellevar esta enfermedad de una manera más positiva.

Según el punto de vista de las investigadoras, en base a lo que se obtuvo en los resultados, enfermería tiene el compromiso de promover la espiritualidad para fortalecer el bienestar de los pacientes, a los cuales se les está prestando un cuidado integral y de esta manera apoyar en la recuperación de la salud.

Esta investigación resalta la importancia de conocer, manejar, practicar y promover la espiritualidad, esta es una herramienta que puede ser muy valiosa para la recuperación o aceptación de cualquier patología que afecte la integridad de las personas. En esta investigación se abordó la patología oncológica, pero puede ser muy influyente en cualquier enfermedad crónica o en personas de edad adulta, como ya se ha referenciado.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda al personal de enfermería, incorporar cuidados espirituales en los diferentes grupos de población para así ayudar a que ellos encuentren el sentido de existencia por medio de sus creencias y comportamientos espirituales

1. Condori Llasa EL, Yahua Mendoza EP. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2017. Trabajo de Grado. Enfermero. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2018 [citado en 5 febrero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5100>
2. Congreso De Colombia. Ley 1384. (19, abril, 2010). Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá: El Congreso, 2010.
3. Corte Constitucional De Colombia. Constitución política de Colombia de 1991. Bogotá: La Corte, 2010.
4. Echeverri M, Porras C, Ballesteros B. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. Universitas Psychologica, 2004. [citado en 15 febrero de 2018]; 3(2): 231-246. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N209caracteristicas_espirituales.pdf
5. Esalas López L, Gómez Lare L, Llerena Marín M, Miranda Buelvas L, Torres González L, Gómez Palencia I. Perspectiva espiritual en pacientes oncológicos que asisten a tratamiento de quimioterapia en Cartagena-Colombia. Trabajo de Grado. Universidad de Cartagena. 2015 [citado en 18 febrero de 2018]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3105>
6. Franco Salas D, Jirado Ayola S, Julio Guardo S, Narváez Escorcía L, Sequea Escorcía D. Espiritualidad en mujeres con cáncer de mama en instituciones de salud de Cartagena. Trabajo de Grado. Universidad de Cartagena. 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARTE III. PANEL DE EXPERTOS



XI ENCUENTRO
BINACIONAL
del Cuidado de
Enfermería

PREGUNTA ORIENTADORA PANEL DE EXPERTOS DEL XI ENCUENTRO BINACIONAL DE CUIDADO: “RECONOCIMIENTO SOCIAL DE ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO”.

Relatora: Gloria Omaira Bautista Espinel *

*Docente programa de enfermería facultad ciencias de la salud Universidad Francisco de Paula Santander. Enfermera Magister en Administración de Proyectos- Especialista en Práctica Pedagógica Universitaria- Especialista en Gerencia en Servicios de Salud, Especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud. Directora del Grupo de Investigación GICE.

INTRODUCCIÓN

En mayo de 2011, La 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, instó a sus Estados Miembros para que: *“Tracen objetivos y preparen planes de acción para el desarrollo de la enfermería y partería como parte integral de los planes nacionales o subnacionales, que sean examinados regularmente con miras a conseguir que respondan a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de los sistemas sanitarios”* (1).

Así mismo, en 2016, El “All-Party Parliamentary Group on Global Health” (El Grupo Parlamentario de todos los partidos sobre salud global) del Reino Unido, publicó un informe que insta al desarrollo de la Enfermería a nivel mundial. Bajo el título “Triple Impact: How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth” (Triple Impacto: Cómo el desarrollo de la enfermería mejorará la salud, promoverá la igualdad de género y apoyará el crecimiento económico), este grupo de trabajo ha realizado una exhaustiva revisión y ha mantenido reuniones con otros grupos, con objeto de mostrar las fortalezas que la profesión de enfermería tiene en los sistemas sanitarios, del mundo entero (2).

En este documento se distinguen tres ejes prioritarios relacionados con el impacto de la Enfermería en la

mejora de la salud, la igualdad de género y el crecimiento económico. Se destaca en dicho informe la capacidad creativa e innovadora de los enfermeros en el marco de la atención a la salud de la ciudadanía, poniendo énfasis en la necesidad de aumentar el número de enfermeros y desarrollar la profesión para permitir la expansión de su potencial.

En Colombia en 2017 el Viceministro de Salud Fernando Correa Serna destacó: los desafíos que tiene el país en el área de enfermería: El Ajuste curricular en pregrado y formación continua. Posicionar la inclusión del profesional de enfermería especializado en los servicios de salud, con miras a mejorar los resultados en salud de la población y el desarrollo personal/laboral del enfermero y desarrollo de la profesión. Avanzar en la gestión para el reconocimiento social y el mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales de enfermería es importante para el país. “En este punto cabe mencionar que, como resultado de acuerdos con los representantes de los trabajadores de salud, el Gobierno presentó al Congreso de la República un proyecto de ley mediante el cual se solicitan facultades excepcionales para expedir un régimen laboral para las Empresas Sociales del Estado que conjugue la formalización progresiva quienes laboran en estas instituciones, con la necesidad de garantizar su viabilidad”, concluyó (3).

El pasado el pasado 27 de febrero de 2018 la OMS y el Consejo internacional de enfermeras han “lanzado una campaña mundial para pedir a los gobiernos, los profesionales sanitarios y usuarios de los servicios de salud que valoren a los enfermeros y aboguen por su liderazgo para prestar cuidados de la mejor calidad. Los enfermeros son el eje de los sistemas sanitarios y desempeñan un papel crucial tanto en la promoción de la salud como en la prevención, el tratamiento y los cuidados. Representan casi la mitad del total de trabajadores sanitarios en todo el mundo”. Esta campaña se extenderá hasta el año 2020. El objetivo: empoderar y apoyar a las enfermeras y enfermeros en el cumplimiento de los desafíos del siglo XXI (4) .

En colaboración con la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermeras, surge la estrategia: Nursing Now, que tiene como objetivo elevar el estado y el perfil de la enfermería. “Trabajamos para capacitar a los enfermeros para que ocupen su lugar en el corazón de los desafíos de salud del siglo XXI”. #NursingNow.

Algunos de los mensajes de #NursingNow:

Debemos cuidar a los enfermeros y parteras como si cuidaran de nosotros. Pídan que tengan un salario adecuado y un lugar de trabajo seguro: nursingnow.org #NursingNow #HealthWorkersCount.

Los enfermeros serán vitales para garantizar que todos tengamos atención médica asequible y de calidad: nursingnow.org #HealthForAll #NursingNow

JUSTIFICACION

Según datos del Ministerio de Salud de Colombia: actualmente existen 11,5 profesionales en enfermería para atender cada 10 mil habitantes. “No obstante, este promedio nacional no refleja las grandes desigualdades en su distribución entre regiones y zonas rurales y urbanas, que afecta el acceso equitativo y oportuno a los servicios básicos de salud de grupos importantes de población”.

En la actualidad y de acuerdo con este Ministerio la labor de enfermería es realizada por los más de 55 mil profesionales en enfermería que laboran en todo el país. El nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (#MIAS) tiene en esta profesión un aliado para mejorar la resolutivez en los primeros niveles de atención, este modelo se basa en estrategias como la Atención Primaria en Salud, el enfoque de salud y medicina

familiar, la gestión integral del riesgo y el fortalecimiento del componente primario de atención, las cuales son afines a los fundamentos sobre los cuales se ha construido la formación de los profesionales en enfermería en Colombia y en el mundo”. Aspecto que se debe visibilizar, reposicionar y fortalecer es el papel de los profesionales en enfermería en el cuidado de la salud de la población, a través del desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud.

Para Rodríguez (5), CUIDAR en la sociedad no es tarea fácil, implica responder a las necesidades particulares de la persona y de su entorno. La necesidad de cuidar ha sido siempre universal y es la esencia de la disciplina científica de Enfermería. El entorno actual de la salud se caracteriza por el conflicto entre las restricciones económicas y la creciente necesidad y demanda de cuidados de la población, teniendo importantes repercusiones para esta última cuando los sistemas sanitarios desatienden 'los cuidados' y terminan por invisibilizar los cuidados específicos de enfermería en el ámbito social.

Autores como; Chiesa, et al (6): consideran que, “comprender la enfermería como práctica social significa ultrapasar sus dimensiones técnico-operativas provenientes de la aplicación directa del conocimiento biotecnológico y verla como una de las muchas prácticas de la sociedad, con las cuales comparte la responsabilidad por la salud. La enfermería, así, es vista como integrante del proceso de producción de salud, guardando correlación con la finalidad social del trabajo y de las instituciones sociales.

En contraste, Trezza et al. (7), consideran: Como práctica social, que la enfermería es una profesión dinámica, sujeta a constantes transformaciones y a la incorporación de reflexiones y acciones sobre nuevos temas y problemas, pero siempre guiándose por el principio ético de mantener o restaurar la dignidad en todos los ámbitos de la vida.

Esto implica que la enfermería como práctica social puede constituirse en estandarte en la promoción del saber y conocimiento de la disciplina, que al conjugarse con el quehacer de la profesión se integra de tal manera que hace un proceso transformador de su campo de interacción conjugando ciencia, práctica y conocimiento; enfermero en evidencias que generan el crecimiento disciplinar.

El empoderamiento de los profesionales debe ser real y expresarse en actitudes, que demuestren un posicionamiento certero del rol de enfermería, algo que los enfermeros con actos aislados no podrán nunca consolidar, el pensamiento colectivo debe ser esa nueva fuerza que dinamice el accionar de la profesión, pero más allá de un pensamiento grupal se requieren acciones contundentes para que los tan anhelados cambios se logren formalizar en las instituciones, en la formulación de políticas, en la participación social, en espacios de discusión y deliberación donde los enfermeros de este milenio se confronten a sí mismos y al sistema de salud en el que intervienen.

La búsqueda de alianzas, sinergias organizacionales y asociaciones; harán valer la voz de la profesión, dejando de lado el sofisma de distracción que la sociedad de consumo cimienta en el imaginario colectivo del enfermero, en donde nos prepara para competir y vernos como rivales en un eterno juego de beneficios económicos, que lo único que pretenden es desmembrarnos y acabar con toda posibilidad de cooperación, de ir al encuentro de alianzas y organizarnos, sin sentir que esto se constituye en una lucha con las de otras profesiones, o contra los demás colegas, esto debido a un falso ideario de jerarquía mal interpretado.

PROPOSITO DEL PANEL

Hacer frente a los formidables desafíos que implican para los profesionales de enfermería, implica generar una transformación profunda en la función social de la enfermería, que requiere incrementar los esfuerzos de los profesionales de todo el mundo en los sistemas de salud existentes.

Dentro de los principios básicos necesarios para generar esta dinámica transformadora en función de las necesidades de la disciplina; se encuentran; la participación, la deliberación, la visibilización y la capacidad de convocatoria que enfermería tenga en su comunidad, entidad, región o grupo de trabajo. En palabras de Rodríguez R. esto implica: “porque si una profesión no reconoce lo que ofrece a la sociedad y el papel que representa, genera un sentimiento de malestar en quienes forman parte de ella, pero también la demanda de este reconocimiento se convierte en muchos momentos en un afán más de

autoafirmación que en demostrar y fortalecer lo que representa y ofrece la profesión”

Se examinará aquí que uno de los problemas importantes que deben ser abordados por la disciplina, se relaciona con la imagen social de enfermería, que es puesta de manifiesto al reconocer el «cuidado de enfermería» como el servicio propio, que la profesión le aporta a la sociedad.

OBJETIVO DE LAS PREGUNTAS ORIENTADORAS

El presente panel de expertos contribuirá a comprender, cómo el cuidado; siendo un servicio valioso para generar una transformación profunda de la atención en salud, es en muchas oportunidades considerado como tarea invisible socialmente, pero que posee una gran importancia social, por el valor intrínseco que representa el cuidado para las personas, la sociedad y los sistemas de salud, es necesario que los enfermeros reflexionen sobre el impacto económico que genera su profesión, las implicaciones políticas, que tiene el que Enfermería, represente en todo el mundo un poco más del 50% de la fuerza laboral en el campo de salud, aspecto que se convierte desde el punto de vista del empoderamiento en una reflexión necesaria.

PREGUNTAS

¿Qué ayudaría a explicar la visión que tiene la sociedad sobre la enfermería teniendo en cuenta: la identidad de la disciplina, las herencias de la profesión, ¿los valores de enfermería?,

¿y como rechazar la marginalización de la profesión?

METODOLOGIA DEL PANEL DE EXPERTOS

En el panel de expertos se aplicó como criterio para la selección la experiencia profesional de los participante en el campo de la enfermería en lo político, lo organizacional y lo académico, teniendo en cuenta su trayectoria y el reconocimiento del trabajo de estos, en torno a sus áreas de experticia, además de esto; los expertos son personas con total independencia respecto al tema y tienen la capacidad de trabajo en equipo, de escuchar a los demás, así como una mentalidad abierta, para acoger de forma respetuosa la opinión de los demás integrantes.

El presidente o moderador. Es el encargado de integrar resultados, impulsar la participación, facilitar el debate y representar a los panelistas y dar la palabra al público.

Cada experto expone durante 10 minutos en forma de dialogo la respuesta a las preguntas orientadoras del panel: ¿Qué ayudaría a explicar la visión que tiene la sociedad sobre la enfermería? (teniendo en cuenta, la identidad de la disciplina, las herencias de la profesión, los valores de enfermería),

¿y como rechazar la marginalización de la profesión?

Los integrantes son:

- Coordinador: Enfermera Magister Gloria Omaira Bautista Espinel (Docente y directora del Grupo GICE- Universidad Francisco De Paula Santander)

Los debatientes.

- Doctora Eusebia Calderón de Copete (Jefa Nacional del Departamento de Enfermería, Dirección Nacional de Salud. República de Panamá)
- Doctora Sandra Milena Hernández Zambrano, Profesora e Investigadora Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud (Bogotá) Universidad de Granada (España)
- Doctora Carolina Prada Moreno (Presidenta Organización Colegial de Enfermería) República de Colombia.

Al final se hará un resumen de todo lo expuesto. De este resumen parte la discusión del auditorio con los expositores. El tiempo de intervención de los miembros del auditorio es de uno a dos minutos.

Se registra a continuación la sinopsis de las posturas desarrolladas por las expertas que participaron en el panel.

RESUMEN

La ronda de respuestas se inició con:

La Doctora Eusebia Calderón de Copete, es Jefa Nacional del Departamento de Enfermería, Dirección Nacional de Salud República de Panamá- enfermera de la Universidad De Panamá - Especialista en Pediatría.

Universidad de Panamá - Especialista en Atención Primaria en Salud y Familia. Universidad de Panamá, Especialista en Enfermería Universidad De Panamá - Postgrado en Docencia Superior. Universidad Latina - Especialista en Promoción de la Salud. Universidad de Panamá – Magister en Economía de la Salud Universidad de Santander, Magister en Administración de la Salud Panamá-Colombia Universidad Del Valle, Magister en Salud Publica Cali- Colombia énfasis en Epidemiología. Doctora En Ciencias de la Salud universidad de Panamá.

Sobre la Visión de Enfermería la Doctora Eusebia manifiesta: Se debe proyectar el camino de enfermería a nivel país. La Misión debería estar centrada en las habilidades, competencias y capacidades de los profesionales, que se deben delimitar, ¿hasta dónde llega la cimentación de la profesión? En este caso se deben involucrar las implicaciones legales de los marcos normativos en cada país, estas implicaciones pueden ser negativas o positivas dependiendo de estos marcos legales.

La Doctora Calderón, plantea que en la República de Panamá el trabajo de enfermería gira en torno a: la calidad y la seguridad, elementos que son muy importantes para el ejercicio de la disciplina. En la actualidad se está profundizando y trabajando arduamente en la humanización del cuidado. En este caso y teniendo en cuenta las premisas anteriores la labor de enfermería es autónoma, porque la esencia de enfermería como profesión liberal la hace jurídicamente responsable, además de poseer una identidad profesional a través de la cual logra un reconocimiento específico en el contexto de salud Panameño.

En el caso de Panamá los equipos de salud realizan una real interacción, donde la voz de enfermería se hace sentir en gran medida porque la identidad de la profesión se ha logrado con el conocimiento y la investigación. En la actualidad existe una propuesta para incrementar el número de años de formación académica en pregrado.

Sobre el empoderamiento de enfermería, opina la Doctora Eusebia, que en su país es real; producto en gran parte de la herencia que la profesión, en no delegar funciones propias de la atención de salud en otros grupos de práctica profesional o grupos no profesionales. En este sentido discrepan de las directrices de organismos supranacionales, ante los cuáles han hecho sentir su voz y no han cedido en la delegación de acciones propias de cuidado, como por ejemplo en la partería, la instrumentación quirúrgica, por citar algunos ejemplos.

Esto implica que, en el análisis de estos procesos a enfermería, no se le invisibiliza, el lenguaje es uno solo a lo largo de todo el país existe unidad de criterios en enfermería, como grupo de práctica profesional, aspectos que han sido fundamentales al momento de conducir propuestas, o al momento de sentar posiciones ante situaciones que de algún modo puedan lesionar los intereses del colectivo de enfermería.

En concreto, enfermería “no suelta los procesos asistenciales directos”, que son de su resorte exclusivo, la delegación es realmente mínima y está circunscrita a las competencias funcionales que desde el mismo estado se han asignado a grupos, como los auxiliares de enfermería, que solo pueden realizar (14 funciones en los procesos de atención), las cuales están relacionadas principalmente con medidas de confort y bienestar. En parte del éxito, de este arduo camino se ampara en los Marcos Legales de enfermería que son propios y que existen desde hace más de 40 años en la nación, esto ha sido un elemento clave en el respaldo a la profesión.

Otro aspecto fundamental es el posicionamiento efectivo e inmediato de los enfermeros en el país existe identidad disciplinar, que esta enfocada hacia el fortalecimiento del cuidado como eje fundante de la disciplina.

La Herencia del cuidado es algo que nunca se descuida, cada vez se buscan más logros, se indagan en los valores de la profesión, en este sentido “los valores” se constituyen en un aspecto central, que no es negociable bajo ningún tipo de situación.

En contraste la Doctora Eusebia reflexiona sobre la

situación del profesional de enfermería en Colombia desde su perspectiva es la pérdida de espacios propios de la profesión la que ha generado esta crisis del desarrollo disciplinar en el país.

La identidad como profesión genera confianza en la sociedad es algo que trasciende hasta convertirse en reconocimiento: mostrar la calidez, la humanización, el dedicarle el tiempo al paciente; son factores inherentes al ejercicio profesional, este es el 100% del quehacer de enfermería. Propone para finalizar tres elementos claves:

1. Recobrar la identidad profesional, implica retomar las funciones del quehacer, es decir retomar el desarrollo de una práctica profesional que parte desde el nivel básico, hasta lograr un reconocimiento de práctica profesional avanzada, aspecto que ha consolidado hasta el momento en Panamá con procesos de cuidado como: el cuidado Paliativo, donde la práctica avanzada de enfermería ha permitido un liderazgo de la profesión, dentro de un espacio tan concreto y específico como lo es la paliación.
2. Considera importante, que exista una estructura funcional y organizacional de la profesión debe repensarse, de tal forma que existan unos niveles que permitan ir avanzando en la práctica de la profesión, (en Panamá la estructura organizacional de enfermería está organizada de manera Vertical).
3. Dentro de los retos que genera el mundo actual, existen áreas grises en la atención en salud que aún no se han resuelto por parte de los gobiernos, por lo que, (en este punto, la Doctora Eusebia, considera), que es importante la indagación (consulta), la verificación y supervisión de estos nuevos procesos y retos que enfrenta el ejercicio profesional, tales como el fenómeno de la migración que nos arroja al espacio de una atención en salud, globalizada. Otra premisa importante a su juicio, es que la identidad profesional de enfermería no puede ser usurpada por otros actores o profesiones.

Culminada la ronda de respuestas corresponde el turno a:

Sandra Milena Hernández Zambrano. Enfermera, PhD. en Ciencias de la Salud, Mg. en cuidados de salud para la promoción de la autonomía de las personas y la atención a los procesos de fin de vida. Docente Investigadora, Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

Imagen social de la Enfermería:

Para hablar de la primera pregunta, desarrollaré dos premisas que recogen elementos sobre la identidad de la disciplina, las herencias de la profesión, los valores de enfermería. Recociendo que el imaginario social de la Enfermería está influenciado por múltiples causas, me gustaría centrarme en dos aspectos:

- Una imagen distorsionada de la Enfermería
- Enajenación de la Enfermera en el sistema de salud

a) Una imagen distorsionada de la Enfermería

En la actualidad, la imagen social del colectivo enfermero sigue estando encorsetada en demasiados estereotipos. Les comparto algunos resultados de la tesis doctoral de Cristina Heieler que se titula: La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa. Su investigación está basada en imágenes publicadas por el periódico El País, el más leído en España(1):

- Su estudio nos muestra que la imagen a través de la prensa sensacionalista es la imagen de alguien no identificado.
- Las enfermeras sólo son percibidas y se perciben como grupo dentro del hospital o del centro de salud, fuera del centro de trabajo parecen no existir.

b) Enajenación de la Enfermera en el sistema de salud

Respecto a la segunda premisa, retomo algunas ideas expuestas en el artículo de Romero titulado: El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia(2): Romero explica que las condiciones en que estamos ejerciendo los cuidados de enfermería en Colombia son de pauperización lo

que obliga a los profesionales de Enfermería a ejercer un cuidado en la adversidad (2)

-En el modelo actual es un negocio que genera rentabilidad para los monopolios económicos. En otros contextos la salud no genera utilidad, es un derecho y bien público. Como consecuencia el sujeto (paciente-usuario) se ha invisibilizado y enajenado y el cuidado enfermero se desvirtúa en actividades administrativas centradas en el control de la eficiencia y productividad(2).

Cómo rechazar la marginalización de la profesión

Al hilo de lo expuesto, considero esencial plantearnos escenarios y estrategias diversas y creativas para hacer frente a los estereotipos y condiciones de adversidad en las que se ejerce el cuidado. Concretamente planteo 3 estrategias:

- Visibilidad de los cuidados enfermeros en el ámbito clínico o comunitario
- Resistencia a las perversiones del sistema y abogacía a favor de los ciudadanos
- Generación, difusión y transferencia de conocimiento con impacto social

Visibilidad de los cuidados enfermeros en el ámbito clínico o comunitario

Se ha acuñado el término "cuidado invisible" para designar el cuidado que prestan las enfermeras. Este constructo Surge del Grupo Aurora Más del departamento de Enfermería de la Universidad de Zaragoza y se define como "un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente Dichas intervenciones a menudo no son registradas ni valoradas institucionalmente, sin embargo, ocupan tiempo de trabajo y tienen un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de las personas, que debería ser considerado"

Con respecto a los motivos que favorecen que parte de estos cuidados permanezcan invisibles, uno de los principales es la forma es el registro de la actividad profesional. Habitualmente no se reflejan los cuidados, los registros se centran en tareas técnicas y delegadas de la medicina. A propósito de esto en el año 2016 tuvo lugar en Zaragoza (España), la VIII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería, y se reflexionó sobre qué, cómo, cuándo y dónde registramos las enfermeras. Una de los trabajos concluye que “no realizar registros enfermeros es hacer invisibles los cuidados ofrecidos a los pacientes. La constancia escrita de los cuidados prestados forma parte del cuidado mismo” (4).

Resistencia a las perversiones del sistema y abogacía a favor de los ciudadanos

Paran resistir al sistema mercantilizado-medicalizado retomando a Romero, es importante ressignifica el acto de cuidado como derecho fundamental, privilegiar los cuidados culturalmente congruentes, asumiendo el derecho de abogacía con los más vulnerables y el derecho de la objeción para favorecer la dignidad humana (2).

Generación, difusión y transferencia de conocimiento con impacto social

Es importante que la enfermería en el ámbito de la investigación problematice en el mundo cotidiano de las personas profundizando en los factores que influyen en su bienestar El cotidiano del sujeto se conceptualiza como un espacio de interacción social donde las personas ejercen autonomía para tomar decisiones y ejecutar acciones para cuidar su salud (5).

Si logramos que se genere conocimiento orientado a la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, facilitando su transferencia en los entornos clínicos y comunitarios, favorecemos el impacto social del conocimiento enfermero.

Respecto a este asunto me gustaría compartir con ustedes una propuesta que leí hace dos semanas en una nota de prensa que realiza el Colegio de Enfermería de Cádiz a Manuel Amezcua y se titula:

“Sólo si desarrollamos el lado más pedagógico de nuestros descubrimientos lograremos ser socialmente reconocidos” Amezcua plantea que un investigador tiene que adquirir competencias no solo para comunicar sus resultados en el ámbito científico a través de publicaciones, sino también para dialogar con los que toman decisiones desde un plano político y con los que saben comunicarse mejor con los ciudadanos, los medios de comunicación, aprovechando las potencialidades de las redes sociales (6).

Culminada la sesión de panelistas:

La Doctora Carolina Prada Moreno (Presidenta Organización Colegial de Enfermería) República de Colombia - Enfermera Magister en Ciencias Políticas - Universidad de los Andes- Especialista en Medios de Comunicación Universidad de Los Andes- Ex funcionaria del Ministerio de salud y protección social de Colombia.

Asegura la Doctora Moreno, que la visibilidad se logra mediante la difusión de lo que se hace en la profesión, en eventos como el XI ENCUENTRO BINACIONAL DEL CUIDADO, pero en su caso le asiste una gran inquietud y la movilización del pensamiento y del sentir de enfermería.

En la organización colegial, están buscando formas y caminos estratégicos que conduzcan a ese reconocimiento, de tal forma que pueda ser abordado desde diferentes escenarios en los que enfermería actúa, y entonces se plantea la primera gran pregunta de reflexión social: ¿Qué hacemos si no cuidamos?

La respuesta quizá no sea la más fácil de solventar, pero se requiere del gran salto hacia el futuro de la profesión, la gente se está movilizandando de manera colectiva, pero nuestra voz, aun es muy débil en el sistema de salud colombiano. Las acciones de enfermería dicen de la profesión, desde la forma como se registran los eventos de salud, (si se hace desde la perspectiva de enfermería con sus lenguajes e intervenciones, o si se hace desde el modelo médico desde los lenguajes de estos y con sus diagnósticos).

Recuperar la voz, implica no solo la voz de la interacción directa enfermero – paciente, implica la voz de los lenguajes de enfermería, implica la voz del hacer de la profesión centrado en el cuidado y no en el asistencialismo médico, es tan evidente esto que incluso en las acciones, atenciones y actividades asistenciales los procesos y procedimientos de enfermería se involucran en la atención como un conjunto mas de acciones, pero y ¿dónde queda el hacer profesional?, cuestiona la panelista, se puede mejorar y se debe incluir propuestas en las agendas públicas de salud, porque enfermería es una fuerza no solo en cantidad, sino en presencia, junto al sujeto de cuidado.

Para la doctora Práda es doloroso, conocer de primera mano, muchas verdades y situaciones que pueden ser reveladoras en la profesión y que se deben revisar y problematizadas, como por ejemplo cual es la forma ¿cómo se está involucrando la atención de enfermería en el marco de un modelo de atención en salud?, que plantea como estrategia el trabajo en equipo, pero que carece de contundencia sobre el verdadero rol de enfermería dentro de los denominados: EMS o equipos multidisciplinarios de salud.

En el marco del modelo de atención en salud, puede ser revelador las formas de implementación y los miembros del equipo de salud que lo están integrando y ejecutando, merece especial cuidado lo que se está reglamentando actualmente porque se pretende operar un modelo con elementos de atención primaria en salud, en un esquema evidentemente neoliberal regido por la oferta y demanda, donde las reglas de operación son toras muy diferentes a las de un modelo con enfoque preventivo.

La doctora Prada se atreve a plantear que se investigue como fue la transformación que sufrió la mentalidad de enfermería con la implementación de la ley 100 de 1993, periodo en el cual se perdió parte de la esencia de la profesión, para dar paso a una atención en salud marcada por la economía de mercado, la facturación y la visión del paciente como cliente de un servicio. Esta ruptura en la forma como enfermería intervenía en los procesos de atención hasta antes de la normativa planteada debe ser analizada, discutida e investigada a fondo, considera la invitada que se debe visibilizar a este grupo de enfermeros que se formó antes de la ley 100 de 1993,

pero que inicia su ejercicio profesional en el marco de una normativa, que cambia el modelo de atención en el país.

En este punto otra de las cuestiones para indagar se enfoca en las siguientes cuestiones:

¿Qué pasó con las generaciones de enfermeros que siguieron con el desarrollo del modelo de seguridad social en salud?

¿Qué reglas de juego impuestas generaron choques con el ejercicio de la profesión?, en ese momento, ¿Por qué siendo enfermería el grupo, más numeroso que integra el sector salud, fue el más afectado y el que más choques desde lo profesional, personal y deontológico enfrentó en estos años?

Se debe intervenir porque fue este marco legal, que generó una disrupción en el hacer del cuidado: como pasos a seguir se sugiere:

1. Se debe correr el velo de la profesión, ejercer un riguroso ejercicio valorativo de ciertos puntos de la disciplina que están en crisis con el hacer, claro ejemplo de ello es el tema de los registros de enfermería.
2. Organizarnos en una militancia activa en favor del otro, es decir el paciente. Esto significa desarrollar un nivel de coherencia y organización, que sea significativo y representativo, en lo político se debe intervenir alzando la voz de manera grupal no con una mirada de partidos políticos, sino con una mirada política desde lo gremial, solo uniendo fuerzas se pueden lograr cambios importantes en el sistema de lo contrario es muy difícil de lograr, lo cual implica la representatividad política de manera unificada.
3. De la mano con lo anterior iría desarrollar una cultura política que permee el pensamiento enfermero y que involucre a las nuevas generaciones. En este punto rescata la panelista el papel que puede jugar la academia en este caso, desde el aula con la enseñanza del hacer político como un ejercicio de ciudadanía desde lo público.

4. La capacidad técnica de enfermería debe ir de la mano con el crecimiento científico, la ciencia sin técnica, no genera desarrollo y es el desarrollo de la profesión el que reclama transformaciones desde esta esfera.

5. A las esferas del poder se debe acceder con criterio técnico mas no tecnocrático, un poder sustentado en adecuados elementos técnicos sabiendo sustentar los desafíos de la salud, del entorno y de la profesión.

6. El relevo generacional es importante y los estudiantes son esa fuerza que puede transformar políticas en los gobiernos del mundo cuando se constituyen en una sola fuerza que encara a este con argumentos y razonamientos que permitan ampliar el espacio de reconocimiento de la profesión.

Finaliza la doctora Prada con una pregunta de amplios alcances desde lo éticos: ¿Cómo enfrentar la mala práctica y como afrontamos el problema de esta mala práctica?

La ronda de preguntas estuvo enfocada en tres elementos:

- El desarrollo y logros de la profesión en Panamá
- El impacto del conocimiento en las transformaciones sociales y el ejercicio de nuevas ciudadanías
- El papel de las nuevas generaciones en la transformación de la profesión como factor decisivo del desarrollo de la disciplina en el presente siglo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la Salud. Décima sesión plenaria. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. [Internet] 2011. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>

[5427/A64_R7-](http://5427/A64_R7-%20D%C3%A9cima%20sesi%C3%B3n%20plenaria,%2024%20de%20mayo%20de%202011%20A64/VR/10%20sp.pdf;jsessionid=16B93C4A94818431B6787B504BBFBD6C?sequence=1)

[%20D%C3%A9cima%20sesi%C3%B3n%20plenaria,%2024%20de%20mayo%20de%202011%20A64/VR/10%20sp.pdf;jsessionid=16B93C4A94818431B6787B504BBFBD6C?sequence=1](http://5427/A64_R7-%20D%C3%A9cima%20sesi%C3%B3n%20plenaria,%2024%20de%20mayo%20de%202011%20A64/VR/10%20sp.pdf;jsessionid=16B93C4A94818431B6787B504BBFBD6C?sequence=1)

2. All-Party Parliamentary Group on Global Health: Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. [Internet] London, 17 October 2016. Disponible en: https://www.ghdonline.org/uploads/Triple_Impact_Nursing_Report_-_Key_points_-_Summary.pdf
3. Ministerio de Salud. MinSalud reconoce rol clave de enfermería con MIAS [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-reconoce-rol-clave-de-enfermeras-con-MIAS.aspx>
4. Organización mundial de la Salud. Campaña mundial a favor de las enfermeras y matronas [Internet] Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/es/
5. Rodríguez R. Cuidados de enfermería y su valor social. Extremadura [Internet] 2014. Disponible en: <https://www.hoy.es/extremadura/201411/04/cuidados-enfermeria-valor-social-20141104001611-v.html>
6. Chiesa AM, Bertolozzi MR, Fonseca RMGS. A Enfermagem no cenário atual: ainda há a possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? O Mundo da Saúde. 2000; 24:67-71.
7. Trezza MCAF, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. Rev. Bras Enferm. 2008; 61(6):904-8.

PARTE IV. GALERÍA DE FOTOS



XI ENCUENTRO
BINACIONAL
del Cuidado de
Enfermería









*Reconocimiento Social de Enfermería en las
Prácticas de Cuidado.*

ISSN: (2390-0113)

País de edición: Colombia

Universidad Francisco de Paula Santander

**GRUPO DE
INVESTIGACIÓN**

Cuidado de

Enfermería

Lugar: Hotel Bolívar.

Fecha: 27 y 28 de
septiembre de 2018.

Cúcuta- Colombia

Países participantes:



**XI ENCUENTRO
BINACIONAL**
de Cuidado de

Enfermería