

UNIVERSIDAD **NACIONAL** DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Indexada por/Indexed by/Indexada por:

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS-BIREME)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América
Latina y del Caribe, España y Portugal (LATINDEX)
Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX), categoría A2
Fuente Académica de EBSCO
Scientific Electronic Library Online (SciELO-Colombia)
Incluida en la Base de Datos CUIDEN de la Fundación INDEX y en
Virginia Henderson International Nursing Library
Directory of Open Access Journals (DOAJ)

Esta revista es financiada por el Fondo de la Unidad de Gestión de Investigación de la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Colombia, Sede Bogotá



UNIVERSIDAD **NACIONAL** DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

IGNACIO MANTILLA PRADA
RECTOR GENERAL

JORGE IVÁN BULA ESCOBAR
VICERRECTOR GENERAL

JUAN MANUEL TEJEIRO SARMIENTO
VICERRECTOR ACADÉMICO

DIEGO FERNANDO HERNÁNDEZ LOSADA
VICERRECTOR SEDE BOGOTÁ

CATALINA RAMÍREZ GÓMEZ
SECRETARIA GENERAL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ CONSUEGRA
DECANA
PRESIDENTA DEL CONSEJO DE FACULTAD

ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA
VICEDECANA

MARTHA PATRICIA BEJARANO
DIRECTORA DE BIENESTAR

RUBY LEONOR TOBAR
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA BÁSICA DE SALUD DE COLECTIVOS

SANDRA GUERRERO GAMBOA
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA BÁSICA DE ENFERMERÍA

FANNY RINCÓN OSORIO
DIRECTORA DE CARRERA

LORENA CHAPARRO DÍAZ
DIRECTORA CENTRO DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN

WILLIAM ARLEY TARAZONA CÁCERES
REPRESENTANTE ESTUDIANTEL DE PREGRADO

MAGDA LUCÍA FLÓREZ
SECRETARIA DE FACULTAD
SECRETARIA CONSEJO DE FACULTAD

MARTHA FONTANILLA
REPRESENTANTE DEL CONSEJO SUPERIOR



AVANCES EN ENFERMERÍA

Clara Virginia Caro C. Ph.D.

DIRECTORA

EDITORA JEFE

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Xavier Humberto Páez Ochoa

EDITOR ASISTENTE

Licenciado en Español y Filología Clásica

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

COMITÉ EDITORIAL

María Magdalena Alonso Castillo, Ph.D.

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Pós-Doutorado

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Daniel Eslava A., Ph.D.

Pontificia Universidad Javeriana

Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho, Ph.D.

Universidade Federal do Ceará, Brasil

Jennifer W. Foster, Ph.D.,

Emory University

Yariela N. González Ortega, Ph.D.

Universidad de Panamá, Panamá

Lorena Chaparro Díaz, Ph.D.

Directora Centro de Extensión e Investigación

Mary Luz Jaimes Valencia, Ph.D.

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

Ana Luisa Velandia, Ph.D.

Universidad Nacional de Colombia

Yrene Urbina Rojas, Ph. D.

Universidad Nacional de Tumbes, Perú

Alba Idaly Muñoz, Ph. D.

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO

Marie-Luise Friedemann, Ph.D. RN, Florida International University, Miami, Florida, EE. UU.

Esther Gallegos Cabriaes, Ph.D. México

María Elisa Moreno, Ph.D. Colombia

Omar Antonio Parra, Ph.D. Colombia

Roseni de Sena, Ph.D. Brasil

AVANCES EN ENFERMERÍA

Misión

La revista Avances en Enfermería, es un medio de socialización para los productos científicos derivados de la investigación —revisión de temas, experiencias y reflexiones— de las diferentes comunidades académicas y asistenciales nacionales e internacionales que contribuyen al desarrollo teórico de la disciplina profesional de enfermería.

Visión

Ser un referente nacional e internacional en la divulgación del conocimiento en enfermería y salud, a través de la publicación de piezas científicas de alta calidad que contribuyan al desarrollo de la disciplina.

Mission

The journal Avances en Enfermería is a communication mean to disseminate scientific outcomes derived from research —revision of topics, experiences and reflections— of the various national and international health entities and academic communities that contribute to theoretical growth of the professional nursing trade.

Vision

Become a national and international benchmark in the dissemination of knowledge about areas of nursing and health through the publication of high-quality scientific papers that contribute to the development of the trade.

Missão

A revista Avances en Enfermería é um meio de divulgação dos produtos científicos derivados da pesquisa —revisão de temas, experiências e reflexões— das diferentes comunidades académicas e providenciárias nacionais e internacionais que contribuem com o desenvolvimento teórico da disciplina profissional da enfermagem.

Visão

Ser um referente nacional e internacional na divulgação do conhecimento nas áreas de enfermagem e saúde através da publicação de trabalhos científicos de alta qualidade que contribuam com o desenvolvimento da disciplina.

Es la publicación oficial científica seriada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá; Colombia, Sur América. Se creó en mayo de 1982 y publica contribuciones originales de enfermería, disciplinas relacionadas con salud y otros campos de desempeño, aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, y contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud.

Divulga artículos inéditos, en idiomas español, inglés y portugués, es decir: documentos que no han sido publicados antes en otros formatos (electrónicos o impresos) y que no han sido sometidos a consideración de otras publicaciones o medios.

- Los usuarios de la revista son profesionales de la salud y de las ciencias humanas y sociales.
- Se puede acceder al texto completo de los artículos a través de la página web de la revista (<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>).
- Reproducción: prohibida la reproducción impresa de artículos con fines no académicos.
- Las opiniones y juicios emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen a la revista ni a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

AVANCES EN ENFERMERÍA

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>
e-mail: revavenf_febog@unal.edu.co

Volumen XXXII N.º 2 julio-diciembre 2014
ISSN (impreso): 0121-4500
ISSN (en línea): 2346-0261 av.enferm.
© Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra
Diagramación: Julián Hernández-Taller de diseño
Preparación editorial e impresión: Digiprint Editores E.U.
Impreso en Colombia-Printed in Colombia

PARES EVALUADORES DEL PRESENTE NÚMERO

MG. MAGDA LUCÍA FLÓREZ FLÓREZ Universidad Nacional de Colombia	DRA. CHRISTINE BACCARAT DE GODOY MARTINS Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
MG. INNA ELIDA DEL R. FLÓREZ TORRES Universidad de Cartagena	MG. MYRIAM ABAÚNZA DE GONZALEZ Universidad Nacional de Colombia
MG. JAVIER ALONSO BULA ROMERO Universidad Nacional de Colombia	DRA. MARÍA ERLEY ORJUELA REMÍREZ Universidad Nacional de Colombia
MG. CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBAÑEZ Universidad del Tolima	MG. ANA HELENA PUERTO GUERRERO Universidad Nacional de Colombia
MG. MILDRED GUARNIZO TORRES Universidad del Bosque	MG. NELLY ESTHER CÁLIZ ROMERO Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
DR. MANUEL ANTONIO VELANDIA MORA Universidad Cooperativa de Colombia	DRA. MARÍA ELISA MORENO FERGUSON Universidad de la Sabana
DRA. MARY LUZ JAIMES Universidad Autónoma de Bucaramanga	MG. MITZI CAROLINA LETELIER VALDIVIA Universidad de los Andes/Chile
MG. SONIA PATRICIA CARREÑO MORENO Universidad Nacional de Colombia	MG. CELMIRA LAZA VASQUEZ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
DRA. ANA LUISA VELANDIA Universidad Nacional de Colombia	DRA. ALBA LUCERO LÓPEZ DÍAZ Universidad Nacional de Colombia
MG. IRENE ESGUERRA VELANDIA Universidad Nacional de Colombia	MG. VLIMA FLORIZA VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ Universidad Nacional de Colombia
DRA. VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA Universidade Federal do Ceará	MG. MADELEINE OLIVELLA FERNÁNDEZ Universidad del Tolima
MG. ANDRÉS FELIPE TIRADO OTÁLVARO Universidad Pontificia Bolivariana/Medellín	DRA. LORENA CHAPPARO DÍAZ Universidad Nacional de Colombia
DRA. DORA MARIELA SALCEDO BARRIENTOS Universidade de São Paulo	

Contenido

EDITORIAL

17. 10 años de la Ley 911 de 2004
 ÁNGELA LOPERA DE PEÑA183

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

18. Guía de práctica clínica: cuidado de enfermería en UCI a la persona con trauma torácico penetrante
Practical clinic guide: nursery care in UCI for persons with penetrating thoracic trauma
Guia de prática clínica: cuidado de enfermagem em UCI à pessoa com trauma torácico penetrante
 MYRIAM PARRA, SANDRA ROCÍO GUÁQUETA.184
19. “Hablando de sexualidad”: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali
“Talking about sexuality”: a look from the parents at the processes of education with their teenage sons and daughters in lower social strata from Cali
“Falando de sexualidade”: um olhar dos pais e as mães aos processos de formação com seus filhos/as adolescentes em estratos de renda baixa de Cali
 TERESITA MARÍA SEVILLA, LINDA TERESA ORCASITA191
20. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal
Perceived social support and quality of life of people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation
Suporte social percebido e qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica submetidas a transplante renal
 JUDITH MEDELLÍN OLAYA, GLORIA MABEL CARRILLO GONZÁLEZ206
21. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia
Job satisfaction in nursing in a fourth level attention health institute, Bogotá, Colombia
Satisfação no trabalho em enfermagem em uma instituição de saúde de quarto nível de atenção, Bogotá, Colombia
 JOHANA ENYD CIFUENTES RODRÍGUEZ, FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL217
22. La mujer en la organización comunitaria y su articulación con instituciones del sector público y privado
Women in the community organization and their articulation with institutions of the public and private sector
A mulher na organização comunitária e sua articulação com instituições do setor público e privado
 VENUS ELIZABETH MEDINA MALDONADO.228
23. Parasitosis intestinal y anemia en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomaprieta, Colombia
Intestinal parasites and anemia in Indian reservation Cañamomo-Lomaprieta, Colombia
Parasitas intestinais e anemia em reserva indígena Cañamomo-Lomaprieta, Colômbia
 JAIBERTH ANTONIO CARDONA ARIAS, YENNIFER RIVERA PALOMINO,
 OSMAN MAURICIO LLANES AGUDELO235
24. Uso de contraceptivos por púerperas adolescentes
Use of birth control by teenage who have just given birth
Uso de anticoncepcionais por parturientas adolescentes
 FERNANDA SCHULZ DA ROSA, DIANA CECAGNO, SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE
 SIMONÍ SARAIVA BORDIGNON, MARILU CORREA SOARES, ANA CÂNDIDA LOPES CORRÊA245

25. Estudio observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica <i>Observational study of clinical validation of the nursing diagnosis of sexual dysfunction in patients with chronic cardiac insufficiency</i> <i>Estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica</i>	
VANESSA ALVES DA SILVA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, ROSANA OLIVEIRA DE SOUZA, WOLNEY ANDRADE DE MARTINS, JOEL MAURÍCIO CORRÊA DA ROSA252
26. “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería <i>“Being there”, the meaning of spiritual care: the vision of nursing professionals</i> <i>“Estar aí”, significado do cuidado espiritual: o olhar dos profissionais de enfermagem</i>	
SANDRA PATRICIA URIBE VELÁSQUEZ, MARÍA ISABEL LAGOUETTE GÓMEZ261
27. Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería <i>Psychosocial risk factors at work: gender and nursing</i> <i>Fatores de risco psicossociais no trabalho: gênero e enfermagem</i>	
PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ, SANDRA VALENZUELA SUAZO, TATIANA PARAVIC KLIJN271
28. La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería <i>Qualitative research: a creative act for nursing</i> <i>A pesquisa qualitativa: um ato criativo pela enfermagem</i>	
MARÍA MERCEDES ARIAS VALENCIA, DORA LUCÍA GAVIRIA NOREÑA280
ARTÍCULO DE REFLEXIÓN	
29. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial <i>Reflexión sobre los centros de atención psicossocial</i> <i>Reflating on psychosocial attention centers</i>	
ÂNDREA CARDOSO DE SOUZA, ANA PAULA DE FREITAS GULJOR, JORGE LUIZ LIMA DA SILVA.292
30. Contribuciones del Nuevo Modelo Pedagógico de enfermería para la carrera <i>Contributions of the New Pedagogic Model for nursing career</i> <i>Contribuições do Novo Modelo Pedagógico de enfermagem para a carreira</i>	
ARTURO ALEXANDER SEGURA MASSÓ299
REVISIÓN DE TEMA	
31. La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo <i>The nursery situation: “a miracle of life” in the integral application of the concept of mourning</i> <i>A situação de enfermagem: “um milagre da vida” na aplicação do conceito de luto</i>	
NORMA YANETH NOGUERA ORTIZ, CATALINA PÉREZ RUIZ306
INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES314
CERTIFICADOS DE ORIGINALIDAD323

10 años de la Ley 911 de 2004

ÁNGELA LOPERA DE PEÑA*

La Ley 911 de 2004, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”¹, nació hace diez años, por mandato de la Ley 266 de 1996, la cual en el capítulo de funciones del Tribunal Nacional Ético de Enfermería (TNEE), dice: “Adoptar el Código de Ética de Enfermería”². La convicción, la capacidad de argumentación, el empuje, el empeño y el compromiso de las enfermeras que fungían como magistradas del TNEE en ese momento lograron la construcción, la aprobación y la sanción presidencial. Pero este resultado no se hubiera obtenido sin el liderazgo de su presidenta Nelly Garzón Alarcón y de la abogada Eugenia Santamaría Muñoz, la asesoría de los tribunales homólogos y de juristas y sin el apoyo de congresistas.

¿Qué ha aportado la Ley 911 de 2004 a la enfermería y al país?

1. El código deontológico, que es un indicador de madurez y desarrollo de una profesión, porque es la carta de navegación del ejercicio. Así mismo, el código de enfermería establece principios, valores y conductas para el cuidado de la salud y de la vida, como también para la aplicación del propio proceso deontológico disciplinario.
2. Cambios significativos en la profesión, en la medida en que: ha sido pilar de la autorregulación y del desarrollo de autonomía; ha contribuido a mejorar la calidad del cuidado de enfermería; ha sido garante de la sociedad porque puede presentar ante los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería sus quejas; y

ha otorgado las garantías necesarias a los profesionales implicados en una queja, pues determina que sean investigados en temas deontológico-disciplinarios por pares mediante la aplicación del proceso establecido por la ley, que nació del gremio y para el gremio.

3. Estudio de la ética y la deontología, consecuencia de los debates generados en la socialización realizada por los tribunales de ética a lo largo y ancho del país. Las discusiones abarcan temas como el consentimiento informado, el secreto profesional, la objeción de conciencia, la responsabilidad con los registros de enfermería y las condiciones para el ejercicio de la profesión, asuntos que siembran inquietudes e impulsan su estudio e investigación.

Desde el nacimiento de la Ley hasta la fecha se han investigado 525 quejas, cuyo resultado, en resumen, es el siguiente: el mayor número de quejas ha sido sobre administración de medicamentos, sin embargo, en esta categoría se comprobaron sólo cinco (5) faltas a la deontología. La falta deontológica más común fue el incumplimiento de los estándares de calidad de cuidado de enfermería, lo cual podría explicarse porque todo error en el cuidado de enfermería tiene que ver con esta categoría. Las faltas a la deontología relacionadas con la comunicación, que fueron siete (7), tuvieron un peso importante. Los procesos concluyeron así: 266 resoluciones inhibitorias, 136 por preclusión, 79 autos de prescripción, 6 fallos absolutorios y 38 fallos sancionatorios; sólo hubo 6 apelaciones. De éstas, el Tribunal de Segunda Instancia (TNEE) confirmó el fallo en todas sus partes a dos sanciones; se redujo la sanción a dos profesionales; se abstuvo de conocer una apelación porque el recurso se formuló en forma incorrecta y se decretó la prescripción de una.

* Presidenta Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

1 República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 45.693, 6 de octubre de 2004.

2 República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 42.710, 5 de febrero de 1996.

Guía de práctica clínica: cuidado de enfermería en UCI a la persona con trauma torácico penetrante

Practical clinic guide: nursery care in UCI for persons with penetrating thoracic trauma

Guia de prática clínica: cuidado de enfermagem em UCI à pessoa com trauma torácico penetrante

MYRIAM PARRA*

SANDRA ROCÍO GUÁQUETA**

Resumen

En Colombia la violencia y sus múltiples manifestaciones constituyen hoy un problema multidimensional, socioculturalmente relevante y de elevada complejidad. Desde el campo de la salud, la violencia en Colombia es el principal problema de salud pública. Las estadísticas con relación a este fenómeno muestran que el trauma en el mundo occidental constituye la tercera causa de muerte después del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. La población más afectada por trauma es la menor de 45 años, presentando la máxima incidencia entre los 20 y 40 años. El trauma penetrante del tórax usualmente es causado por heridas por arma blanca o por arma de fuego. Mientras que el trauma cerrado ocurre por golpes, compresión o desaceleración, especialmente como consecuencia de accidentes de tráfico. Hablar de intervenciones o cuidados de enfermería eficaces para el cuidado de pacientes con trauma de tórax penetrante implica revisar en la literatura científica los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos que aborden este tema. La técnica más indicada desde la labor

investigativa es el diseño de una guía de manejo clínico basada en la evidencia científica. El objetivo fue diseñar una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el cuidado de enfermería a la persona con trauma torácico penetrante en la Unidad de Cuidado Intensivo, con el fin de proporcionar la mejor evidencia para el cuidado. La metodología para el diseño de ésta fue la práctica de enfermería basada en la evidencia. Este proceso se desarrolló en cinco fases: a) Selección y prelación del tema; b) Elaboración de preguntas teniendo como base la metodología *PICOT*; c) Los dominios definidos de enfermería y la determinación de desenlaces; d) Búsqueda y síntesis de la evidencia; f) Identificación de los estudios y la calificación de la evidencia. Se elaboraron 16 preguntas a partir de los dominios de enfermería definidos: dominio de diagnóstico, de cuidado de enfermería y de pronóstico, incorporando la evidencia de los usuarios profesionales y la de los pacientes. Se construyeron 41 recomendaciones respaldadas en estudios investigativos con evidencia científica calificada así: 20 (48%) de las recomendaciones obtuvieron un grado de recomendación B, 14 (34%), C, 4 (9.7%), A y 3 (7.3%), D.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Guía de Práctica Clínica; Cuidados Intensivos (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

In Colombia, violence and its various manifestations are a multi-dimensional problem, socioculturally relevant and highly complex. From the field of health, violence in Colombia is the main public health problem. Statistics relating to this phenomenon show that in western society trauma is the

* Myriam Parra Vargas. Universidad del Rosario. Escuela de Enfermeras Cruz Roja Colombiana. Especialista Clínica en Enfermería Cardiorespiratoria y Renal, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación Universidad de la Sabana. Profesora Pensionada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Email: mparrav@unal.edu.co

** Sandra Rocío Guáqueta Parada. Enfermera Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en Cardiorespiratorio Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación, Pontificia Universidad Javeriana. Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: srguaquetap@unal.edu.co

third main cause of death after cancer and cardiovascular disease. The population most affected by this is under 45 years old, the highest impact being on the 20 to 40 years old population. Penetrating thoracic trauma is usually caused by bladed weapons wounds or by firearms. Closed trauma is caused by blows, compression or deceleration, specially due to traffic accidents. To talk about efficient intervention or nursing care for patients with penetrating thoracic trauma implies to go through the results of quantitative and qualitative studies in scientific literature about this subject. The proper technique from the investigative point of view is to design a guide for clinical use based on scientific evidence. The objective was to design a practical clinical guide based on the evidence for nursing care of the person with penetrating thoracic trauma in the Unit of Intensive Care, to provide the best evidence for care. The methodology for the design was the practice of nursery based on evidence. This process was developed in five stages: a) Selection and priority of the subject; b) Preparation of questions with the *PICOT* methodology as base; c) The defined fields of nursery and the determination of outcomes; d) Search and synthesis of evidence; f) Identification of the studies and qualification of the evidence. 16 questions were made from the defined fields of nursery: diagnostic, nursery care and prognosis, incorporating the evidence of professional users and patients. 41 recommendations were prepared supported by investigative studies with scientific evidence qualified in this manner: 20 (48%) of the recommendations got a B grade of recommendation, 14 (34%), a grade C of recommendation, 4 (9.7%), a grade of recommendation A and 3 (7.3%) a grade of recommendation D.

Key words: Nursing Care; Practice Guideline; Intensive Care (Source: DECS BIREME).

Resumo

Na Colômbia, a violência e suas múltiplas manifestações constituem hoje um problema multidimensional, social e culturalmente relevante, e de elevada complexidade. Desde o campo da saúde, a violência na Colômbia é o principal problema de saúde pública. As estatísticas com relação a este fenômeno, mostram que o trauma no mundo ocidental, constitui a terceira causa de morte, depois do câncer e das doenças cardiovasculares. A população mais afetada por trauma é a de menos de 45 anos, apresentando a maior incidência entre os 20 e 40 anos. O trauma penetrante do tórax é, usualmente, causado por feridas com arma branca o por arma de fogo. Enquanto que o trauma fechado ocorre por batidas, compressão ou desaceleração, especialmente como consequência de acidentes de trânsito. Referir-se a intervenções ou cuidados de enfermagem eficazes para o cuidado de pacientes com trauma de tórax penetrante, implica revisar na literatura científica os resultados de estudos qualitativos e quantitativos que

abordem este tema. A técnica mais indicada desde o trabalho de pesquisa, é o desenho de um roteiro de manejo clínico baseada na evidência científica. O objetivo foi desenhar um roteiro de prática clínica baseada na evidência para o cuidado de enfermagem à pessoa com trauma torácico penetrante em uma Unidade de Terapia Intensiva, com o fim de proporcionar a melhor evidência para o cuidado. A metodologia para o desenho do roteiro foi a prática de enfermagem baseada na evidência. Este processo se desenvolveu em cinco fases: a) Seleção e priorização do tema; b) Elaboração de perguntas tendo como base a metodologia *PICOT*; c) Os domínios definidos de enfermagem e a determinação de desenlaces; d) Busca e síntese da evidência; f) Identificação dos estudos e a qualificação da evidência. Elaboraram-se 16 perguntas a partir dos domínios de enfermagem definidos: domínio de diagnóstico, de cuidado de enfermagem e de prognóstico, incorporando a evidência dos usuários profissionais e a dos pacientes. Construíram-se 41 recomendações respaldadas em estudos investigativos com evidência científica, qualificada assim: 20 (48%) das recomendações obtiveram um grau de recomendação B, 14 (34%) um grau de recomendação C, 4 (9,7%) um grau de recomendação A, e 3 (7,3%) um grau de recomendação D.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Guia de Prática Clínica; Terapia Intensiva (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

El rol asistencial del profesional de enfermería en los servicios de urgencias y unidades de cuidado intensivo tiene un enfoque de cuidado integral, es decir: considera a la persona como un ser multidimensional, que ante cualquier agresión física, mental o social experimenta respuestas humanas particulares que afectan su individualidad, sus relaciones familiares y sociales y el desempeño de roles.

El cuidado de enfermería de las personas que ingresan a las UCI por problemas de trauma penetrante de tórax inicia con los procesos de valoración integral, dando prioridad a la valoración del patrón respiratorio y cardiovascular por considerarse las funciones vitales directamente comprometidas en este tipo de lesiones. En esta etapa, la enfermera precisará el grado de incomodidad generada por el dolor, la angustia, la dificultad respiratoria, la limitación del movimiento, la preocupación por las terapéuticas invasivas y por los sistemas de soporte vital utilizados en el proceso de recuperación y tratamiento específicos.

El cuidado de enfermería se torna complejo y especializado cuando los pacientes con trauma de tórax —hospitalizados en la UCI— no están conscientes a causa de

los tratamientos de sedación, de las complicaciones en algunos sistemas vitales, la utilización de soporte mecánico ventilatorio u otras terapias que por su estado sean requeridas. Las intervenciones que priman en el plan de cuidados para el paciente son: el mantenimiento de la vía aérea permeable, los cuidados del soporte mecánico ventilatorio, la administración de medicamentos, el cuidado de catéteres centrales y el manejo de los sistemas de monitoreo invasivo, los cambios de posición, los cuidados para dar confort y las medidas para mantener la nutrición y eliminación.

Una vez valorado el paciente, la enfermera continúa con el proceso de análisis e interpretación de datos significativos que le permitan emitir un diagnóstico de enfermería y a partir de éste formular el plan que guíe el cuidado. En este proceso pueden surgir muchas preguntas derivadas del estado general de cada paciente, algunas de ellas con respuestas claras y precisas y otras que ameritan búsqueda de soluciones interdisciplinarias. La responsabilidad radica en tomar las mejores decisiones para resolver los problemas relevantes en el cuidado de los pacientes.

El proceso anterior implica que el profesional de enfermería tenga sólidos conocimientos científico-clínicos, de relación interpersonal, éticos y estéticos para brindar un cuidado de calidad y aportar a la pronta recuperación del paciente. Es en este marco de responsabilidades del profesional de enfermería con el cuidado de personas con trauma de tórax penetrante que cobra vital importancia el diseño de guías de práctica clínica de enfermería específicas, utilizando la metodología científica.

Actualmente, la enfermería avanza en el tema de la enfermería basada en la evidencia científica como un proceso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación. Las guías de práctica clínica basadas en evidencia científica aportan un nuevo modelo de práctica asistencial, lo que requiere un cambio de pensamiento y la forma de abordar el trabajo, que consiste en aplicar, en la práctica profesional, aquellos hechos cuya validez está demostrada científicamente. Sirven para compartir conocimientos, experiencias y perspectivas, además de divulgar principios y los instrumentos de mejor calidad en el cuidado de enfermería.

Siendo el trauma torácico penetrante una de las causas de mortalidad y morbilidad frecuentes en Colombia, la implementación de una Guía Práctica Clínica para la persona con este trauma representa para la comunidad de enfermería un reto en el avance del conocimiento relacionado con el cuidado del paciente.

Propósitos de la investigación

Proporcionar recomendaciones para el cuidado de enfermería a la persona que ha sufrido un trauma de tórax abierto y que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo; diseñar una guía de enfermería basada en la mejor evidencia científica para el cuidado de enfermería a la persona que ha sufrido un trauma de tórax abierto y que se encuentra hospitalizado en una UCI para la transformación de la práctica del cuidado de pacientes críticos con trauma de tórax abierto.

Las recomendaciones de esta guía están orientadas a: la toma de decisiones para la resolución de los problemas reales y potenciales más frecuentes en este tipo de pacientes; dirigir la práctica de enfermería de una forma científica, crítica y reflexiva, propendiendo por el mejoramiento de la calidad del cuidado; la satisfacción del paciente y su familia; la reducción de estancias prolongadas hospitalarias; la minimización de riesgos para el paciente derivados de su estado agudo y crítico de salud; y la satisfacción y seguridad para los enfermeros de proveer un cuidado basado en la mejor evidencia.

Materiales y Métodos

Para el diseño de la guía se conformó un grupo de enfermeras docentes expertas en el área de cuidados críticos y se utilizó la metodología de la *Práctica de enfermería basada en evidencia*, la cual consiste en utilizar investigaciones cuantitativas y cualitativas para buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación —qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados— (1).

Además, se tomó como referencia el concepto de *Guía de Práctica Clínica del Instituto de Medicina de EE. UU.*, que la define como “Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las acciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en la solución de un problema de salud o una condición clínica específica” (2). El proceso se desarrolló durante las siguientes fases:

- **Primera fase. Selección y prelación de temas:** selección del tema *Cuidado de enfermería para la persona con trauma de tórax abierto intencional*, teniendo en cuenta el análisis de las principales causas de mortalidad en hospitales de similar complejidad al estudio de mercado del Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Colombia y la experticia clínica de las docentes y los participantes en el equipo de Guías de Práctica Clínica de Enfermería.

Esta etapa implicó el diligenciamiento de seis instrumentos: A1. Selección de un tema; A2. Propuesta de un tema; A3. Instructivo de priorización; A4. Ponderación e importancia de cada dominio; A5. Ponderación final; A6. Declaración de conflicto de intereses.

- **Segunda fase. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces:** para la elaboración de preguntas se realizó un taller orientado a mostrar una experiencia exitosa en este proceso con asesoría metodológica *PICOT* para la formulación de preguntas. Esta metodología consiste en determinar los elementos: *P*, la población objeto de estudio a quien va dirigida la guía; *I* define las intervenciones; *C*, los comparadores; *O*, los desenlaces; y *T*, el tiempo.

A partir de este proceso se hizo una búsqueda sistemática sobre los dominios propios de la enfermería a fin de concretar las preguntas que guiarán la búsqueda de evidencia. Como resultado del proceso se clarificó la importancia de insistir en la definición de dominios propios de la enfermería y se sugirió tener en cuenta lo pertinente a los diagnósticos de la *NANDA*, los *NIC* y los *NOC*. Se insistió en la importancia de hacer una búsqueda de otros dominios referenciados en la literatura y se decidió trabajar en la elaboración de preguntas y en la búsqueda sistemática a partir de los dominios de la práctica de enfermería “cuidado a pacientes graves”: diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables, proporcionar medidas de confort, mantener la seguridad del paciente, cuidar a la familia del paciente, prevenir los peligros por causas tecnológicas, afrontar la muerte, comunicar las diferentes perspectivas y discutir las, asegurar la calidad y solventar la crisis, alto conocimiento práctico y liderazgo. Se incluyeron los patrones funcionales de salud, las situaciones de enfermería y la valoración al paciente como ser integral.

La determinación de desenlaces importantes en esta fase se desarrolló a partir de la revisión de documentos generados por el equipo líder, la asistencia al taller soporte y el diligenciamiento de formatos. Se hizo un énfasis especial a los desenlaces terapéuticos e intervencionistas, especialmente de tipo farmacológico y quirúrgico. Fue importante retomar lo que significa para la enfermería los desenlaces de una mala práctica y los eventos adversos de algunos procedimientos y terapéuticas.

- **Tercera fase. Decisiones acerca de qué tipo de evidencia incluir:** las decisiones acerca de qué tipo de evidencia incluir se realizaron mediante el estudio de material preparado por el equipo líder, desarrollo de un taller sobre el tipo de estudios y de evidencia científica. En el taller se resolvió un ejercicio de aplicación que conduciría la etapa siguiente.

Entre la tercera y cuarta etapa se desarrolló simultáneamente una sub-etapa relacionada con la consulta a usuarios de la guía. Para esto fue necesario contactar tres

enfermeras expertas en cuidado crítico, dos de ellas académicas y una de asistencia, con el fin de diligenciar un formato para precisar aspectos propios de la utilización y pertinencia de esta guía. Además, se contactaron tres pacientes con experiencia de hospitalización en la UCI por un diagnóstico de trauma de tórax abierto.

- **Cuarta fase. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible:** a partir de las 20 preguntas seleccionadas para construir la guía de enfermería, se programó la búsqueda sistemática de los elementos esenciales para cada guía: los factores de riesgo, diagnósticos de enfermería, tratamiento, el cuidado de enfermería, eventos adversos y las intervenciones. La búsqueda se realizó en *PUBMED*, base de datos especializada en salud y utilizada por el personal de salud a nivel mundial. Se revisaron 250 *abstracts* y artículos completos. Posteriormente, se elaboró una tabla para registrar los artículos que sirvieron para argumentar recomendaciones en la guía y que tuvieron relación con una o varias preguntas de las 20 seleccionadas. Esta búsqueda se complementó con otras en las siguientes bases de datos: *LILACS*, *MEDLINE*, *CUIDEN*, *EVIDENTIA*, *COCHRANE*.

Para cada una de las bases anteriores se elaboró una matriz, donde se registró el tipo de estudio, su pertinencia en la guía y el tipo de pregunta que resuelve. En total, se revisaron 900 estudios.

- **Quinta fase. Calificación de la evidencia:** el equipo de enfermería inició esta etapa con el apoyo de la asesora metodológica. El trabajo consistió en leer y analizar cada uno de los artículos seleccionados para cada pregunta elaborada. Esta etapa es considerada por el grupo y por los asesores líderes del proyecto como la de mayor dedicación, puesto que simultáneamente en la lectura y en el análisis de cada artículo se definieron las recomendaciones que sustentarán la guía y la detección de preguntas que poseían baja evidencia científica para reiniciar un nuevo proceso de búsqueda, selección y revisión de evidencias. Para la calificación de los artículos y la sustentación del grado de evidencia, se utilizaron los niveles de evidencia científica cuantitativa y cualitativa y los criterios para calificar los grados de recomendación.

Resultados

Durante el proceso investigativo, se elaboraron 16 preguntas a partir de las cuales se formularon 41 recomendaciones derivadas de los tres dominios definidos en la guía: *Dominio de diagnóstico de enfermería*, con 5 recomendaciones (12%), *Dominio de cuidado de enfermería*, con 35 recomendaciones (85%) y *Dominio de pronóstico*, con 1 recomendación (2%).

Las recomendaciones elaboradas en los dominios de diagnósticos de enfermería, cuidado de enfermería y

factores pronóstico surgen a partir de la calificación de artículos investigativos cuyos diseños eran de tipo meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, casos y controles, con poco riesgo de sesgo y aplicables a la población diana de la guía.

En el dominio diagnóstico, la distribución de los niveles de evidencia estuvo calificada entre 5 recomendaciones: 2 de grado A y 3 de grado B, a partir de dos preguntas. Una de las recomendaciones elaboradas en este dominio fue la clasificación de los diagnósticos *NANDA* (*North American Nursing Diagnosis Association*), documento de referencia utilizado por las enfermeras para orientar el proceso de valoración del paciente con trauma de tórax abierto. Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación, A (3). Para realizar una mejor valoración del dolor al paciente inconsciente, se recomienda usar el *CPOT* (*Critical Care Pain Observation Tool*). Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación, A (4).

Al conocer que en los primeros siete días el dolor en los pacientes con trauma de tórax moderado no disminuyó a pesar de los analgésicos, se recomendó informar al paciente sobre el tiempo de recuperación. Nivel de evidencia, 1++. Grado de recomendación, A (5). En el dominio de cuidado de enfermería, los niveles de evidencia estuvieron entre 1+, 2+ y 2++, permitiendo elaborar 35 recomendaciones: 2 de grado A, 16 de grado B, 14 de grado C y 3 de grado D, a partir de 13 preguntas construidas.

Algunas recomendaciones son:

- Debe implementarse un plan de cuidados de enfermería basado en diagnósticos prioritarios a pacientes con trauma penetrante torácico en UCI. Nivel de evidencia: 2++. Grado de recomendación: C (6).
- Las enfermeras deberán conocer que la posición del cuerpo tiene efectos en la oxigenación, por lo tanto es importante hacer una adecuada valoración para asegurar una intervención efectiva y oportuna con respecto a los cambios de posición. Nivel de evidencia: 1+. Grado de recomendación: B (7). Se recomienda en pacientes en condición crítica de salud usar la posición prona y la rotación continua lateral para favorecer la oxigenación y prevenir la neumonía nosocomial. Nivel de evidencia: 1+. Grado de recomendación: B (8).
- Para asegurar el bienestar del paciente con trauma de tórax, el profesional de enfermería debería incluir dentro de su plan de cuidado la atención a las necesidades especiales del paciente, como dolor, ansiedad y desconocimiento del proceso de hospitalización. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: C (9).

- Para disminuir el riesgo de infección en el paciente con trauma de tórax penetrante, la enfermera debe identificar los factores de riesgo de éste (duración prolongada de toracotomía, el tiempo estancia en la UCI y la presencia de contusiones, laparotomía y hematoma retenido). Nivel de evidencia: 2++. Grado de recomendación: A (10, 15, 16).
- En el cuidado de enfermería se deberá incluir intervenciones para disminuir la ansiedad, tales como la musicoterapia, el masaje, la terapia de tocar, la aromaterapia y los ejercicios de relajación. Nivel de evidencia: 2++. Grado de recomendación: B (11).
- Si un paciente con drenaje *clampeado* presenta aumento de la respiración y enfisema subcutáneo, el drenaje debe ser inmediatamente *desclampeado* y dar aviso inmediato al médico. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: C (12).
- Los tubos de drenaje deben ser conectados a un sistema de drenaje simple, asegurando que el tubo de drenaje esté por debajo del nivel de agua. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: C (13).
- En el dominio de factores pronóstico los niveles de evidencia estuvieron entre 2++ y 1++. La recomendación es: informar a los pacientes sobre los programas existentes para su proceso de recuperación posterior a su egreso hospitalario. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: B (14).

Conclusiones

La metodología de evidencia científica de enfermería aplicada a los problemas de la práctica del cuidado en la UCI es una excelente estrategia para planear el cuidado de los pacientes en estado crítico, puesto que permite hacer recomendaciones basadas en procesos investigativos rigurosos.

Los dominios de enfermería utilizados en la búsqueda sistemática de investigaciones para responder las preguntas que guiaron el diseño de la guía fueron fundamentales para precisar la selección de los artículos científicos.

El diseño de las preguntas *PICOT* orientadoras de la búsqueda sistemática deben seguir un proceso activo de consenso y discusión de expertos, para evitar la realización de búsquedas de estudios no pertinentes al tema objeto de la guía.

La elaboración de las recomendaciones centradas en los dominios de diagnóstico de enfermería, cuidado de enfermería y dominio pronóstico proporcionan a la enfermería aspectos relevantes a tener en cuenta en el plan de cuidado, de tal manera que contribuyen en la satisfacción de las necesidades del paciente con trauma de tórax penetrante.

Las recomendaciones que aporta esta guía para el cuidado de enfermería del paciente con trauma de tórax penetrante están fundamentadas en las evidencias científicas, como lo demuestran los niveles de evidencia y grados de recomendación. Éstos aportan elementos importantes en la toma de decisiones del profesional de enfermería para brindar un cuidado integral al paciente con trauma de tórax penetrante hospitalizado en las unidades de cuidado intensivo.

Las 41 recomendaciones de la guía se respaldan en estudios investigativos con evidencia científica calificada, así: 20 (48%) de las recomendaciones obtuvieron un grado de recomendación B, 14 (34%), un grado de recomendación C, 4 (9.7%), un grado de recomendación A y 3 (7.3%), un grado de recomendación D.

Las recomendaciones de esta guía tienen incorporado el nivel de evidencia de los pacientes y de los consumidores de la guía, situación que contribuye en buena medida a tener una perspectiva amplia para la formulación de planes de cuidado específicos para pacientes con trauma de tórax penetrante en la UCI.

Las 5 recomendaciones elaboradas en la guía en el dominio de diagnóstico de enfermería, que corresponden al 12% (5), están calificadas con niveles de evidencia de 1+ y 1++, generando 2 recomendaciones de grado A y 3 de grado B, lo que significa que el respaldo científico corresponde a estudios tipo meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico con poco riesgo de sesgo y aplicable a la población diana.

Las recomendaciones elaboradas en el dominio de diagnóstico de enfermería que corresponden al 12% contribuyen directamente al mejoramiento de la valoración de enfermería y por ende a la identificación de las necesidades para establecer los diagnósticos de enfermería prioritarios en este tipo de pacientes.

Las 35 recomendaciones elaboradas para el dominio de cuidado de enfermería del paciente con trauma de tórax penetrante hospitalizado en la UCI que corresponden al 85% tuvieron un nivel de evidencia entre 1+, 1++, 2+ y 3, y los grados de recomendación fueron: 2 (6%) de grado de recomendación A, 16 (46%) de grado de recomendación B, 14 (40%) de grado de recomendación C y 3 (8%) de grado de recomendación D. Lo que significa que los estudios investigativos que respaldan estas recomendaciones son estudios de tipo meta-análisis, revisión sistemática, ensayos clínicos, casos y controles.

Las recomendaciones enunciadas en la guía en el dominio de cuidado de enfermería le aportan a los enfermeros la estructuración de un plan de cuidado dirigido a satisfacer las necesidades prioritarias identificadas en el paciente de una manera integral, en donde se tenga en cuenta el bienestar físico y mental, la minimización de riesgos y la recuperación temprana.

La recomendación formulada para el dominio de pronóstico que corresponde al 2,4% está calificada con niveles de evidencia 1++, con un grado de recomendación B, respaldado en estudios de meta-análisis, revisión sistemática y estudios de casos, con poco riesgo de sesgo y aplicables a la población diana.

La recomendación grado B que se enuncia en la guía en el dominio de pronóstico permite que el cuidado de la enfermería trascienda más allá del ámbito intrahospitalario y se le involucre al paciente en programas que contribuyan a su seguimiento e incorporación a su actividad diaria.

A partir de la búsqueda de la evidencia del tema en mención, surgen preguntas que pueden generar futuras investigaciones:

- ¿Cómo cuidar efectivamente los sistemas de drenaje cerrado de tórax?
- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la persona con déficit de autocuidado que ha sufrido trauma de tórax abierto?

Agradecimientos

- Al grupo de apoyo metodológico: Marcela Torres Q. F. Msc (C).
- A los profesionales de enfermería y a los pacientes y familiares que contribuyeron en la incorporación de las evidencias de los usuarios.
- Al Consejo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

- (1) Muñoz MP, Ruiz CJ. Guías de práctica clínica (I): Conceptos básicos. *Evid Pediatr*. 2008 jul;4:61.
- (2) García S, Jiménez GN, Ruiz MM. Medicina basada en la evidencia. Guías de práctica clínica. *Bioquímica y Patología Clínica* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 20 jun 2009];69(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/651/65169307.pdf>

- (3) Müller SM, Lavin MA, Needham I, Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud*. 2007 Jul;44(5):702-713.
- (4) Gélinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. *Clin J Pain*. 2007 Jul;23(6):497-505.
- (5) Han S, Baldemir M, Kose SK, Erdem D, Sakinci U. The time course of recovery following mild thoracic trauma. *Heart Lung Circ*. 2005 Dec;14(4):252-254.
- (6) Llerena RM, Reyes SS, Martínez VN, Figueredo D, Fernández GM. Caracterización de la evaluación del traumatismo torácico. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2007;6(4):896-910.
- (7) Markley A. Body positioning and its effect on oxygenation a literature review. *Nurs Crit Care*. 2006 Jan;11(11):16-22.
- (8) Sahn SA. Continuous lateral rotation therapy and nosocomial pneumonia. *Chest*. 1991 May;99(5):1263-1267.
- (9) Godfrey B, Patern C, Buckner EB. Identification of special care needs. The comparison of the cardiothoracic intensive care unit patient and nurse. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006 Nov;25(6):275-282.
- (10) Eren S, Esme H, Sehitoquullari A, Durkan A. The risk factors and management of posttraumatic empyema in trauma patients. *Injury*. 2008 Jan;39(1):44-49.
- (11) Redeker NS. Sleep in acute care settings: an integrative review. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32(1):31-38.
- (12) Beare M. *Enfermería, principios y práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993.
- (13) Laws B, Neville E, Duffy J. BTS guidelines for the insertion of chest drain. *Thorax*. 2003;58(Suppl 11):53-59.
- (14) Halcomb E, Daly J, Davidson P, Griffiths R, Elliott D. Life beyond severe traumatic injury: an integrative review of the literature. *Aust Crit Care*. 2005 Feb;18(1):17-18.
- (15) Patiño RJ. Premisas en el manejo general del trauma de tórax [documento en Internet]. Departamento de Cirugía, Fundación Santafé de Bogotá [actualizado: 28 feb 2014; acceso: 20 jun 2009]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/1-15.htm>
- (16) Olfield MM, Maher M, Susan M. Examining the association between chest tube-related factors and the risk of developing healthcare-associated infections in the UCI of a community hospital: a retrospective case control study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009 Feb;25(1):38-44.

“Hablando de sexualidad”: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali

“Talking about sexuality”: a look from the parents at the processes of education with their teenage sons and daughters in lower social strata from Cali

“Falando de sexualidade”: um olhar dos pais e as mães aos processos de formação com seus filhos/as adolescentes em estratos de renda baixa de Cali

TERESITA MARÍA SEVILLA*

LINDA TERESA ORCASITA**

Resumen

Este artículo recoge los resultados del proyecto de investigación *Caracterización de conocimientos, actitudes y prácticas presentes en los procesos de formación en sexualidad de padres a hijos/as adolescentes* en Cali. Se abordó el fenómeno haciendo hincapié en las prácticas, las temáticas y los recursos utilizados por los padres, perspectiva tradicionalmente menos tratada que la de los jóvenes. Se identificaron matices empíricos y conceptuales de las formas y las características de estos procesos. Se asume que a éstos subyacen valores e imaginarios sociales que trascienden la presencia de conocimientos sobre el tema e involucran las dinámicas históricas de construcción sociocultural. Consideramos para esta valoración categorías como el género, la brecha generacional

y la estructura familiar. Desde una metodología mixta, da cuenta de las apreciaciones que reportan padres de familia de dos instituciones educativas. Un instrumento cuantitativo exploró dinámicas de interacción familiar, características del proceso de comunicación, conocimientos y creencias en torno a la sexualidad, fuentes de consulta, recursos y dificultades. Se discutieron las dificultades que los padres identifican en el proceso, asociadas a la naturaleza de la comunicación con los/as hijos/as del sexo opuesto, la falta de información, la influencia de otros agentes de socialización y los referentes culturales frente a la sexualidad. Los resultados señalaron la influencia de las construcciones sociales de la sexualidad y una clara dificultad de los padres para abordar el tema, mantenerse actualizados y superar sus propias experiencias. Es evidente una sensación de competencia, y no de coherencia o sincronía, con los demás actores del proceso de socialización de sus hijos/as. Se recomienda reconocer el papel de las estructuras sociales en la construcción y valoración de los roles de género y la promoción de habilidades para la comunicación, orientadas al reconocimiento del otro y al fortalecimiento de la confianza. Deben generarse espacios de acercamiento entre las entidades educativas y de salud, las familias y los docentes para generar procesos coherentes en la valoración, abordaje y formación en sexualidad.

Palabras clave: Sexualidad; Salud Sexual; Comunicación; Adolescencia; Familia (Fuente: DECS BIREME).

* Socióloga. Doctorado en Sociología Queen's University of Belfast. Docente, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Coordinadora línea de Investigación *Ciclo Vital Humano, Riesgo y Socialización* de Grupo de Medición y Evaluación Psicológica. Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali-Colombia. E-mail: tsevilla@javerianacali.edu.co

** Psicóloga. Magíster en Familia. Docente Cátedra, Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales. Grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica. Línea Ciclo Vital Humano, Riesgo y Socialización, Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali-Colombia. E-mail: ltorcasita@javerianacali.edu.co

Abstract

This article takes the results of the investigation project *Characterization of knowledge, attitudes and practices in the processes of sexuality formation from parents to teenage sons and daughters* in Cali. This phenomenon was approached with special attention to the practices, the topics and resources used by the parents, which is the perspective less taken, as opposed to those used by the youth. Empirical and conceptual aspects were identified in the forms and characteristics of these processes. It is assumed that there are underlying values and social constructs that transcend the presence of knowledge on the subject and involve historical dynamics of socio-cultural construction. We considered categories such as genre, generational gap and family structure. From a mixed methodology, we can obtain appreciations reported by parents of two educational institutions. A quantitative instrument explored dynamics of family interaction, characteristics of the communication process, knowledge and beliefs around sexuality, sources for consultation, resources and difficulties. Difficulties which the parents identified in the process, regarding the nature of communication with the sons and daughters of the opposite sex, were discussed, also, the lack of information, the influence of other agents of socialization and the cultural referents facing sexuality. The results pointed to the influence of social constructions of sexuality and a clear difficulty from the parents to approach this subject, to keep themselves updated and to overcome their own experiences. A sense of competence is evident, and not one of coherence or synchrony, with the other participants of the socialization process of their sons and daughters. It is recommended to recognize the roles of social structures in the construction and valuation of the roles of genre and the promotion of communication abilities towards the recognition of the other and the strengthening of trust. Spaces for discussion must be generated among the educational and health entities, families and teachers, to generate coherent processes in the valuation, approachment and formation of sexuality.

Key words: Sexuality; Sexual Health; Communication; Adolescence; Family (Source: DECS BIREME).

Resumo

Este artigo recolhe os resultados do projeto de pesquisa *Caraterização de conhecimentos, atitudes e práticas presentes nos processos de formação em sexualidade de pais a filh@as adolescentes* em Cali. Abordou-se o fenômeno dando ênfase nas práticas, as temáticas e os recursos utilizados pelos pais, perspectiva tradicionalmente menos estudada que a dos jovens. Identificaram-se matizes empíricos e conceituais, das formas e as características destes processos. Assume-se que a estes subjazem valores e imaginários sociais que transcendem à presença de conhecimentos acerca do tema, e envolvem as dinâmicas

históricas de construção sociocultural. Consideramos, para esta valoração, categorias como o gênero, a brecha geracional e a estrutura familiar. Desde uma metodologia mista, dá conta das apreciações que reportam os pais de família de duas instituições educativas. Um instrumento quantitativo explorou dinâmicas de interação familiar, características do processo de comunicação, conhecimentos e crenças ao redor da sexualidade, fontes de consulta, recursos e dificuldades. Discutiram-se as dificuldades que os pais identificaram no processo, associadas à natureza da comunicação com os/as filhos/as do sexo oposto, a falta de informação, a influência de outros agentes de socialização e os referentes culturais frente à sexualidade. Os resultados assinalaram a influência das construções sociais da sexualidade, assim como uma clara dificuldade dos pais para abordar o tema, manter-se atualizados e superar suas próprias experiências. É evidente uma sensação de competência, e não de coerência ou sincronia, com os outros atores do processo de socialização de seus filhos/as. Recomenda-se reconhecer o papel das estruturas sociais na construção e valorização dos papéis de gênero e a promoção de habilidades para a comunicação, orientadas ao reconhecimento do outro e ao fortalecimento da confiança. Devem gerar-se espaços de aproximação entre as instituições educativas e de saúde, as famílias e os docentes para criar processos coerentes na valorização, abordagem e formação em sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde Sexual; Comunicação; Adolescência; Família (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

A partir de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en 1994, la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, en 1995, y en el marco de la Declaración Mundial de los Derechos Sexuales y Reproductivos (1), los adolescentes y jóvenes han recibido especial atención como receptores y actores de procesos de evaluación, análisis y accionar de políticas públicas en torno a la salud sexual y reproductiva. En Colombia, esta reflexión está orientada a “mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”, la cual quedó consignada en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2). A su vez, esta plataforma quedaría alineada con la posterior declaración de los Objetivos de Salud Sexual para el Milenio (3). Es posible señalar entonces que a nivel internacional y nacional, se reconoce que la sexualidad hace parte integral de la situación de salud de las poblaciones y que supera el mero carácter biológico de ausencia de

enfermedad, para incluir aspectos sociales, culturales y políticos que se asocian a un desarrollo integral, basado en principios de equidad y libertad.

Según proyecciones dadas a partir del Censo Nacional (4) para el 2010 los adolescentes y jóvenes entre los 10 y los 19 años de edad representaban el 19,6% del total de la población colombiana. En términos de salud sexual y reproductiva, cifras recientes revelan que la iniciación de la actividad sexual se da entre los 13 y 15 años de edad (5). Según el último reporte de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (6), el 14% de las mujeres entre 15 y 24 años de edad tuvo su primera relación antes de los 15 años y el 61% la tuvo antes de los 18 años y sólo el 52% de las mujeres entre 15 y 24 años usó condón durante la primera relación sexual. Con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), se señala que los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de nuevas infecciones por el VIH y se estima que para el año 2007 cerca de 370.000 niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. Por otro lado, la ENDS (6) señala una leve reducción de la tasa de embarazos en población adolescente (del 20,5% en el 2005 al 19,5% en el 2010), aunque ésta sigue estando por encima del 15%.

A pesar de esta tendencia, debe considerarse que, según datos de esta misma fuente, el 20 % de las mujeres en este grupo de edad se declara insatisfecho con el cubrimiento de sus necesidades de anticoncepción, lo cual deja entrever dificultades en términos de cobertura, atención y orientación. Ante esta situación, el gobierno nacional ha decidido reforzar las diferentes acciones asociadas a los procesos de salud sexual y reproductiva, con el respaldo económico y político a las iniciativas regionales y locales que consideren los contextos particulares, y que reciban acompañamiento desde el nivel central, a través de organismos como la Comisión Nacional Intersectorial para la Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (7). De manera particular, se ha proyectado como meta la reducción de la tasa nacional para este subgrupo a por lo menos un 15% hacia el año 2015, para lo cual se ha destinado una inversión que supera los 240 mil millones de pesos colombianos (us\$ 133 mill) a partir de febrero de 2012 para la prevención de embarazos a edad temprana (7).

Resulta fundamental, entonces, delimitar de manera mucho más clara cuáles son los factores, actores y escenarios que toman parte en la configuración de los conocimientos, las creencias, los valores y los sentidos que orientan las prácticas de los/as jóvenes en torno a su sexualidad. El análisis crítico de los elementos asociados

a la sexualidad permite reconocer que ésta se encuentra vinculada a factores demográficos, psicológicos, sociales, biológicos y culturales (8) y que su estudio e intervención debe partir por reconocer los procesos y los factores que la configuran. Si bien la producción de conocimiento científico sobre el tema ha estado tradicionalmente dominada por la mirada clínica-biologicista, orientada al funcionamiento universal de los cuerpos biológicos y centrada en las conductas y en los procesos reguladores de estas fuerzas biológicas (9), los resultados de las investigaciones demográficas y epidemiológicas han reforzado la necesidad de desarrollar estudios sociales en profundidad, al evidenciar las discrepancias entre las ideologías médicas y demográficas sobre la sexualidad y las experiencias de vida de las personas. Las contradicciones y ambigüedades son especialmente importantes en los sistemas clasificatorios, las identidades, la congruencia entre normas y prácticas y entre conductas y autodefiniciones, el significado de las acciones y la estabilidad de las preferencias sexuales (9, 10). En consecuencia, las miradas desde la academia y las políticas públicas convergen en promover un cambio del enfoque del comportamiento específico y fragmentado hacia la interpretación de los procesos sociales y subjetivos de la construcción de los significados culturales sobre la sexualidad y su incidencia tanto en prácticas como en experiencias (11).

Al hablar de sexualidad, asumimos que se trata de un aspecto esencial en la vida de los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud (12) señala su importancia y su transversalidad, indicando que aborda todas las dimensiones del ser humano como el sexo, la identidad, el género, el erotismo, el placer, la reproducción, la orientación sexual y se expresa a través de distintas formas de relacionarse a partir de creencias, prácticas, valores entre otros aspectos que interactúan a nivel biológico, psicológico, social, económico, político, cultural, ético, histórico, religioso y espiritual. Desde esta propuesta, reconocemos en el análisis crítico de este fenómeno el inter-juego de al menos tres dimensiones fundamentales: la biológica, la psicológica y la cultural (13). Especial atención prestamos al papel que juegan las características de las sociedades en las formas en que pueden ser concebidas la vida y la actividad sexual (14). Igualmente, se identifica la sexualidad como elemento que cumple tres funciones en la vida de los seres humanos: la reproductiva, la erótica y la comunicativa-relacional (13). El primer elemento, que hace referencia a la potencialidad que tienen los seres humanos de reproducirse, ha dominado la mayoría de reflexiones desde las ciencias de la salud y la educación, y sigue siendo preponderante como resultado del papel que el discurso

religioso (especialmente el cristiano-católico) juega en la fusión del proyecto maternidad-paternidad/sexualidad (9). La función erótica y la comunicativa-relacional hacen referencia a los proyectos de orden subjetivo e inter-subjetivo, que implican una vivencia de la sexualidad no asociada a su potencial para reproducir la especie y las formas organizativas como el matrimonio y la familia.

La diferenciación de estas funciones, especialmente de la reproductiva y la erótica, ha sido objeto de gran debate, aún desde el trabajo de Kingsley (15), quien señalaba la necesidad de reconocer que las actividades sexuales no sólo se orientan a la reproducción y al mantenimiento de la especie, ni siquiera en los individuos considerados heterosexuales. Se reconoce entonces una plasticidad y multiplicidad no sólo en las orientaciones individuales y subjetivas de la sexualidad, sino también en las formas de concebirlas y significarlas, que se transforman y negocian en el tiempo. En este sentido, se respalda a Foucault (15) en la idea de que la sexualidad comprende una serie de prácticas y actividades que producen significados y que son producto de la historia. Así, se entiende que no se trata de un hecho dado, sino de una construcción social que, aunque es fuertemente influida por aspectos biológicos, está íntimamente ligada a aspectos sociales, históricos, políticos y culturales.

Si aceptamos que la caracterización de las prácticas es necesaria pero insuficiente, las perspectivas hacia este fenómeno deben incluir la mirada amplia y profunda de los procesos que subyacen a la sexualidad. Así, debe reconocerse la historicidad y el carácter cultural de los comportamientos sexuales, de las actitudes, de las emociones y de los términos y las categorías para nombrar y clasificar lo sexual y el carácter relacional de las prácticas. Desde esta perspectiva, resulta limitado estudiar, por ejemplo, los procesos de comunicación en torno a la sexualidad, sin tomar en cuenta las relaciones de género y de clase que subyacen a éstos, o sin considerar la cultura y las instancias de control social en que se enmarcan (9). La revisión del tema centrada en la comunicación entre padres e hijos implica reconocer la naturaleza de los discursos verbales y no verbales que las configuran. En este sentido, se evidencian discursos dinámicos, en los que confluyen la normatividad de origen religioso, la presencia de instituciones médicas, la escuela (encarnada tanto en las políticas nacionales y particulares, así como en los profesores), los padres de familia, los medios masivos de comunicación y los discursos emitidos por quienes diseñan políticas dirigidas a este grupo poblacional (16).

Hablar de estos procesos implica desentrañar las estructuras sociales y culturales de las familias de la Colombia

de hoy que, con sus múltiples rostros, se mueve entre la defensa o reconfiguración de valores tradicionales, los saberes en torno a la salud y las condiciones prácticas y reales para el desarrollo de los planes de vida. Igualmente, hemos encontrado en la pesquisa sobre las reflexiones hiladas en torno a este tema que las preocupaciones por trascender los procesos descriptivo-explicativos se replican con sus propias particularidades en diversas áreas de —al menos— la subregión latinoamericana¹. Así, consideramos que entender estos procesos podrá dar luces para la creación y ajuste de modelos de acompañamiento y proyección de vida de nuestros jóvenes en diversos contextos socio-culturales.

Estudios recientes han señalado la importancia que juegan agentes como los entornos educativos, los medios de comunicación (especialmente a partir de la popularización de las nuevas tecnologías de información y comunicación y la creación de franjas y formatos especialmente dirigidos a los jóvenes), la familia y los pares (17, 18, 19). Por otro lado, se ha señalado que, a pesar de los diferentes esfuerzos enfocados al diseño de estrategias que respondan a los riesgos y necesidades que se están presentando, la población adolescente mantiene altas cifras de conocimientos erróneos respecto a la sexualidad, con una importante influencia de factores como el género, el estrato socioeconómico y la edad (20). Igualmente, se evidencia la brecha entre conocimientos y acciones, es decir: un vacío que responde a los elementos sociales y culturales que sustentan los procesos de formación por parte de los diversos agentes (21). Se estaría identificando entonces una necesidad de profundizar no sólo en el tipo de conocimientos que se tienen, sino en cómo se dan los procesos de formación en sexualidad por parte de los diferentes actores que intervienen en el proceso (22).

Desde esta perspectiva, se han señalado recientemente incongruencias entre la manera en que los padres de familia reportan y perciben los procesos de formación en sexualidad que viven con sus hijos/as adolescentes —en cuanto a tópicos, calidad y frecuencia— y lo que los jóvenes conciben de estos procesos (2). En consecuencia, se ha recomendado profundizar las reflexiones que expliciten los detalles de estos procesos comunicativos, más allá de un inventario de los tópicos tratados, para lograr identificar e interpretar las principales características, ideas, dificultades y fortalezas percibidas por padres e hijos (22).

1 Para mencionar sólo algunos casos, sugerimos revisar los estudios adelantados en el sur del continente por Mabel Grimberg (2002) o Daniel Jones (2010) y en el norte centro por Ana Amuchástegui (2000, 2001), Ivonne Szasz (2004) o Irene Sosa (2004).

La revisión de las reflexiones de orden académico, social y político demuestra el énfasis que se ha dado en explorar lo que los jóvenes saben y hacen, pero evidencian que la atención que se ha prestado a la manera en que los demás agentes que intervienen en el proceso construyen y enfrentan el fenómeno ha sido escasa. Así, en aras de brindar mayores elementos para la comprensión del proceso, que permitan precisar las estrategias de formación, prevención, intervención y acompañamiento de esta compleja situación, se ha desarrollado una investigación orientada a indagar sobre *las características sociales y culturales presentes en los procesos de comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos/as adolescentes y la manera en que se consideran e integran otros factores como las escuela, los pares y amigos, el colegio y los medios de comunicación*. Se ha hecho énfasis en los conocimientos, actitudes, prácticas y significados sociales reportados por padres y estudiantes y los factores y elementos individuales y sociales que impactan en estos procesos. Para la argumentación que aquí presentamos, hemos querido retomar la mirada reflexiva que padres y madres hacen a estos procesos, resaltando los rasgos característicos, los tópicos particulares en que afincan su interés (incluidos aquellos que generan mayores dificultades) y —como eje central de la discusión— la develación que hacen de las hebras que constituyen el tejido de sus ideas, discursos y acciones sobre la sexualidad.

Metodología

Diseño de la investigación

Atendiendo a las características del fenómeno y las recomendaciones generadas desde la academia y las entidades orientadoras de las políticas de salud, se ha desarrollado un enfoque metodológico mixto que se aproxime a las tendencias generales de la población y provea detalles particulares de los procesos. Así, retomamos la idea de Bonilla-Castro y Rodríguez (24), que invita a la superación de la polaridad entre abordajes cuantitativos y cualitativos y acogemos el lineamiento de la

Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (2), que busca complementariedad en las descripciones de este fenómeno. Adicional a esto, la propuesta considera un abordaje interdisciplinar que vela por el “cuidado de las personas” en los contextos de salud, y fortalece las estrategias de promoción y prevención con extensión a otros entornos como el educativo y el familiar orientado desde una perspectiva biopsicosocial y holística.

Participantes

Para efectos procedimentales, el proyecto seleccionó dos instituciones educativas públicas de tradición en la ciudad, que recogen población mayoritariamente perteneciente a los estratos 1 al 3 de diferentes áreas de la ciudad y que habían manifestado interés en el abordaje participativo de estos temas. La población fue segmentada en dos grupos de trabajo, así: (1) Adolescentes hombres y mujeres entre los 14 y los 18 años de edad, matriculados en los grados 9° y 10°; y (2) Padres o madres de estos jóvenes que tuvieran contacto regular con ellos (no necesariamente de convivencia en la misma casa, uno por estudiante).

Instrumento

Se desarrollaron dos componentes metodológicos centrales: uno cuantitativo y uno cualitativo. El primero estuvo orientado a identificar en padres/madres y adolescentes las principales prácticas utilizadas en los procesos de comunicación sobre sexualidad. Atendiendo al modelo propuesto por Kapungo *et al.* (24) y a las experiencias recientes del grupo de investigación (33), se consideró un trabajo con diadas de padre o madre e hijo/hija, de tal manera que se permitiera la identificación de las congruencias y discrepancias entre los reportes de unos y otros. Para el cuestionario las variables orientadoras fueron: (1) Aspectos demográficos; (2) Comunicación familiar sobre sexualidad; (3) Prácticas de formación en sexualidad; (4) Dinámicas familiares.

Tabla 1. Síntesis diseño metodológico

Componente Población	Cuantitativo (Encuesta)	Cualitativo (Grupos focales)
PADRES	190	4 (8-10 participantes)
JÓVENES	669	4 (8-10 participantes)
DIADAS	80	

El componente cualitativo retomó los señalamientos arriba mencionados sobre la necesidad de generar miradas amplias y profundas que superaran la simple caracterización y evaluación de las prácticas de comunicación en sexualidad (10) para desentrañar los sentidos, motivaciones y entramados sociales, culturales, históricos y políticos, presentes en estos procesos (30, 31). De manera particular, se ha hecho énfasis en la aproximación a las principales actitudes, fortalezas, dificultades y recursos percibidos por madres y padres en el proceso de comunicación sobre sexualidad con sus hijos/as. Debe señalarse que el análisis ha hecho énfasis en los padres y las madres, con lo cual el trabajo con los adolescentes ha girado en función de los primeros. Para los *grupos focales de padres/madres e hijos/hijas* —por separado—, se tuvieron en cuenta como líneas orientadoras *las construcciones que hacen los padres sobre la sexualidad adolescente*, en especial lo que hace referencia al manejo que éstos hacen del desarrollo físico y la pubertad de sus hijos, de su vida social, de su sexualidad y de los sentimientos que esto les genera como padres (22).

Se exploraron las principales dificultades reportadas por madres y padres en la comunicación con hijos/as, así como las mayores incongruencias en las percepciones reportadas entre ambos grupos (23); *el papel de los medios de comunicación* en la formación en sexualidad de los adolescentes (19, 28, 29) y *el rol de los pares y la escuela como fuentes de información en sexualidad* (21). Estas líneas de interés se concretaron en 5 tópicos generales sobre: (1) conocimientos en sexualidad; (2) prácticas de formación en sexualidad; (3) dinámicas familiares; (4) dificultades y recursos en el abordaje del tema; (5) creencias y percepciones en torno a la sexualidad de sus hijos/as.

Procedimiento

En primera instancia, se realizó el contacto con las dos instituciones educativas participantes, a las cuales se les explicaron los propósitos, objetivos y procedimientos relacionados con la investigación. También se les informó sobre el contenido metodológico, la forma y el tiempo requerido para su aplicación. Posteriormente, se diligenciaron los consentimientos informados y se inició el proceso. El procesamiento de los datos se apoyó en los programas de análisis cuantitativo (*SPSS V17*) y cualitativo (*ETHNOGRAPH V 5.0*). El tratamiento de los resultados cualitativos se orientó por un análisis temático amplio, más que por un análisis de contenido específico (30). Así, se siguieron las líneas argumentativas en torno a las categorías mencionadas y se contrastaron con los núcleos conceptuales seleccionados. Igualmente, se recuperaron para este caso los testimonios de los/las participantes (bajo pseudónimos), con el fin de mantener la

conexión con sus propias voces y maneras de nombrar y significar sus realidades. Toda la investigación estuvo orientada por las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud que rigen a nivel nacional. Adicionalmente, se contó con el apoyo de servicio psicológico de las instituciones que participaron del estudio para hacer los seguimientos posteriores requeridos por los participantes.

Resultados

Discrepancias, silencios y vacíos: algunos rasgos de la caracterización cuantitativa de los procesos de comunicación en sexualidad entre padres, madres e hijos/as.

Si bien la intencionalidad del estudio se orientó a superar la simple descripción de los conocimientos y prácticas reportados por madres, padres e hijos/as en torno al tema de la sexualidad, una primera aproximación a los rasgos fundamentales de este fenómeno permitió el dimensionamiento básico del mismo desde la perspectiva de los participantes. De acuerdo con el carácter multidisciplinario del proyecto, se encontró que las reflexiones van más allá de un énfasis exclusivo, incluyendo perspectivas desde la psicología, la sociología, la salud pública y la comunicación.

En cuanto a los aspectos demográficos, se obtuvo información de 190 padres de familia (73.5% madres, 23.9% padres, 0.6% pareja del padre y 1.9% pareja de la madre), resultando una muestra heterogénea en cuanto al sexo, puesto que el 71.4% de los que contestaron fueron mujeres y el 28.6% hombres (la diferencia en porcentajes con la información anterior se debe a los casos perdidos). En el 38.4% de los casos, los hijos/as son estudiantes del grado noveno y en el 61.6% del grado décimo. En cuanto al estrato socioeconómico, el 66.1% tiene un nivel socioeconómico bajo (estratos 1 y 2), el 32.7%, medio (estrato 3 y 4) y el 1.1%, alto (estratos 5 y 6).

Para el caso de los estudiantes, se obtuvo información de 669 participantes de los dos colegios seleccionados, con una distribución particular por sexo, dado que el 79.0% de los que contestaron fueron hombres y el 21.0% mujeres. Lo anterior se explica por la naturaleza de uno de los colegios participantes, de tradición masculina, cuyo proceso de apertura a co-educación (estudiantes de ambos sexos) se inició sólo en la última década. Para el componente cualitativo, se intentó equiparar la presencia de participantes de ambos sexos. El rango de edad de los estudiantes está entre 11 y 20 años, la edad promedio es de 15.58 años, con una desviación típica de 1.21 años.

Tabla 2. Características generales de padres y madres encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	53	28,6
Mujer	132	71,4
Curso del hijo/a que participa en este estudio		
Noveno	56	38,4
Décimo	90	61,6
Estrato		
Estrato 1	62	35,0
Estrato 2	55	31,1
Estrato 3	53	29,9
Estrato 4	5	2,8
Estrato 5	2	1,1

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 3. Características generales de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	527	79,0
Mujer	140	21,0
Edad	Mínimo Máximo Media Desv. típ.	
	11 20 15,58 1,21	

Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto a la conformación de familias respecto a la presencia de madre y padre, se evidenció que en el 22.5% de los casos los estudiantes vivían sólo con la madre y en el 61.2%, con la madre y el padre. Llama la atención la importante presencia de la pareja (masculina) de la madre, pues en muchas ocasiones es ésta quien asume procesos de formación respecto a las prácticas asociadas a la sexualidad. Igualmente, la diferencia de edades entre unos y otros necesariamente impacta el fenómeno en términos de brecha generacional, características del proceso comunicativo, acceso y manejo de información y relaciones de confianza y autoridad.

Tabla 4. Presencia del/la padre/madre en las familias encuestadas

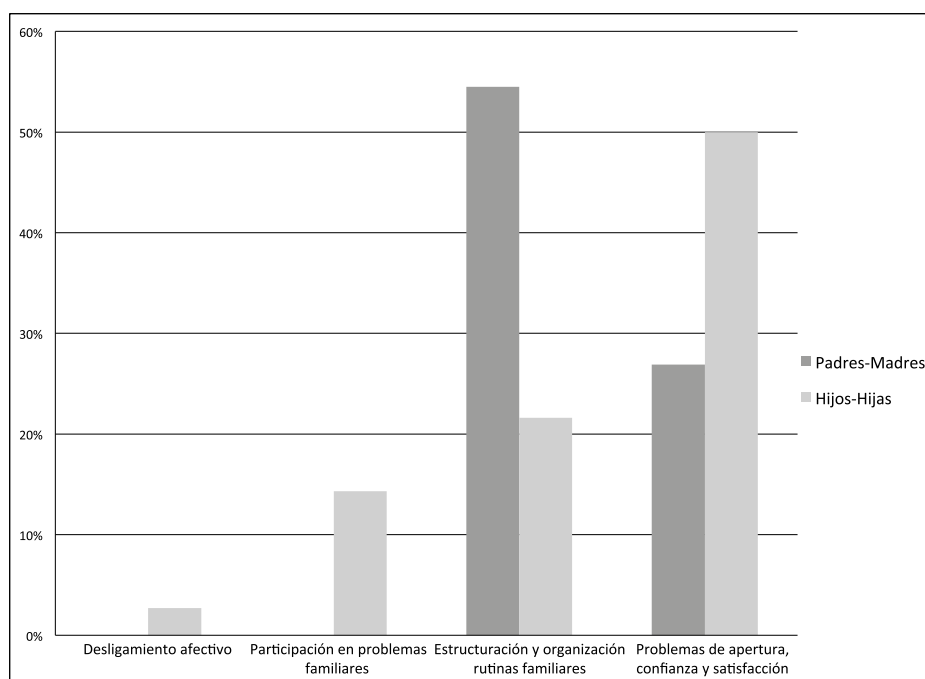
	Respuestas	Porcentaje de casos
Madre sola	29	22,5%
Padre solo	9	7,0%
Padre Madre	79	61,2%
Pareja madre	21	16,3%
Pareja padre	1	0,8%

Fuente: Datos de la investigación.

Algunos rasgos de la percepción de padres, madres e hijos/as sobre dinámicas familiares y su impacto en la comunicación familiar (Gráfico 1.) señalaron que el 2.3% de padres y madres mostraban rasgos de desligamiento afectivo, lo cual implica poco apego emocional, bajo sentimiento de unión y poca expresión del afecto. Llama poderosamente la atención que, al cotejar estas cifras con lo manifestado por sus hijos/as, el registro suba a un 7.7%. En este sentido, se encuentra evidencia de incongruencias significativas entre percepciones de unos u otros. Contrastes similares se registraron en las percepciones sobre la baja participación en la solución de problemas familiares a través del compromiso y la unión familiar, fenómeno que registra un 3,4% entre los padres y un 14,3% entre sus hijos/as, lo que señala nuevamente una visión más negativa y crítica por parte de los/as jóvenes. En cuanto a las rutinas familiares, el 54% de padres y madres afirma que su familia tiene un alto grado de estructuración y organización, representado en espacio y tiempo para compartir diversos aspectos de su día a día; sin embargo, con una llamativa diferencia de más del 30%, sólo el 21% de los estudiantes comparte esta afirmación. Al centrarse en aspectos específicos de la comunicación, el 26% considera que su nivel de apertura, confianza y satisfacción frente a la interacción con sus hijos es bajo, percepción negativa superada ampliamente por sus hijos, cuyo registro es del 50%.

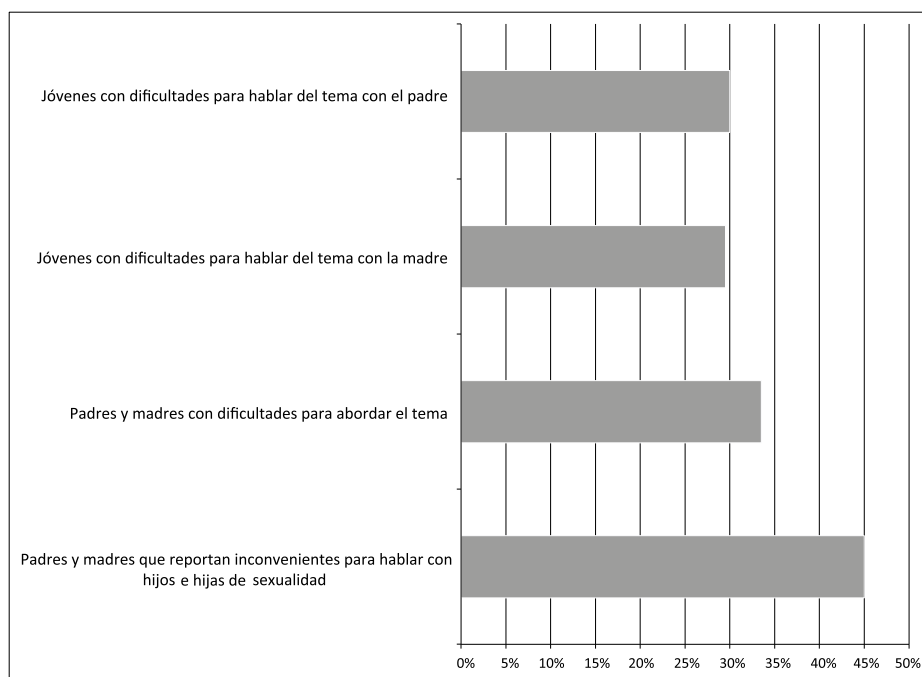
En torno al tema específico de la sexualidad, el 44,6% de los padres reportó no haber recibido ningún tipo de información en el último año, mientras que sólo el 33% de sus hijos/as registró tal ausencia. En cuanto a la comunicación específica sobre el tema, el 45% de padres y madres manifiesta dificultades para abordar las temáticas, siendo el desconocimiento de formas específicas de iniciar la conversación la causa más reportada, en el

Gráfico 1. Dinámicas familiares y su impacto en la comunicación familiar



Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico 2. Dificultades reportadas por padres, madres e hijos/as en el proceso de comunicación en sexualidad



Fuente: Datos de la Investigación.

33% de los casos. En cuanto a los/as jóvenes, se reportan diferencias importantes de género, pues mientras el 30% de hijos/as reporta dificultades para hablar del tema con la madre, el 53% las tienen con el padre.

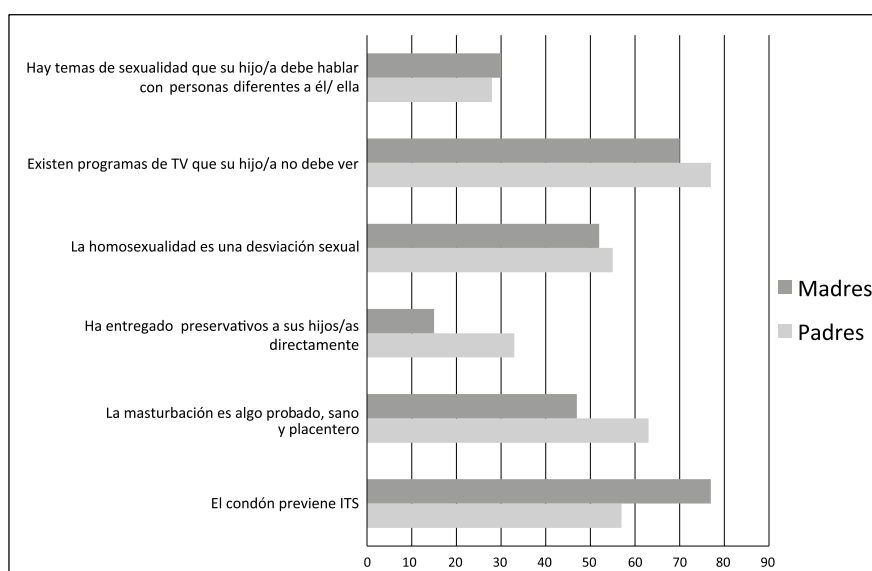
Frente a los conocimientos y las prácticas de la sexualidad (Gráfico 3.), debe señalarse las diferencias entre madres y padres en temas específicos, dentro de los que se destacan: (1) Sólo el 57% de los padres reconoció el preservativo (condón) como mecanismo efectivo para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS), frente a un 77% de las madres; (2) Mientras que el 63% de los padres asume la masturbación como algo privado, sano y placentero, sólo 47% de las madres comparte esta percepción; (3) El 33% de los padres reportó haber entregado preservativos a sus hijos en forma directa, sólo 14% de las madres declaró esta práctica. Igualmente, se encontraron convergencias en percepciones y prácticas como: (4) Asumir la homosexualidad como una desviación sexual (55% padres, 52% madres); (5) El que haya programas de televisión que sus hijos no deben ver (77% padres, 71% madres); y considerar que: (6) Hay temas sobre sexualidad que sus hijos deben hablar o consultar con alguien diferente a ellos (28% padres, 30% madres).

Frente al tema de la iniciación sexual (Gráficos 4. y 5.), el 52% de los padres y el 59% de las madres le han preguntado directamente a sus hijos/as sobre el tema y alrededor

del 30%, en ambos casos, cree que efectivamente este tipo de actividad ya se ha iniciado. Diferencias interesantes muestran que, mientras para aceptar la iniciación sexual en hijos hombres y mujeres el criterio fundamental es que éstos hayan alcanzado una determinada edad (51% y 45% respectivamente), el esperar a que se llegue al matrimonio como condición básica es más fuerte para el caso de las hijas (20%) que de los hijos (14%).

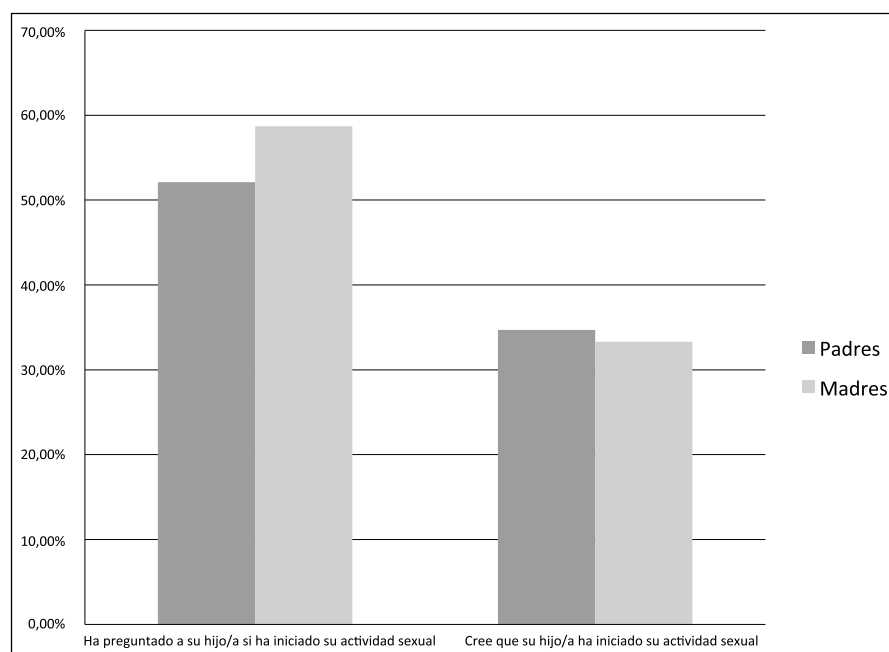
Algunos datos de los/as jóvenes ponen en perspectiva las apreciaciones de sus padres frente al fenómeno. Se puede señalar que el 65.2% de los jóvenes ha iniciado su vida sexual, con un promedio de edad de inicio por penetración de 13.3 años, (desviación típica de 1.8 años; rango: 7 a 19 años). Igualmente, se observa que menos de la mitad de los jóvenes o sus parejas usaron condón en su primera relación sexual (47.0%). El 65.5% ha tenido relaciones sexuales con penetración en el último año. Casi un 43.5% ha tenido relaciones sexuales con más de una persona y el 89.5% las ha sido con personas de otro sexo. Veremos posteriormente que los aspectos relacionados con uso del preservativo, selección y establecimiento de relaciones con diferentes parejas sentimentales y sexuales y lo referente a la orientación sexual son tópicos sensibles que generan preocupación en la perspectiva de padres y madres, especialmente en lo referido al alto nivel de desconocimiento que se tiene de las actividades y preferencias de hijos/as.

Gráfico 3. Conocimientos y prácticas en sexualidad



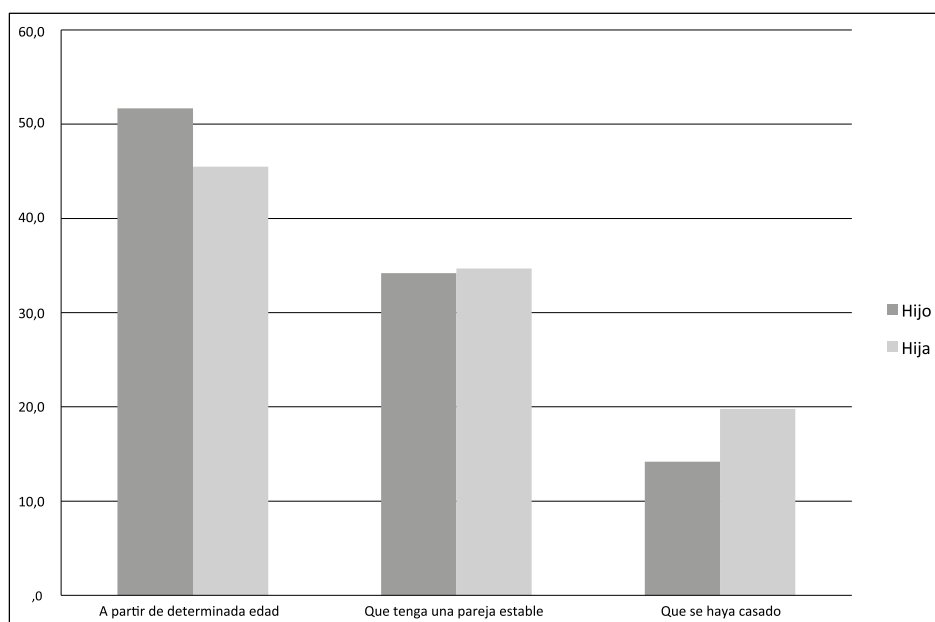
Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico 4. Concepciones frente a iniciación sexual de sus hijos/as



Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico 5. Criterio para aceptar la iniciación sexual de sus hijos/as



Fuente: Datos de la investigación

Finalmente, algunas apreciaciones de los/as jóvenes introducen a otros agentes como amigos y pareja en el panorama de sus procesos de información y construcción de ideas y valores en torno a la sexualidad. En consecuencia, se encontró que las estrategias y las alternativas para la anticoncepción son discutidas por los hombres con sus parejas y por las mujeres con sus amigas. Los cambios asociados a la pubertad y la adolescencia son consultados con amigos y el embarazo con la pareja. Especialmente se reconoce que los hombres reportan hablar muy poco de temas como el aborto y que el fenómeno del abuso sexual sea rara vez tocado, tanto por hombres como por mujeres.

Múltiples discursos, múltiples ausencias: relatos de padres y madres en torno a la comunicación sobre sexualidad

Uno de los aspectos más relevantes para este trabajo con padres y madres fue la gran preocupación que el tema de la comunicación sobre sexualidad con sus hijos e hijas generó en su cotidianidad. Desde la primera aproximación a la población para el desarrollo del componente cuantitativo, el nivel de interés y participación superó las expectativas del equipo investigador. La fase

cualitativa contó con grupos de padres y madres interesados en relatar sus vivencias, compartir y escuchar otras miradas y recibir orientación sobre estrategias concretas para acompañamiento del tema con sus hijos/as. En este sentido, tres rasgos fundamentales marcaron la mirada de los padres frente a la formación en torno a la sexualidad con sus hijos/as: (a) El profundo contraste en sus propias experiencias de vida frente al tema y los escenarios que afrontan hoy con sus hijos/as; (b) La multiplicidad y co-existencia de discursos, algunos intensamente discrepantes, que configuran las creencias, los conocimientos y los sentidos que orientan la manera en que padres y madres abordan el tópico con los jóvenes; y (c) Las dificultades que manifiestan padres, madres e hijos/as para entablar conversaciones sobre el tema.

a. El proceso de reflexión en torno a las experiencias de vida de padres y madres en torno a la sexualidad señala que estuvo marcado por la falta de comunicación con adultos o cuidadores. Recurrentemente, hombres y mujeres señalaron que el tema era en muchas ocasiones prohibido o abordado de manera indirecta y reactiva, es decir: sólo tocado ante la insistencia de los adolescentes que se atrevían a preguntar lo relacionado con los cambios propios de la pubertad. A pesar de que la mayoría

Tabla 5. Características de la actividad sexual reportada por los/as jóvenes

¿En su primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja usó condón?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	204	47,0
No	228	52,5
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?		
Sí	277	65,5
No	145	34,3
En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?		
Sólo con la misma persona	164	55,8
Con más de una persona	128	43,5
En los últimos 12 meses, sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido		
Sólo con personas de su mismo sexo	24	7,9
Sólo con personas de otro sexo	272	89,5
Con personas de ambos sexos	8	2,6
¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración?		
Sí	195	66,3
No	99	33,7

Fuente: Datos de la investigación.

de padres y madres comentó haber adquirido la información básica a través de sus amigos o pares familiares no fueron pocos los casos en que se vivió una total ausencia de información, especialmente en las mujeres:

Cuando yo tenía 10 años, que fue cuando me llegó el período, eso fue un dilema, porque a mí nadie me había hablado de eso; cuando me vino el periodo, ¡qué susto!, porque me vino durmiendo, y cuando me levanté y me vi toda ensangrentada, casi me muero. Mi mamá y mi papá siempre fueron el campo y hablar de esos temas... ¡menos! Es muy diferente el pueblo a la ciudad..., horrible. Yo no sabía si decirle a mi mamá, si no decirle. Yo me imaginaba miles de cosas porque a uno sí le decían que si usted estaba con un muchacho y la tocaban, entonces quedaba en embarazo..." [Mariela, 40 años, 2 hijas adolescentes, 1 nieta].

Como señala el relato de Mariela, estas experiencias generaban sentimientos de culpa, temor y confusión. A la vivencia del cuerpo cambiante, se sumaba la sensación de quebrantar normas no conocidas o de forzar a los padres a tocar temas de los que estaba prohibido hablar. Es importante señalar que la población participante es en su mayoría migrante de zonas rurales, con lo cual se refuerzan las dificultades para el acceso a la información y se evidencian formas tradicionales de concebir la educación desde los roles tradicionales asignados a lo femenino y a lo masculino. La mirada a los escenarios actuales reconoce en ellos una mayor presencia de información que está influenciada por el desarrollo y acceso a las tecnologías de información y comunicación y por la incursión del discurso médico, que ha tendido a secularizar la reflexión en torno a la sexualidad.

Así, al pensar directamente en qué ha cambiado desde su momento adolescente al que viven hoy sus hijos/as, se valora la posibilidad validada en lo intrafamiliar, lo comunitario y lo estructural de hablar y preguntar sobre estos temas. El acceso directo a información que se percibe como "neutral" en tanto a su énfasis médico-biológico ha servido para debilitar los obstáculos y miedos frente al tema. Sin embargo, lo que se ha ganado en conocimiento e información se ha perdido en términos de sensación de control y cercanía a los hijos/as. Existen relatos —como el de Constanza— que revelan una profunda sensación de frustración por no poder o saber acercarse a los y las jóvenes:

A veces, hablar de eso me da pena, porque yo tengo dos hijas, la de 15 y la de 10, y la de 10 eso habla abiertamente, ella se sienta y dice "ah, es que las parejas hacen el amor" y uno como que "¡uy, una niña de 10 años hablando así!" [Gloria, 39 años, 2 hijas].

Siempre me ha sido más difícil llegarle a mi hijo. A ambos les hice el acompañamiento, pero con mi hijo es muy difícil [...]. Él desde pequeño siempre ha sido muy cerrado, él no habla nada, él no pregunta nada. Yo siempre intento acercarme pero él no me deja [Constanza, 42 años, 1 hija adulta joven y 1 hijo adolescente].

b. Como se ha mencionado, padres y madres reconocen en sus propias experiencias una fuerte presencia del discurso religioso que, asociado a la moral y la tradición en hogares marcados por la ausencia de comunicación asertiva, obstaculizó el abordaje abierto y fluido en torno al tema en su adolescencia. Sin embargo, llama la atención que elementos fundamentales de este discurso sigan presentes en sus reflexiones, asociados a percepciones tradicionales frente a roles de género y al deber ser de hombres y mujeres en cuanto a su cuerpo y su sexualidad. Uno de los aspectos en que más se ha evidenciado es en lo referente a la virginidad, como se reportó en el análisis cuantitativo y se identificó en relatos de varios participantes. Vemos por ejemplo en el relato de Mercedes la persistencia de un deseo por que su hija se conserve virgen hasta el matrimonio, como un anhelo a sus ideales personales y a lo que ella imagina espera la sociedad de ella como madre y de su hija:

Pues eso es lo que uno sí quisiera, que ella se esperara hasta el matrimonio y que se fuera casada, que se espere, ¿cierto?, como debe ser [Mercedes, 55 años, 1 hija de 15 años].

Vemos que esta posición se asocia con modelos tradicionales que reproducen valoraciones inequitativas frente a hombres y mujeres. En ellos, como nos muestra el relato de Luis Ernesto, se evidencia que si bien el discurso salubrista de protección y prevención ha calado, la mirada de los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género aún no es percibida abiertamente.

Yo a mi hijo desde los 15 años le paso los preservativos, se los he dado, y él sabe, y no es uno, siempre 2 o 3, por si acaso, y uno le abre la maleta y allí los encuentra [...] Yo con mi hija que he hablado, sí le he dicho, que qué bueno sería que el día que ella se case llegara virgen. Pero también le he dicho que tenga los novios que tenga, que viaje, que explore. Porque yo fui uno que anduve mucho, tuve muchas novias, andaba con mis amigos, hasta que un día me cansé y dije: "ya no más". Entonces me conseguí una novia, la mamá de mis hijos, de 15 años y al año me casé. Y fue muy agradable [Luis Ernesto, 42 años, 1 hijo y 1 hija adolescentes].

Esta tensión y discrepancia entre lo que se desea desde lo personal, lo que se percibe como demanda cultural y lo

que se asume como necesidad desde lo racional (en términos de cuidado de la salud) genera en madres que, como Carmenza, se declaran abiertas frente a temas aún polémicos como la diversidad sexual, un profundo temor y culpa frente a la reacción de su entorno familiar y comunitario:

Yo sé que ella a mí de eso no me quiere hablar, pero yo lo sé, yo lo siento, yo he visto cosas y ella de eso no me habla [...] Yo sé que si eso fuera así, eso sería mi culpa, yo lo sé [...] A nadie le gustaría que un hijo o una hija sea así, porque no van a entender, me da miedo que la traten mal [Carmenza, 37 años, 2 hijas adolescentes].

c. Esta amalgama de sentimientos y demandas percibidas ha producido sentimientos de incertidumbre e impotencia frente a las formas de comunicación con hijos/as. El reporte cuantitativo arriba detallado señala que las percepciones de padres e hijos tienen fuertes discrepancias en lo que se refiere al alcance de espacios y estrategias asignadas a la comunicación sobre aspectos de la sexualidad. Así, es evidente el desconocimiento de la actividad sexual de sus hijos, lo que genera en muchos casos ansiedad frente a las maneras y momentos para tocar el tema. Si bien sigue habiendo mayor apertura en las comunicaciones entre padres y madres con hijos/as del mismo sexo, esta tendencia se está transformando. Relatos como el Carmenza demuestran que este esquema ya no es tan fluido:

Yo con ella he intentado, le he buscado el lado y nada. Ella a mí no me habla, no me cuenta, no me pregunta, nada. Yo he buscado por todas las formas, le toco el pelo, me siento a ver televisión y ella “Ay no mamá, no me pregunte de esas cosas” [Carmenza, 37 años, 2 hijas adolescentes].

Pero las dificultades en la comunicación no sólo se perciben entre padres o madres y sus hijos/as, también se evidencian dificultades entre parejas y el importante rol que la familia extensa juega en este escenario. Así, encontramos madres y padres que se sienten abandonados por sus parejas en el rol de orientadores de sus hijos/as frente a la sexualidad. En la mayoría de los casos, las mujeres manifiestan su angustia y agotamiento dada la posibilidad de fallar doblemente: como orientadoras de sus hijos/as (fallas cristalizadas en sus imaginarios en situaciones como embarazos a edad temprana u homosexualidad) y como esposas y madres ante los ojos de sus parejas, familia y comunidad:

A mí me gustaría saber cómo hacer para que mi esposo hiciera parte de estas charlas, porque eso es muy difícil. Él siempre dice: “Usted como es la mamá, usted puede,

usted hágale”. Él a nada de estas cosas viene, es muy duro [Mariela, 40 años, 2 hijas adolescentes, 1 nieta].

Debe recordarse el papel que juegan aquí las parejas que asumen roles de parentalidad pero que sienten limitaciones en su alcance y dejan estos “temas escabrosos” en manos del padre o madre biológico/a. En el caso de estas familias ensambladas, la presencia de hijos de la nueva unión puede generar tensiones por el manejo diferencial entre unos y otros, en lo que hace referencia a regulación, valores y presencia activa de padre y madre en el proceso formativo. Por último, debemos señalar la presencia en el trasfondo de la familia extensa, cuyo rol es recordar y refrendar valores tradicionales o servir de fuentes alternas para la información y comunicación desde el punto de vista de los adolescentes y de los jóvenes.

Discusión

Las fuerzas encontradas: género, moral, salud, medios y nuevos roles

Tanto la mirada amplia a las tendencias reportadas por padres, madres e hijos/as como los relatos detallados de quienes participaron en los grupos de discusión permiten señalar puntos de interés para la reflexión en el largo plazo de estos procesos, orientados tanto al análisis de las permanencias y transformaciones en las formas de pensar y actuar en torno a la sexualidad, como al diseño de procesos y estrategias de acompañamiento e intervención de estas situaciones. Muchos de estos hallazgos coinciden con las interpretaciones que se producen sobre el tema.

En primera instancia, debe reconocerse que en las transmisiones e intercambios comunicativos (dialógicos o no) en torno a la sexualidad no fluye solamente información sobre procesos biológicos, sino que insertas en ellas corren normas y valores enmarcados en miradas casi siempre tradicionales de género. De acuerdo con Grimberg (31), se evidencia el género asociado a relaciones de poder histórica y socialmente construidas, de carácter relacional, que se configuran a partir de las significaciones culturales de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres, superando el nivel biológico para hablar de características, funciones, responsabilidades y derechos de orden social y cultural. Así, las propias vivencias, valores y expectativas de padres y madres marcan el curso que siguen las relaciones con sus hijos/as, evidenciando lo que Jones (32) denomina su “función socializadora”. En esos discursos, diálogos y silencios siguen vigentes ideas tradicionales sobre lo que debe ser y hacer un hombre o una mujer.

Si bien el discurso moral que subyace a las configuraciones de género tradicionales y aún vigentes lleva un peso importante en estos procesos, nuestro análisis permite confirmar la existencia de otros modelos y miradas que co-existen y permean estos fenómenos. Así, de acuerdo con Szasz (9) y Jones (32), vemos cómo el discurso médico, que ha tendido a ganarle espacio a miradas tradicionales como la moral religiosa (católica), ha secularizado los discursos, pero ha exacerbado la angustia y ansiedad en torno a la normalidad y la funcionalidad. En consecuencia, señalar por ejemplo que la homosexualidad es una desviación sexual, refleja algunas miradas tradicionales sobre un deber ser aceptado desde una concepción religiosa particular y señala una necesidad por clasificar los cuerpos y los comportamientos desde una posición heteronormativa. Igualmente, los medios abren la puerta a la promulgación de discursos de igualdad y libertad, que, sin permear la mirada de la mayoría de padres o madres pero sí la de sus hijos/as, instan a entrar en tensión con las opiniones binarias y preformateadas sobre cómo y cuándo vivir la sexualidad. Vemos entonces que fluyen discursos hibridados (14), en donde la dominancia de uno u otro esquema depende del contexto.

Encontramos padres y madres con pocas claves para la interpretación y ponderación de las realidades de sus hijos/as y del peso de sus historias. Lejos de construir convergencias entre los agentes que gravitan en los mundos del adolescente, hay una atomización cada vez más pronunciada. El caso particular de las madres recuerda lo que (22) se ha denominado pánico sexual y discursos contradictorios. La ausencia de sinergias entre los adultos y cuidadores resalta la vigencia de modelos tradicionales en los que la salud y la sexualidad (por extensión, gracias al discurso médico-biologizante) es cosa de mujeres (16). En consecuencia, formar a hijos/as, hablar del tema, transmitir los valores y regular las actividades en perfecto ritmo entre el control y la libertad recae prioritariamente en unas madres aterradas e inseguras sobre las estrategias más precisas para lograrlo, bajo el ojo vigilante de sus familias y contextos comunitarios.

Como lo plantean Uribe y Orcasita (33) hablar de sexualidad para los docentes y padres de familia sigue generando muchas dificultades, debido a los modelos educativos en los que fueron formados, de corte biologicista y moralista de la sexualidad en muchos casos. Es importante reconocer que algunas de las limitaciones del presente estudio fueron (1) la exploración centrada en sexualidad de orden penetrativo y heterosexual y (2) la escasa participación de padres (hombres), lo cual es un reflejo de la transformación de las dinámicas tradicionales de participación del rol parental en los procesos

educativos de hijos/as. Finalmente, se recomienda para futuras investigaciones poder indagar cómo se dan estos procesos formativos en otros entornos socioeconómicos y en contextos educativos no oficiales, con el fin de revisar el papel que determinan los agentes de socialización en contextos específicos.

Referencias

- (1) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo; 5-13 sep 1994. Nueva York: ONU; 1995.
- (2) Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [documento en Internet]. Bogotá: Dirección General de Salud Pública; 2003 [6 mar 2011]. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.repro-health.03.pdf>
- (3) Organización Panamericana de la Salud (OPS), World Association for Sexual Health (WAS) Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico [documento en Internet]. Washington: OPS; 2009 [12 ago 2011]. Disponible en: http://www.asumen.org.ar/pdf/Salud_Sexual_Milenio.pdf
- (4) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [página principal en Internet]. Bogotá: Proyecciones de Población; 2005 [acceso: 8 jul 2014]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- (5) Sevilla T. Cuando el placer te hace impuro: percepciones y experiencias frente a las enfermedades e infecciones de transmisión sexual en jóvenes caleños. En: Rubio J, editor. Foro Internacional Identidades, Sujetos sociales y políticas del conocimiento: reflexiones contemporáneas, familias, géneros y estéticas. Tomo II, Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2009. pp. 103-115.
- (6) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS [documento en Internet]. Bogotá: Profamilia; 2010 [acceso: 17 abr 2011]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia-imag/stories/documentos/Principales_indicadores.pdf
- (7) Departamento Nacional de Planeación [página principal en Internet]. Bogotá: Grupo de Comunicaciones y Relaciones Públicas; c2012 [actualizado: 8 jul 2014; acceso: 2 feb 2011]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Inicio.aspx>
- (8) Raffaelli M, Green S. Parent-adolescent communication about sex: Retrospective Reports by Latino College Students. J Marriage Fam. 2003;65:474-481.

- (9) Szasz I. El discurso de las ciencias sociales sobre sexualidades. En: Cáceres C, Frasca T, Pecheny M, Terto JV, editores. *Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004. pp. 65-75.
- (10) Almeida FM. Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativa [Editorial]. *Salud Colectiva*. 2007;3(3):229-233.
- (11) Reyes D, Cabello M. Paternidad adolescente y transición a la adultez: una mirada cualitativa en un contexto de marginación social. *Iberofórum*. 2011;7:1-27.
- (12) Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 2831. Jan 2002; Geneva. Ginebra: OMS; 2002
- (13) Toro M, Patriño P, Leal S. Vida y sexualidad. Lo que hay que conocer. Colombia, Bogotá: Profamilia; 2004.
- (14) Reyes R. Reseña de Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados de Ana Amuchástegui. *Estudios demográficos y urbanos*. 2002;20:425-431.
- (15) Weeks J. La invención de la sexualidad. En: Weeks J, editor. *Sexualidad*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998.
- (16) Sosa I. Significados de la salud y la sexualidad en jóvenes: estudio de caso de dos escuelas públicas en Cuernavaca [tesis magistral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
- (17) Uribe AF, Orcasita LT, Vergara T. Factores de riesgo para infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Act Colom Psicol*. 2010;13(1):11-24.
- (18) Sevilla T. Sexualidad e identidad en jóvenes caleños: algunos hallazgos recientes desde la etnografía. *Rev Cibi-onte*. 2007;5:1-19.
- (19) Mosquera J, Mateus J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de medios de comunicación en jóvenes. *Colom Med*. 2003;34(4):206-212.
- (20) Uribe A, Valderrama L, Sanabria A, Orcasita L, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH-SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicol*. 2009;5(12):45-62.
- (21) Sevilla T. Sexo inseguro: un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2008;6(1):173-196.
- (22) Elliott S. Parents' constructions of teen sexuality: sex panics, contradictory discourses, and social inequality. *Symbolic Interaction*. 2010;33(2):191-212.
- (23) Kapungu C, Baptiste D, Holmbeck G, McBride C, Robinson M, Sturdivant A *et al*. Beyond the "birds and the bees": gender differences in sex rebled communication among urban African-American adolescents. *Family Process*. 2010;49(2):251-264.
- (24) Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 1997.
- (25) Orcasita PL, Uribe RA. La importancia del apoyo social en el bienestar del adolescente. *Psychol Av Discip*. 2010;4(2):69-82.
- (26) Guber R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2001.
- (27) Cuevas JA. Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en Psicología. *Rev Cubana Psicol*. 2002;19(1):47-56.
- (28) Vargas E, Barrera F, Burgos M, Daza B. Influencia de los programas televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes. 1ª ed. Bogotá: Universidad de los Andes; 2004.
- (29) Vargas J, Ibáñez E, Javier S. Evaluación de vínculo en adolescentes problemáticos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [revista en Internet]. 2005 [20 may 2011];8(3):[aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19417/18393>
- (30) Lawson T, Moores R, Jones M. *As & A Level Sociology through diagrams*. Londres: Oxford University Press; 2000.
- (31) Grimberg M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención del VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horiz Antropol*. 2002;8(17):47-75.
- (32) Jones D. Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2010;14(32):171-182.
- (33) Uribe AF, Orcasita LT. Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*; 2011;13(1):39-57.

Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal

Perceived social support and quality of life of people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation

Suporte social percebido e qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica submetidas a transplante renal

JUDITH MEDELLÍN OLAYA*

GLORIA MABEL CARRILLO GONZÁLEZ**

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre el soporte social y la calidad de vida percibida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal.

Método: Estudio descriptivo correlacional, de corte transversal y abordaje cuantitativo. Participaron 210 personas con trasplante renal que asistieron a su control mensual en una institución privada prestadora de servicios de salud. Se aplicaron los instrumentos *Calidad de vida versión paciente de Betty Ferrell*, *Soporte social percibido de Hilbert* y el *Formato de caracterización sociodemográfica para persona con enfermedad crónica* del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia. El análisis de asociación se realizó mediante la determinación de los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman, utilizando el programa *SPSS Versión 17.0*.

Resultados: Las características sociodemográficas de las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal fueron: mayoría hombres, edades entre 18 y 60 años, estado civil casados, estrato socioeconómico 2, nivel educativo bachillerato, ocupación trabajadores independientes. La percepción de calidad de vida en general fue alta, especialmente en la dimensión física. El soporte social percibido en la mayoría de los casos fue alto, reportándose los mayores puntajes

en las dimensiones guía y en la interacción social, mientras que los menores, en la interacción personal. No se identificó correlación estadísticamente significativa entre calidad de vida y soporte social percibido en personas con enfermedad renal crónica sometidas a un trasplante renal.

Conclusión: Para este estudio, la calidad de vida en personas sometidas a trasplante renal no se relacionó con el soporte social percibido, aspecto que puede estar relacionado con factores que requieren ser explorados mediante abordajes cualitativos que reconozcan elementos propios de la experiencia de cronicidad y que hacen parte de la calidad de vida percibida por parte de los usuarios. Así mismo, se deben explorar otro tipo de variables tales como las complicaciones, el tipo de tratamiento farmacológico y las variables sociodemográficas, que pueden correlacionarse con la calidad de vida percibida.

Palabras clave: Calidad de Vida; Asociación; Apoyo Social; Trasplante de Riñón (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Objective: To establish the relationship between social support and perceived quality of life of people with chronic kidney disease undergoing kidney transplantation.

Method: A descriptive correlational cross-sectional quantitative approach. 210 people participated transplanted, attending monthly control Colombiana de Trasplantes sa in 2011. We applied the instruments Quality of life patient version of Betty Ferrell, Perceived social support of Hilbert and Characterization format for individual socio-demographic with

* Enfermera. Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico. Enfermera Unidad Renal RTS SAS, Baxter Colombia. E-mail: jmedellino@hotmail.com

** Enfermera. Magíster en Enfermería. Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia. E-mail: gmcarrillo@unal.edu.co

chronic disease of Chronic Patient Care Group of the Universidad Nacional de Colombia. The association analysis was performed by determining the Pearson correlation coefficients and Spearman, using the program *Version 17.0 SPSS*.

Results: The socio-demographic characteristics of people with chronic kidney disease undergoing kidney transplantation are mostly men, aged between 18 to 60 years, married status, socioeconomic status 2, high school educated, self-employed occupation. The overall perceived quality is high being the spiritual, psychological and social, the most affected. Perceived social support in most cases is high, reporting the highest scores in the dimensions guide, social interaction, children in personal interaction. No statistically significant correlation was identified between quality of life and perceived social support in people with chronic kidney disease undergoing kidney transplantation.

Conclusion: Aspects that can be related to other factors that need to be explored through qualitative approaches that recognize specific elements of the experience of chronicity and they are part of the quality of life perceived by users. Also should explore other variables such as complications, type of drug treatment and socio-demographic variables, which can be correlated with the perceived quality of life.

Key words: Quality of Life; Association; Social Support; Kidney Transplantation (Fuente: DeCS BIREME).

Resumo

Objetivo: Estabelecer a relação entre o suporte social e a qualidade de vida percebida de pessoas com doença renal crônica submetidas a transplante renal.

Método: Estudo descritivo correlacional, de corte transversal e abordagem quantitativa. Participaram 210 pessoas com transplante renal que assistiram a controle mensal em uma instituição privada prestadora de serviços de saúde. Aplicaram-se os instrumentos Qualidade de vida versão paciente de Betty Ferrell, Suporte social percebido de Hilbert e o Formato de caracterização sociodemográfica para pessoa com doença crônica do Grupo de Cuidado ao Paciente Crônico da Universidad Nacional da Colombia. A análise de associação se realizou mediante a determinação dos coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman, utilizando o programa spss Versão 17.0.

Resultados: As características sociodemográficas das pessoas com doença renal crônica submetidas a transplante renal foram: maioria homens, faixa etária entre 18 e 60 anos, de estado civil casados, estrato socioeconômico 2, nível educativo ensino médio, ocupação trabalhadores independentes. A percepção de qualidade de vida em geral foi alta, especialmente na dimensão física. O suporte social percebido na maioria dos casos foi alto, reportando-se as maiores pontuações nas dimensões guia e na interação social, por enquanto que os

mais baixos, na interação pessoal. Não se identificou correlação estatisticamente significativa entre qualidade de vida e suporte social percebido em pessoas com doença renal crônica submetidas a um transplante renal.

Conclusão: Para este estudo, a qualidade de vida em pessoas submetidas a transplante renal não se relaciona com o suporte percebido, aspecto que pode estar relacionado com fatores que requerem ser explorados mediante abordagens qualitativas que reconheçam elementos próprios da experiência de cronicidade e que fazem parte da qualidade de vida percebida por parte dos usuários. Também, devem-se explorar outro tipo de variáveis sociodemográficas, que podem correlacionar-se com a qualidade de vida percebida.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Associação; Apoio Social; Transplante de Rim (Fuente: DECS BIREME).

Introducción

Las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en Colombia y en el mundo. Ramírez (2005) indica que existe una transición epidemiológica que refiere el cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010 indica que la exposición a factores de riesgo, como el sedentarismo, el estrés y especialmente el envejecimiento, son algunas de las causas más significativas para la aparición de estas enfermedades (2).

Para autores como Acosta y cols. (3) y Barrera y cols. (4), quienes coinciden en afirmar que la enfermedad crónica es una condición de salud definida como alteración del funcionamiento normal durante un periodo de tiempo de mínimo seis meses. Se trata de un trastorno orgánico y funcional permanente, incurable, irreversible, con periodos de remisión y recaídas, que modifica el estilo de vida y no tiene límites, no respeta edad, sexo, escolaridad, clase social ni ideologías frente al mundo. Así mismo, invade a la persona y toma posición de ella, de las familias y de los grupos sociales.

Actualmente las enfermedades crónicas —en particular la renal crónica— representan una prevalencia importante a nivel mundial y en la región de América Latina y Colombia, considerándose como un fenómeno de interés para la salud pública, sobre la que se hace imprescindible generar propuestas de intervención que den respuesta a las necesidades sentidas por los usuarios (2).

En la actualidad existen aproximadamente 28.220 pacientes en diálisis en Colombia (5), de los cuales el 70% es apto para recibir un trasplante, aspecto que se acompaña de tasas representativas. En cuanto a los trasplantes de riñón en el país, se indica que “sólo para el 2009 se realizaron 846 trasplantes de riñón en Colombia; en el primer trimestre del 2010, el registro fue de 206” (5), desencadenándose un alto impacto, costos sociales y económicos, no sólo en Colombia sino también en el mundo.

Los pacientes con insuficiencia renal sometidos a un trasplante renal asumen una *nueva vida* en el sentido de que se ven enfrentados a múltiples procedimientos y terapéuticas médicas que requieren de un seguimiento permanente por parte del equipo de salud y deben preocuparse lo mejor posible por el cuidado del órgano trasplantado. El paciente vive una particular situación de cronicidad que le implica modificar su estilo de vida, reajustar su dinámica familiar o reorientar sus proyecciones personales y laborales. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de contar con una red de apoyo primaria y un sistema de soporte social permanente que le brinde las estrategias para afrontar esta nueva condición (4, 5).

El trasplante renal surge como respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de enfermedad renal, tema que se ha venido convirtiendo en un fenómeno de interés investigativo en el cuidado de las personas que viven experiencias de cronicidad (6, 7, 8, 9).

De esta manera, es posible establecer que el soporte social que brinda el personal de salud y las redes formales e informales contribuyen al manejo y a la adaptación a la nueva situación, aportando con ello al mejoramiento de la calidad de vida.

A pesar del reconocimiento del soporte social y la calidad de vida en el área de cuidado al paciente con enfermedad renal crónica, son escasos y limitados los estudios que documenten para el contexto local y nacional cómo es la calidad de vida percibida por las personas después de que han sido sometidas a un trasplante renal desde las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Tampoco se ha conocido cuál es el soporte social que perciben estos usuarios desde las categorías: interacción personal, interacción social, ayuda tangible, guía y retroalimentación; ni cuál es la posible asociación que pueda existir entre la calidad de vida y el soporte social para determinar los indicadores precisos sobre los que se deben generar propuestas de intervención. De acuerdo

con esto, el objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre el soporte social y la calidad de vida percibida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal.

Materiales y Métodos

El estudio es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal con abordaje cuantitativo. Participaron en total 210 personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante, quienes asistieron a su control mensual postrasplante en una institución privada especializada en la atención de trasplante renal en Bogotá, Colombia, entre septiembre y diciembre de 2011.

Los criterios de inclusión fueron: persona con insuficiencia renal crónica sometida a trasplante renal, que asiste a control mensual a una institución privada especializada en la atención de trasplante renal en Bogotá, Colombia, y mayor de 18 años. Los criterios de exclusión fueron: personas con alteraciones cognitivas o conductuales que no comprendieran y no respondieran los instrumentos.

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron: *la Escala de calidad de vida en personas con enfermedad crónica* (QOL, por sus siglas en inglés), *el Inventario de soporte social en enfermedad crónica* (SSCI, por sus siglas en inglés) y el *Formato de caracterización sociodemográfica de pacientes con enfermedad crónica* del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia.

El QOL, de Betty Ferrell, ha sido validado para población latina y tiene un nivel de confiabilidad de 0.89 y 0.69 de consistencia interna. Tiene 41 ítems con graduación de tipo *Likert* (adaptada por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y la Familia de la Universidad Nacional de Colombia) y se compone de cuatro sub-escalas que miden: la dimensión psicológica, con 18 ítems que evalúan la percepción del paciente sobre su enfermedad y algunos sentimientos que ésta genera, como el miedo y el afrontamiento; la social, con 8 ítems que evalúan el impacto de la enfermedad en la familia, en el referente económico y en las relaciones con los otros; la física, con 8 ítems en los que se evalúan los síntomas y el estado de salud en general; y la espiritual, con 7 ítems que evalúan la parte espiritual de la persona y si el convivir con la enfermedad ha traído cosas positivas o sentimientos de esperanza.

El Inventario de Soporte Social en Enfermedad crónica (SSCI) de G. Hilbert tiene un grado de validez y confiabilidad de 0.9, la consistencia interna presentó un Alfa

de Cronbach de 0.69 en todas las dimensiones. Consta de 38 preguntas: 10 ítems que miden la dimensión interacción personal, 14, guía-información-instrucción, 5, retroalimentación, 5, interacción social y 4, ayuda tangible. La puntuación se basa en una escala de 1 a 6, donde 1 corresponde a *insatisfecho* y 6, a *muy satisfecho*. El instrumento ya contaba con los traducción, validez y confiabilidad para el contexto colombiano. Adicionalmente, Díaz en el 2003 reporta la confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.975 (10).

Los datos de la investigación se digitaron y se organizaron en hojas de cálculo mediante códigos asignados. Se generaron estadísticas descriptivas por medio del programa *SPSS Versión 17*, como frecuencias, absolutas, porcentajes, desviación estándar, mediana, promedios, valores máximos y mínimos y coeficientes de variación para determinar los valores de cada una de las dimensiones de la calidad de vida y el soporte social, así como los valores totales de estas dos variables. También se obtuvo la descripción sociodemográfica de los sujetos del estudio.

Finalmente, para establecer la relación entre el soporte social y la calidad de vida, se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman, los cuales miden la relación lineal entre las dos variables cuantitativas. El valor de los índices de correlación varían en el intervalo de -1 y 1 , con la siguiente interpretación: un índice de correlación = 0 indica una independencia total entre las dos variables, un índice de correlación = 1 indica una dependencia total entre las variables y un índice de correlación = -1 indica una dependencia inversa entre las dos variables.

Dentro de los aspectos éticos se tuvo en cuenta el derecho de los participantes a ser informados sobre la naturaleza del estudio y sus objetivos, también sobre los beneficios posibles. La decisión de participar fue voluntaria y la información tuvo un manejo confidencial. Se aplicó el consentimiento informado de manera escrita y verbal, se contó con el Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Vicepresidente Científico de la IPS de donde se recolectó la información. Se contó además con la autorización de los autores para el uso de los instrumentos.

Resultados

Características de las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante

La mayor parte de los participantes fue de género masculino, la edad que predominó fue de 36 a 59 años,

seguido por los de 18 a 35 años, con grados de escolaridad bachillerato y técnico, ocupación trabajo independiente, empleado y hogar, estratos socioeconómico 2 y 3, estado civil casados, en unión libre y solteros. Dentro de los apoyos con los que cuenta, se resalta la familia y los amigos, con cuidadores a cargo que se encuentran en rangos de edad similares a la de los pacientes. Se identificó además que las personas contaron con varios cuidadores a cargo, siendo menos horas las que se requirieron de ayuda. Las características sociodemográficas de los participantes se describen en la Tabla 1.

Calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal

La calidad de vida percibida de las personas con insuficiencia renal crónica sometidas a trasplante renal en general presentó en promedio (media) una puntuación de 126, en un rango posible de 37 a 148, es decir: una puntuación alta; con una mediana de 129 y una desviación estándar de 14,89. Así mismo, se obtuvo un rango de puntuación mínimo de 75 y uno máximo de 151.

Bienestar físico de la persona

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 26,58, con desviación estándar de 5,4. El puntaje mínimo fue de 10 y el máximo fue de 32.

Los reactivos que presentaron mayor puntuación en esta dimensión y que las personas identificaron como no problema fueron náuseas, con 73%, fatiga, con 62% y cambios en el apetito, con 62%. Los reactivos con menor puntuación que las personas identificaron como problema fueron: dolor, con 49% y cambios en el sueño, con 50%.

Bienestar psicológico de la persona

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 54,61, con desviación estándar de 8,4. El puntaje mínimo fue de 27 y el máximo fue de 69, lo que indica que el bienestar psicológico es una de las dimensiones mejor calificadas y que contribuyen positivamente en la calidad de vida.

Los reactivos de mayor puntuación fueron *se sienten muy satisfechos con su vida*, con un 84% y *se sienten útiles*, con un 78%, y los de menor puntuación fueron calificados como *generan aflicción o angustia el diagnóstico inicial*, con un 81% y *los tratamientos para su enfermedad*, con un 77%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Edad		Apoyos con los que cuenta		
	Menor de 17 Años	0%	Compañeros	0%
	De 18 a 35	37%	Familia	56%
	De 36 a 59	56%	Familia y amigos	33%
	Mayor de 60	7%	Familia y económicos	5%
Grado de escolaridad		Moral y económicos	1%	
	Primaria incompleta	5%	Ninguno	1%
	Primaria completa	10%	No responde	4%
	Bachillerato incompleto	19%	Rango de edad del cuidador-persona	
	Bachillerato completo	27%	Mayor	0%
	Técnico	20%	Menor	31%
	Universidad incompleta	10%	Igual	69%
	Universidad completa	9%	Relación con el cuidador	
Género			Esposo/a	56%
	Femenino	40%	Madre/Padre	27%
	Masculino	60%	Hijo/a	8%
Ocupación			Abuelo/a	1%
	Hogar	16%	Amigo/a	1%
	Empleado	22%	Otro	7%
	Trabajador independiente	39%	Único cuidador	
	Estudiante	7%	Sí	61%
	Otros	17%	No	39%
Estrato vivienda		Número de horas que requiere de ayuda		
	Estrato 1	8%	Menos de 6 horas	68%
	Estrato 2	46%	7-12 horas	8%
	Estrato 3	31%	13-23 horas	5%
	Estrato 4	14%	24 horas	19%
	Estrato 5	0%		
	Estrato 6	1%		
Estado Civil				
	Soltero/a	29%		
	Casado/a	47%		
	Separado/a	5%		
	Viudo/a	1%		
	Unión libre/a	18%		

Fuente: Datos de la investigación.

Bienestar social de la persona

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 23,16, con desviación estándar de 5,1. El puntaje mínimo fue de 8 y el máximo fue de 32, lo que indica que el bienestar social en personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante es bueno. El ítem

más alterado en esta dimensión fue el calificado como *la aflicción o angustia que ocasiona a la familia la enfermedad de la persona*, con un 89%, los menos afectados fueron *el suficiente apoyo que reciben por parte de otros*, con un 66% y *la no interferencia del cuidado continuo en sus relaciones personales*, con un 56%.

Bienestar espiritual de la persona

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 21,63, con desviación estándar de 4,0. El puntaje mínimo fue de 7 y el máximo fue de 28, lo que permite suponer que esta dimensión aporta en gran medida la posibilidad de tener una buena calidad de vida, ya que el puntaje de calificación promedio es bueno. En esta dimensión llama la atención que el ítem más afectado fue el que califica *la incertidumbre/duda que se siente hacia el futuro*, con un 74% y los menos afectados fueron los ítems calificados como *el sentir una sensación de propósito/misión en cuanto a su vida o una razón por la cual se encuentra vivo*, con un 67% y *la esperanza que se siente*, con un 91%.

Soporte social percibido de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante

El soporte social percibido de las personas con insuficiencia renal crónica sometidas a trasplante renal en general presentó en promedio una puntuación de 200, en un rango posible de 38 a 228, es decir: una puntuación alta, con una mediana de 204 y una desviación estándar de 25,1. Así mismo, se obtuvo un rango de puntuación mínimo de 46 y uno máximo de 228.

Al realizar el análisis por dimensiones se encontró:

Interacción personal

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 53,13 con desviación estándar de 6,1. El puntaje mínimo fue de 16 y el máximo fue de 60, lo que evidencia que los participantes tenían una percepción alta de la interacción personal como parte del soporte social percibido. En esta dimensión llama la atención que los ítems afectados fueron *el no disfrutar lo que se piensa escuchando*, con un 14% y *el no consuelo cuando se está molesto*, con un 14%. Los ítems menos afectados fueron *me hacen saber que puedo contar con ellos si necesito ayuda*, con un 98% y *expresan interés y preocupación por mi bienestar*, con un 97%.

Interacción social

Los evaluados presentaron una media en esta dimensión de 26,63, con desviación estándar de 3,8. El puntaje mínimo fue de 5 y el máximo fue de 30. En esta dimensión llama la atención que el ítem afectado negativamente fue el calificado como *me dan información para ayudarme a entender la situación en que me encontraba*, con un 11%. El ítem menos afectado fue el

calificado como *me orientan sobre cómo tenía que hacer ciertas cosas*, con un 95%.

Guía

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 72,17, con desviación estándar de 11,7. El puntaje mínimo fue de 16 y el máximo fue de 84. En esta dimensión llama la atención que los ítems afectados negativamente fueron los calificados como *me dio regalos*, con un 16% y *me ofrecen alternativas de distracción y recreación*, con un 23%. El ítem menos afectado fue el calificado como *puedo contar con ellos para distraerme de las preocupaciones*, con un 94%.

Retroalimentación

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 26,76, con desviación estándar de 3,7. El puntaje mínimo fue de 5 y el máximo, de 30. En esta dimensión llama la atención que el ítem afectado negativamente fue el calificado como *comparte información conmigo sobre las recomendaciones que me hace el equipo de salud*, con un 12%. El ítem menos afectado fue el calificado como *me ayudan a comprender mis necesidades*, con un 94%.

Ayuda tangible

Las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una media en esta dimensión de 21,87, con desviación estándar de 3,1. El puntaje mínimo fue de 4 y el máximo, de 24. En esta dimensión llama la atención que el ítem afectado negativamente fue el calificado como *hablan conmigo acerca de los problemas que se han estado presentando con las recomendaciones del equipo de salud*, con un 14%. El ítem menos afectado fue el calificado como *me motivan a tener cuidado de mí mismo*, con un 97%.

Asociación entre soporte social y calidad de vida

Para determinar la relación se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman, los cuales arrojaron como resultado que no existe correlación estadísticamente significativa entre el soporte social y la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal (ver Tabla 2. y Tabla 3.).

Es relevante mencionar que cuando se calcula un coeficiente de correlación como el de Spearman y el de Pearson, es poco probable que el resultado sea exactamente igual a 1,0 o -1, por lo cual es importante el cálculo del p -valor asociado, con el propósito de evaluar si la hipótesis de estos coeficientes son o no significativamente diferentes

Tabla 2. Correlaciones obtenidas con el coeficiente de Pearson

Coeficiente	Total calidad de vida	Total soporte social
Correlación de Pearson	1	,198(**)
Sig. (bilateral)		,004
No.	210	210

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 3: Correlaciones obtenidas con el coeficiente de Spearman

		Total calidad de vida	Total soporte social
Total calidad de vida	Coeficiente de correlación	1,000	,238 (**)
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	210	210
Total soporte social	Coeficiente de correlación	,238 (**)	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	210	210

Fuente: Datos de la investigación.

de 0. De acuerdo a lo anterior, se puede observar que se encontraron coeficientes con valores cercanos a 1, pero nunca iguales a 1 y sus respectivos p -valores fueron superiores a 0, por lo cual se puede concluir que no existe evidencia estadística de correlación entre las variables.

Discusión

Al analizar la información sobre las características demográficas de las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, se evidenció que la mayoría de las personas participantes de la investigación se encontraban en la etapa de la adultez. Actualmente en Colombia no se conocen estudios que profundicen en las características sociodemográficas del grupo de personas con insuficiencia renal crónica sometidas a un trasplante renal. Sin embargo, se tienen referentes como los descritos por Rodríguez, Castro y Merino, que muestran que la gran mayoría de pacientes que sufre enfermedad renal crónica se encuentra entre la edad de 45 a 64 años (11),

evidenciando que la población adulta en edad productiva es la que sufre de este tipo de enfermedades crónicas, aspecto que coincide con lo identificado en el estudio.

Así mismo, los hallazgos se relacionan con lo descrito por Fajardo (12), quien indica que la prevalencia y la incidencia de la insuficiencia renal en estado terminal (IRT) es mayor en las personas de edad avanzada que en los jóvenes, en los hombres más que en las mujeres y en los afroamericanos e hispanos más que en las personas de raza blanca.

Es de resaltar que en el estudio un porcentaje importante de participantes (35%) se encuentra en edades comprendidas entre los 18 y 35 años, lo que indica que la enfermedad renal crónica se presenta cada vez más en personas jóvenes. A su vez, existe una tendencia de aumento en el género femenino, dado posiblemente por la exposición más temprana a factores de riesgo como son los estilos de vida.

Escobar y cols. indican que en los últimos años las enfermedades crónicas han cambiado en cuanto a su epidemiología; años atrás, la prevalencia de estas enfermedades estaba en los adultos mayores, pero ahora la prevalencia se da también en personas jóvenes. “Es cierto que la mayor proporción de casos y defunciones por ENT se concentra en adultos mayores; sin embargo, en el grupo de adultos jóvenes la probabilidad de morir por una causa no transmisible es mayor que en el grupo de edad donde las defunciones se consideran prematuras (15 a 59 años). El conjunto dominante de causas de muerte es el de las no transmisibles, tanto en América Latina como en el resto de los países menos desarrollados” (13).

El fenómeno del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en adultos jóvenes representa dos tipos de cargas a nivel social, de acuerdo a lo indicado por Escobar (9): primero afectan la productividad de quienes las padecen y por consiguiente su capacidad de generar ingresos; segundo, originan un mayor consumo no sólo de servicios sociales sino también de salud, los cuales generalmente son servicios de alto costo.

Cabe mencionar que el trasplante hoy en día se da en personas jóvenes, primero por su alta prevalencia de enfermedad renal en estas edades, además porque existen unas condiciones específicas en cuanto a la salud de los receptores de un trasplante, en este caso, el de riñón.

Se evidencia que las personas con enfermedad renal crónica sometidas a un trasplante renal se encuentran en edades productivas, hecho que incide, posiblemente, en cambios positivos sobre la calidad de vida percibida. Es de resaltar que una persona con insuficiencia renal crónica en terapias de reemplazo renal lleva consigo una serie de cambios en su estilo de vida, comenzando por la restricción en su vida laboral, puesto que deben contar con ciertos tiempos específicos para llevar a cabo los tratamientos, lo que no les permite desempeñar una vida laboral fija. En muchas ocasiones tienen que ser dependientes de sus familias; con el trasplante, esto en cierta medida cambia, puesto que ya que no hay necesidad de tratamientos que requieran tiempos prolongados, por lo que la integración a la vida laboral se optimiza, se convierte en un rol de nuevo accesible para quienes padecen la enfermedad, facilitando el apoyo y la contribución económica a la familia.

Respecto a los hallazgos, al abordar a la red primaria, que es aquella que provee la mayor parte del apoyo a las personas, la familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos,

y la mayoría de personas cuenta con su pareja como apoyo para el afrontamiento de su enfermedad.

En la familia se identifica su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad (3). De allí que sea tan importante evaluar a esa persona o grupo de personas que conforman esa red primaria de apoyo y sobre todo la representación que tienen frente a la persona que cuidan.

De acuerdo a lo descrito por Barrera y cols. (4) en el entorno latinoamericano es frecuente que los familiares asuman directamente la tarea de cuidar a quienes tienen enfermedad crónica. La diferencia de vínculos implica relaciones y sentimientos variados, tanto así que la experiencia de cuidado varía mucho en función del parentesco y la relación entre las personas.

Las personas que se someten a trasplante buscan mejorar su calidad de vida y por consiguiente recuperar su rol de la vida diaria, buscando disminuir la necesidad de requerir ayuda. Esto se puede evidenciar en los datos encontrados en la investigación, donde se demuestra que gracias al trasplante las personas requieren menos horas de ayuda al día para su cuidado. Acosta y cols. demuestran en su investigación que el trasplante renal en comparación con las otras terapias renales es un tratamiento que mejora ampliamente la calidad de vida de las personas. En este estudio se utilizó el instrumento SF-36 propuesto por la OMS sobre de calidad de vida, siendo las dimensiones *nivel de dependencia, relaciones sociales y salud psicológica* las de mayor percepción (3).

En cuanto a la calidad de vida, aunque no existen estudios que sirvan de referente para contrastar los resultados de la investigación en relación con la calidad de vida en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual y el tiempo del trasplante, se evidencia que predomina una percepción alta de la calidad de vida en cada una de las dimensiones. Respecto a la dimensión física, se identifica que el dolor y las alteraciones del sueño son los indicadores reportados por los participantes como los que generan mayor alteración en la percepción de su calidad de vida.

Se espera que el trasplante renal no genere dolor, sin embargo, comorbilidades asociadas pueden estar relacionadas, tales como: infecciones o alteraciones osteomusculares y gastrointestinales,

Ramos y cols. (14) en un estudio cuyo objetivo fue identificar los problemas de enfermería en atención a pacientes con injerto renal, concluyeron que uno de los problemas frecuentes es la presencia del dolor relacionada con la intervención quirúrgica y las obstrucciones del tracto urinario. Así mismo, indican que las complicaciones del postoperatorio son un factor que incide en la presencia de dolor en pacientes; en el caso de los donantes añosos, los injertos renales son muy sensibles a cualquier agente nocivo que pueden llevar a isquemia o rechazo, complicaciones que a su vez pueden desencadenar dolor.

García y Calvanese (15) coinciden con varios estudios en afirmar que las personas trasplantadas presentan mejores índices físicos, mayor bienestar subjetivo y grado de rehabilitación en general en comparación con aquellos que se encuentran en otras terapias renales.

En la dimensión psicológica se identifica que los participantes presentan en general una percepción positiva de la calidad de vida y ésta tiende a disminuir a mayor tiempo de trasplante. Se resalta la percepción positiva en aspectos como sentirse feliz, con autocontrol, sentirse útil y satisfecho con su vida, reafirmando lo descrito en relación con los beneficios psicosociales que trae esta terapia. García y Calvanese (15) afirman que las personas sometidas a trasplante manifiestan menores trastornos emocionales de ansiedad y depresión, en comparación con pacientes que se encuentran en diálisis.

En la dimensión social se destaca la percepción positiva de los participantes en su calidad de vida. La carga económica y la aflicción que genera para la familia la enfermedad se presentan como indicadores que inciden de forma negativa. El apoyo por parte de otros es el reactivo que aporta a una mayor percepción positiva.

Estos hallazgos se contrastan y se relacionan directamente con lo identificado por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia de la Universidad Nacional de Colombia en diferentes investigaciones, en las que se manifiesta la carga económica que representa para el paciente y el cuidador familiar las enfermedades crónicas (4).

Así mismo, Songer T (16) y Brownbridge G y Fielding D (17) reconocen el impacto económico que representan las enfermedades renales crónicas, las cuales abarcan muchos sectores dentro de los que se encuentran, los relacionados con tratamientos médicos, las ganancias perdidas por los individuos que se ven discapacitados prematuramente, los costos de las oportunidades

perdidas por las personas que cursan por la enfermedad y sus familiares que sacrifican otras actividades porque tienen que dedicar tiempo o dinero a las exigencias de vivir con esta enfermedad.

Este aspecto influye significativamente en la percepción no sólo de la calidad de vida, sino también de la carga del cuidado, tanto en la persona como en su familia, por lo cual se hace necesario el abordaje de la problemática económica como una línea de acción para incidir directamente en la calidad de vida percibida por los participantes.

En la dimensión espiritual, es de anotar que la espiritualidad (18) juega un papel trascendental en la percepción de la calidad de vida, ya que agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito, tiene el poder de dar forma y significado al ser, reconociéndose en muchos casos como un componente amortiguador o de protección para la persona que cursa con la enfermedad y su familia.

Dentro de la investigación se identificaron algunos factores que contribuyeron a la alta percepción del soporte social, los cuales fueron: el acompañamiento, el interés y la preocupación del otro, la orientación, la distracción, la motivación hacia el autocuidado, la identificación de las necesidades y la comprensión. Esto concuerda con lo encontrado en investigaciones realizadas en enfermos crónicos, donde prevalece el apoyo emocional e informacional como los principales recursos brindados por parte de la red (13).

La relación entre apoyo social y enfermedades crónicas se establece fundamentalmente en el proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Se identifica además como modulador del estrés que genera ser portador de una enfermedad con esas características.

Cárdenas D. y cols. (19) refieren que para lograr la adaptación en una nueva situación de salud es necesario poseer un fuerte apoyo social, el cual no sólo debe estar presente al inicio de la enfermedad sino en el transcurso de la evolución de ésta, todo esto con el fin de obtener un afrontamiento efectivo ante la enfermedad y hacer del proceso adaptativo una experiencia enriquecedora.

En cuanto a la asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, se determinó que no existe relación entre las dos variables. Los estudios reportados evidenciaron que sí existe correlación entre el soporte social y la calidad de vida en personas

trasplantadas, contrario a lo que reporta este estudio y a lo que teóricamente esperaba identificar el grupo investigador.

Lin *et al.* (20) y Shah *et al.* (21) refieren que el apoyo social se relacionó positivamente con la calidad de vida en los receptores de trasplante renal y el apoyo emocional fue el predictor más significativo de la calidad de vida.

Fraizier Davis A. & Dahl (6) encontraron que el apoyo del cónyuge era más importante cuando los receptores de trasplante renal habían experimentado muchas situaciones estresantes, siendo este tipo de apoyo un predictor de mejor calidad de vida percibida.

Wubsett (7) sugirió que el equipo de atención médica puede mejorar el apoyo social para promover la calidad de vida de los receptores de trasplante renal al identificar la asociación positiva entre las dos variables.

Existen factores en el estudio que pueden explicar los hallazgos, los cuales fueron: la población estudiada, las particularidades sociodemográficas de los participantes, las creencias, los factores culturales y de tratamiento de la enfermedad, así como de identificación de posibles redes de apoyo formal e informal, significativamente diferente a las poblaciones en las que se ha realizado este tipo de correlación.

Los referentes teóricos utilizados fueron: en la presente investigación se utilizaron soportes teóricos para personas con enfermedad crónica en general, teniendo en cuenta que no existen específicos para personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante. Los estudios que han realizado la correlación entre estas dos variables han utilizado otros referentes que tampoco son específicos para personas con enfermedad renal crónica después de un trasplante renal.

Además, es de resaltar que no se han realizado otros estudios de tipo correlacional en el contexto local que involucren los instrumentos utilizados en la presente investigación.

Conclusiones y Recomendaciones

Los resultados indican que la calidad de vida y el soporte social percibido en las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal presentaron una puntuación alta. Al establecer la relación entre la calidad de vida y el soporte social en personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, se acepta la hipótesis nula de que no existe relación estadística entre las

dos variables. Para este estudio, la calidad de vida en personas sometidas a trasplante renal puede estar representada por otro tipo de factores, además del soporte social.

Es de gran importancia continuar la investigación en esta área por parte de los profesionales de enfermería, ya que de esta forma se promueve y se contribuye al enriquecimiento del cuidado y se responden a las verdaderas necesidades de las personas con trasplante. Es fundamental utilizar abordajes cualitativos que permitan determinar otros aspectos propios de la experiencia de cronicidad y que hacen parte de la calidad de vida percibida por los usuarios.

Se requiere establecer relaciones y asociaciones entre las diversas variables que afectan la calidad de vida y otros factores que puedan influir en ésta, con el fin de entender mejor el fenómeno y las circunstancias que afrontan esta población en el contexto colombiano. Variables para asociar son las sociodemográficas, las complicaciones, los tratamientos farmacológicos, determinados por la temporalidad y de tipo longitudinal para determinar con precisión los cambios antes, durante y después del trasplante.

Agradecimientos

A la División de Investigación de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia a través de la Convocatoria apoyo de la DIB a Tesis de Investigación en Posgrado Cuarto Cohorte (2010-2012), Modalidad 1, apoyo a proyectos de tesis y trabajos de investigación.

Referencias

- (1) Ramírez OM. Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. *Av Enferm.* 2005 jul;23(2):9.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 [página principal en Internet]. Francia: Tony Waddell, Phillipe Boucher, Zoe Brillantes, Steve Moore, John Rawlinson, Florence Rusciano; c2010 [acceso: 01 jul 2010], p.1-12. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- (3) Acosta P, Chaparro L, Rey C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología.* 2008;17:9-26.
- (4) Barrera OL, Pinto AN, Sánchez HB, Carrillo GM, Chaparro DL. La enfermedad crónica. En: *Cuidando a los*

- cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 16.
- (5) NULLVALUE. Enfermedad renal, un mal que avanza silenciosamente [artículo en Internet]. Portafolio. 20 de febrero de 2010 [acceso: 23 sep 2013]; Otros. Disponible en: http://www.portafolio.co/detalle_archivo/MAM-3848490
 - (6) Frazier PA, Davis SH, Dahl KE. Stressors, social support and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Soc Work Health Care*. 1995;21(2):93-108.
 - (7) Winsett RP. Posttransplant quality of life: a decade of descriptive studies leading to practice interventions. Posttransplant Quality of Life Intervention Study Group. *J Transpl Coord*. 1998 Dec;8(4):236-240.
 - (8) Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *MEDISAN* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 23 sep 2013];10(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm.
 - (9) Lozano E. Comentarios. Primer Foro Nacional de promoción de la donación de órganos y tejidos. Bogotá, Colombia 2010. Citado por: Medellín OJ. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal [tesis magistral en Internet]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012 [acceso: 23 sep 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8932/1/Judithmedellinolaya.2012.pdf>
 - (10) Díaz L. Relación entre el soporte social y la capacidad de cuidado de cuidadores, Área de Énfasis Cuidado al Paciente Crónico [tesis magistral]. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2003.
 - (11) Rodríguez VM, Castro SM, Merino EJ. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Cienc Enferm*. 2005 Dic;11(2):47-57.
 - (12) Fajardo W, Guerrero F, Luna R. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación Clínica Shaio, Bogotá. *Rev Urol Colomb*. 2011; 20(1):45-50.
 - (13) Escobar MC y cols. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública Mex*. 2000 ene;42(1):57.
 - (14) Ramos F y cols. Problemas de enfermería en el trasplante a pacientes añosos. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009;12(4):294-299.
 - (15) García H, Calvanese N. Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: Diálisis y Trasplante renal. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 2007;7(1):205-222.
 - (16) Songer T. Los costos de la enfermedad renal. *Diabetes. Voice*. 2003 oct;48:38-40.
 - (17) Brownbridge G. y Fielding D. Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatr Nephrol*. 1994 Dec;8(6):744-749.
 - (18) Sánchez B. Dimensión espiritual de cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá: Aquichan. 2004 oct;4(4):6-9.
 - (19) Cárdenas D, Melenge B, Pinilla J, Carrillo G, Chaparro L. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan*. 2010;10(3):204-213.
 - (20) Lin L, Ku P, Shu H, Lee C. Quality of life and related factors of kidney transplantation recipients. *VGH Nursing*. 2002;19 (3):326-337.
 - (21) Shah vs, Ananth A, Sohal GK, Bertges W, Eshelman A, Parasuraman RK *et al*. Quality of life and psychosocial factors in renal transplant recipients. *Proc Trasplantes*. 2006 jun;38(5):1283-1285.

Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia

Job satisfaction in nursing in a fourth level attention health institute, Bogotá, Colombia

Satisfação no trabalho em enfermagem em uma instituição de saúde de quarto nível de atenção, Bogotá, Colombia

JOHANA ENYD CIFUENTES RODRÍGUEZ*
FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL**

Resumen

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en una institución de salud de cuarto nivel de atención de la ciudad de Bogotá, Colombia, durante el año 2011.

Método: Estudio descriptivo, de corte transversal, con una población de 105 profesionales de enfermería que trabajan en una institución de salud de cuarto nivel de atención. Se utilizó el *Cuestionario Font-Roja*, instrumento de medida de la satisfacción laboral en el medio hospitalario de Aranaz y Mira. La información se analizó por medio del programa estadístico *SPSS Versión 15.0*, se calculó el test de ANOVA y se exploraron fuerzas de asociación entre las variables.

Resultados: Se obtuvo un 80% de participación. La satisfacción laboral media de los profesionales de enfermería de esta institución hospitalaria es de 2.91 (de: 0.23). Las enfermeras presentaron mayor insatisfacción en relación con los hombres. Se presentaron relaciones estadísticamente significativas

entre la satisfacción laboral y el tipo de universidad de la cual fue egresado el profesional de enfermería respecto a los factores de competencia profesional, características extrínsecas de estatus y monotonía laboral. Al explorar las fuerzas de asociación entre las variables, se identificó que el servicio en el cual los profesionales de enfermería cumplen sus actividades es interpretado como un factor protector frente a la insatisfacción por el trabajo.

Conclusiones: No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la satisfacción laboral de los enfermeros en relación con el género, la edad, la formación académica y el servicio al cual se hallan asignados.

Palabras clave: Satisfacción en el Trabajo; Enfermeras; Hospitales (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To evaluate the degree of job satisfaction of nurses who work in a health care fourth level of Bogotá, Colombia.

Method: A descriptive cross-sectional, with a population of 105 nurses working in a health care level four. Questionnaire was used *Font-Roja*, instrument for measuring job satisfaction in hospitals of Aranaz and Mira. Data were analyzed using the *SPSS Version 15.0* was calculated ANOVA and forces explored association between variables.

Results: We obtained an 80% stake. The average job satisfaction of nurses in this hospital facility is 2.91 (sd 0.23). The nurses show greater dissatisfaction in relation to men. Showed statistically significant relationships between job satisfaction

* Enfermera Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular, Fundación Clínica Shaio. Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Docente Investigadora Universidad Manuela Beltrán. Profesora Asistente Fundación Universitaria del Área Andina. E-mail: jecifuentesr@unal.edu.co

** Enfermero, Especialista en Gerencia Social, Magíster en Salud Pública y en Investigación en APS, Ph. D. en Salud Pública. Ph. D. en Investigación en Medicina Clínica. Profesor Asociado Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Profesor Asociado Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. E-mail: fgmanriquea@unal.edu.co

and the type of college which was discharged the nurse regarding factors of competence, status and extrinsic characteristics of work monotony. In exploring the forces of association between variables, it was identified that the service in which nurses perform their activities is interpreted as a protective factor against job dissatisfaction.

Conclusions: We found no statistically significant relationships between job satisfaction of nurses in relation to gender, age, educational background and service to which they are assigned.

Key words: Job Satisfaction; Nurses; Hospitals (Source: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Avaliar o grau de satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem que trabalham em uma instituição de saúde de quarto nível de atenção da cidade de Bogotá, na Colombia, durante o ano 2011.

Método: Estudo descritivo, de corte transversal, com uma população de 105 profissionais de enfermagem que trabalham em uma instituição de saúde de quarto nível de atenção. Utilizou-se o *Questionário Front-Roja*, instrumento de medida da satisfação no trabalho no meio hospitalar de Aranaz e Mira. A informação se analisou por meio do programa estatístico spss Versão 15.0, calculou-se o teste de anova e se exploraram forças de associação entre as variáveis.

Resultados: Obteve-se 80% de participação. A satisfação no trabalho média dos profissionais de enfermagem desta instituição hospitalar é de 2.91 (de: 0.23). As enfermeiras apresentaram maior insatisfação em relação aos homens. Apresentaram-se relações estatisticamente significativas entre a satisfação no trabalho e o tipo de universidade da qual se formou o profissional de enfermagem respeito aos fatores de competência profissional, características extrínsecas de status e monotonia no trabalho. Ao explorar as forças de associação entre as variáveis, identificou-se que o serviço no qual os profissionais de enfermagem cumprem suas atividades é interpretado como um fator protetor frente à insatisfação pelo trabalho.

Conclusões: Não se acharam relações estatisticamente significativas entre a satisfação no trabalho dos enfermeiros em relação com o gênero, a idade, a formação acadêmica e o serviço ao qual estão assignados.

Palavras-chave: Satisfação no Emprego; Enfermeiras; Hospitais (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

La satisfacción laboral, según Spector, (1) es una percepción subjetiva e individual, producto de una valoración afectiva de las personas dentro de una organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan

de éste. Desde hace varios años la satisfacción en el trabajo ha sido estudiada y discutida en diferentes áreas del conocimiento, como la psicología, la sociología, la administración e incluso la enfermería, en la que la satisfacción laboral ha sido identificada como un indicador clave del desempeño, ahorrador de costos y de calidad del cuidado del paciente (2).

Específicamente en el área de enfermería, la satisfacción laboral ha sido reportada como un predictor fundamental en relación con la rotación del personal de enfermería, absentismo laboral, intención de abandonar su trabajo (3) y *burnout*. De ahí que la satisfacción laboral en enfermería sea considerada actualmente como un desafío crítico para las organizaciones de salud, en donde los costos laborales son altos y la escasez de enfermeras profesionales, común (4). No obstante, persiste en el tiempo una gran dificultad para encontrar y mantener personal de enfermería calificado dentro de las instituciones de salud, situación que afecta la atención en salud de los usuarios, puesto que la calidad de la atención depende de un suministro adecuado de personal capacitado, así como también de la satisfacción laboral de éste (5). Se ha demostrado que enfermeras más satisfechas tienden a estar más comprometidas con las organizaciones en donde se desempeñan (6, 7). Por otro lado, factores del entorno de trabajo que producen una experiencia laboral positiva en las enfermeras tienen a su vez una mayor probabilidad de producir resultados positivos en su trabajo (8). Para el caso específico de enfermería, la satisfacción laboral se ha relacionado con las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales, el trabajo en sí, el reconocimiento, la remuneración, el crecimiento personal, la responsabilidad y la seguridad en el empleo (9, 10). Por el contrario, los salarios bajos, la falta o inadecuada capacitación, estilos de liderazgo y pesadas e inequitativas cargas laborales son sólo algunos de los múltiples factores que causan insatisfacción laboral en el personal de enfermería.

El estudio de los factores que determinan la satisfacción laboral se ha desarrollado desde varios años atrás. Dentro del campo de la administración, en 1945 Elton Mayo, precursor de la teoría de las relaciones humanas, aseguró que la interacción del individuo con el grupo era el factor más importante de la satisfacción en el trabajo, por encima de otros, como la seguridad, la estima, la afiliación, entre otros. Por su parte, Herzberg en 1959 formuló la teoría de los dos factores —o bifactorial— de la satisfacción laboral, que postula la existencia de dos grupos o clases de aspectos en el trabajo: un grupo de factores intrínsecos y otro de factores extrínsecos. Los intrínsecos, llamados motivadores, estaban

basados en los *satisfactores* del trabajo e incluían el logro, el reconocimiento, el trabajo y la responsabilidad. Los factores extrínsecos, llamados también *higiénicos*, estaban basados en los determinantes que producían insatisfacción en el trabajo e incluían las políticas institucionales, la administración, la supervisión, el salario, las relaciones interpersonales y las condiciones de trabajo. Aunque en la literatura sobre administración de recursos humanos, psicología de la organización y comportamiento en el trabajo se mencionan otras teorías que intentan explicar la satisfacción laboral, hasta ahora ningún modelo teórico ha dominado el campo en su totalidad (12, 13).

Sin embargo, a medida que emergían en el tiempo teorías que intentaban explicar el constructo de la satisfacción laboral, en el área de enfermería empezaban a surgir los primeros estudios al respecto. En Estados Unidos, por ejemplo, se iniciaron estudios respectivos a finales de los años 30, desde los cuales se ha reconocido que los factores que condicionan la satisfacción laboral de las enfermeras tienen que ver con las horas de trabajo, el salario, las relaciones con los supervisores, el interés por el trabajo y las oportunidades de ascenso (14).

Adicionalmente en España se encuentra que la falta de autonomía, de promoción y formación profesional y el sueldo bajo son sólo algunos de los factores que mayor insatisfacción producen en el trabajo. Estos resultados concuerdan con los encontrados en estudios realizados en la región latinoamericana en países como México, Chile, Venezuela y Brasil: los enfermeros latinos informan que la insatisfacción en su trabajo se relaciona con aquellas actividades que deben realizar y no guardan ninguna relación con la atención y cuidado directo al paciente, la falta de reconocimiento por su trabajo, la sobrecarga laboral, entre otras.

Por consiguiente, en la actualidad existe un consenso entre los factores que influyen en la satisfacción laboral de enfermería (15), los cuales han sido agrupados en tres variables: (1) Variables sociodemográficas: educación, experiencia profesional, género, edad; (2) Características del trabajo: autonomía, salario, carga laboral; y (3) Factores que guardan relación con el clima organizacional y el entorno laboral.

De modo que identificar los factores relacionados con la satisfacción laboral en enfermería dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud y la exploración de sus posibles asociaciones con las variables sociodemográficas permite contribuir al desarrollo de

estrategias organizacionales que promuevan la permanencia del personal, el compromiso de los profesionales de enfermería dentro de las instituciones de salud y, por consiguiente, la continuidad y calidad en la atención en salud ofertada a los usuarios.

Ahora bien, el hecho de que en Colombia —específicamente en Bogotá— sean escasos los estudios relacionados con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que se desempeñan en el área asistencial y debido al interés que el tema genera en las organizaciones de salud, los entes de educación formal y sin duda el gremio mismo de enfermería, se hace necesario conocer cómo se siente el personal que representa más del 50% del recurso humano de salud en el mundo con respecto al trabajo que realiza diariamente. Es precisamente el interés por descubrir estas percepciones por las que se realizó esta investigación, la cual tuvo por objetivo evaluar el grado de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en una institución de salud de cuarto nivel de atención e identificar las características sociodemográficas y laborales que tienen relación con los factores determinantes en la satisfacción laboral.

Materiales y Método

Estudio censal cuantitativo de tipo descriptivo transversal. La población se constituyó por 105 enfermeros profesionales. Se utilizó el *Cuestionario Font-Roja* (17): un instrumento de medida de satisfacción laboral en el medio hospitalario de Aranaz y Mira, quienes autorizaron su empleo. Este cuestionario explora nueve factores que determinan la satisfacción laboral en el personal que trabaja en el contexto asistencial. Se ha empleado en numerosas investigaciones en las cuales el objeto de estudio ha sido precisamente el personal de enfermería, la mayoría desarrollados en España (18, 19, 20) y sólo una en Colombia (21), en donde el instrumento fue validado (22).

El *Cuestionario Font-Roja* surge hace varios años en España en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante, en la cual un grupo de investigadores médicos pretendían establecer un programa de control de calidad. Aquí se trabajó la hipótesis de que la satisfacción de los profesionales era también un aspecto importante del control de calidad, de cuyo proyecto investigativo surgió el cuestionario que explica el 72.2% de la varianza que determina la satisfacción laboral de los profesionales en centros hospitalarios. Es una escala psicométrica que mide racionalmente la satisfacción de los trabajadores de la salud.

El *Cuestionario Font-Roja* está conformado por 24 preguntas, cada una de las cuales es valorada mediante una escala tipo *Likert* de 1-5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción, desde 1 (*mínima satisfacción*) hasta 5 (*satisfacción máxima*). De esta manera, el rango de puntuaciones de la totalidad del cuestionario abarca desde 24 (*mínima satisfacción laboral*) hasta 120 (*máxima satisfacción laboral*), para posteriormente ser reagrupados en los nueve factores que determinan la satisfacción laboral. Éstos son:

- **Factor No. 1.** Satisfacción por el trabajo: grado de satisfacción que experimenta el individuo condicionado por su puesto de trabajo. Ítems 7, 10, 11 y 16.
- **Factor No. 2.** Tensión relacionada con el trabajo: grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral. Ítems 2, 3, 4, 5, y 6.
- **Factor No. 3.** Competencia profesional: grado en que cree que su preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda. Ítems 22, 23 y 24.
- **Factor No. 4.** Presión del trabajo: grado en que el individuo percibe una carga de trabajo para sí mismo. Ítems 18 y 20.
- **Factor No. 5.** Promoción profesional: grado en que el individuo cree que puede mejorar, tanto a nivel profesional como a nivel de reconocimiento por su trabajo. Ítems 9, 12 y 17.
- **Factor No. 6.** Relaciones interpersonales con sus jefes/as: grado en que el individuo considera que sabe lo que esperan de él sus jefes/as. Ítems 13 y 19.
- **Factor No. 7.** Relación interpersonal con los compañeros; grado de satisfacción que provocan las relaciones con los compañeros de trabajo. Ítem 14.
- **Factor No. 8.** Características extrínsecas de estatus: grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto de trabajo. Ítems 8 y 15.
- **Factor No. 9.** Monotonía laboral: grado en que afectan al individuo la rutina de las relaciones con los compañeros y la escasa variedad del trabajo. Ítems 1 y 21.

La puntuación obtenida en cada factor equivale a la suma simple de las puntuaciones de los ítems que lo componen, dividida por el número de ítems. El punto 3 se toma como un grado medio de satisfacción. La satisfacción media global se obtiene por recuento de las puntuaciones de los 24 ítems y el cálculo de su media. Con el fin de caracterizar la población objeto de estudio, se aplicó un segundo cuestionario que reunía datos sociodemográficos y organizacionales, el cual contenía

preguntas sobre la situación personal y profesional de las enfermeras que voluntariamente y previa firma de consentimiento informado participaron en la consecución de la información. Los datos recogidos en este cuestionario son aquellos más relevantes en relación con la susceptibilidad al desarrollo de la insatisfacción laboral y que se han aplicado a otros estudios (23, 24, 25).

Para el análisis de la información se realizó en primera instancia una base de datos en *Excel*, en donde se condensaron todos los datos recolectados mediante el instrumento aplicado a la población participante. A continuación, la base se exportó al programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, en el cual se analizó la información a través de la versión número 15.0; se describieron frecuencias y porcentajes para todas las variables sociodemográficas y laborales; y se calcularon estadísticos centrales como media y estadísticos de dispersión como desviación típica para las variables continuas y discretas.

Posteriormente, con el fin de identificar la influencia de una variable independiente con respecto a una dependiente, se procedió al cálculo estadístico del test de ANOVA y se consideraron como estadísticamente significativos los resultados cuyo valor de p fuera < 0.05 . Por otra parte, en términos de explorar la fuerza de asociación entre las variables sociodemográficas y laborales y la satisfacción laboral con sus factores, se construyeron tablas de asociación y se calculó como indicador de éstas el OR (*Odds Ratio*) (26).

Las características sociodemográficas y laborales que fueron estudiadas son: sexo, edad, estado civil, formación académica, turno laboral, servicio al cual pertenece dentro de la institución, tiempo de desempeño profesional, tiempo en el servicio en el cual cumple sus funciones, cursos de formación que han realizado y asistencia a seminarios o congresos.

Resultados

La institución de salud de cuarto nivel de atención objeto del presente estudio, en el momento de iniciarse la recolección de la información, contaba con 105 enfermeras profesionales, de las cuales diez negaron su participación, cinco habían renunciado recientemente y seis se encontraban en periodo vacacional, para una población total de 84 profesionales, lo cual corresponde al 80% de los trabajadores de enfermería del hospital. Así pues, de los 84 cuestionarios recolectados sólo uno fue descartado por diligenciamiento incompleto del instrumento aplicado.

Caracterización sociodemográfica y laboral

Se halló que el sexo predominante fue el femenino, con el 86.7%, la edad media de la población fue de 30.8 años (DE: 7.6), con una edad mínima de 21 años y una máxima de 53 años. Se estructuraron dos rangos de edad: primero, menor o igual a 36 años, que responde al 75.9% del grupo de profesionales y el 24.1% restante, que conforma el rango número dos: mayor o igual a 37 años. El estado civil que predominó en el grupo de profesionales de enfermería fue el soltero, con un 50.6%, seguido por el casado con un 25.3%; el 24.1% de los demás enfermeros reportó tener relaciones de tipo unión libre o estar separados. En relación con la formación académica, sólo el 37.3% de los enfermeros tenía estudios de postgrado, el 65.1% era egresado de universidades privadas, frente al 34.9%, que pertenecía al sector público.

El 56.6% de los participantes realizó algún curso de formación en los últimos tres años y el 50.6% ha asistido

a uno o a dos seminarios/congresos en este mismo periodo de tiempo. El 43.4% de los profesionales desempeñaba sus funciones en el turno de la noche, mientras que el 56.6% lo hacía en los turnos de la mañana y de la tarde. En los servicios de hospitalización y urgencias se halla concentrada la mayor proporción de enfermeros, con el 31.3% y el 36.1% respectivamente. El 73.4% de los enfermeros tiene un tiempo de desempeño en el servicio actual de 1 a 36 meses, frente a un 26.5% que lleva más de tres años en el área hospitalaria.

Respecto al tiempo de desempeño profesional, se encontró una media de 6.9 años (DE: 80.7) con un mínimo de 7 meses y un máximo de 336 meses (28 años). En la presente población, el 71.1% de los participantes llevaba un tiempo menor o igual a 7 años ejerciendo su profesión. A continuación se muestra en la Tabla 1. la caracterización sociodemográfica y laboral de los participantes:

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y laboral de la población

Variable	Rango	Frecuencia/ Porcentaje
Sexo	Hombre	11 (13.3%)
	Mujer	72 (86.7%)
Edad	Menor o igual a 36 años	63 (75.9%)
	Mayor o igual a 37 años	20 (24.1%)
Estado civil	Soltero	42 (50.6%)
	Casado	21 (25.3%)
	Separado	8 (9.6%)
	Unión libre	12 (14.5%)
Formación académica	Pregrado	52 (62.7%)
	Postgrado	31 (37.3%)
Turno	Mañana	23 (27.7%)
	Tarde	24 (28.9%)
	Noche	36 (43.4%)
Servicio	Hospitalización	26 (31.3%)
	Salas quirúrgicas	5 (6.0%)
	UCI	18 (21.7%)
	Pediatría	4 (4.8%)
	Urgencias	30 (36.15%)
Tiempo Desempeño profesional	Menor o igual a 7 años	59 (71.1%)
	Mayor a 7 años	24 (28.9%)
Tiempo en el servicio	De 1 a 36 meses	61 (73.4%)
	Mayor o igual a 37 meses	22 (26.5%)
Cursos de formación	Ninguno	15 (18.1%)
	De 1 a 2	47 (56.6%)
	Mayor a 2	21 (25.3%)
Asistencia Seminarios/Congresos	Ninguno	14 (16.9%)
	De 1 a 2	42 (50.6%)
	Mayor a 2	27 (32.6%)
Tipo de universidad de la cual fue egresado	Pública	29 (34.9%)
	Privada	54 (65.1%)

Fuente: Base de datos. *Cuestionario Font-Roja.*

Factores determinantes de la satisfacción laboral

Siguiendo las instrucciones de los autores del instrumento aplicado y posterior a la agrupación de los ítems en cada uno de los factores, se identificó que las enfermeras presentaban mayor satisfacción en relación con el factor de características extrínsecas del estatus, con una media de 3.34 (DE: 0.73), seguido de la promoción profesional media de 3.33 (DE: 0.60) y una tensión relacionada con el trabajo media de 3.16 (DE: 0.61). Sin embargo, se halló menor satisfacción laboral en los aspectos que tienen que ver con la relación interpersonal con los compañeros, con una media de 2.05 (DE: 0.71), seguida de la competencia profesional media de 2.35 (DE: 0.57), monotonía laboral media de 2.59 (DE: 0.78), presión del trabajo media de 2.83 (DE: 0.50) y por último, la satisfacción por el trabajo media de 2.89 (DE: 0.39). La relación interpersonal con sus jefes obtuvo una media de 3.01 (DE: 0.52). Ver Tabla 2.

Se halló entonces entre los profesionales de enfermería una satisfacción laboral global mínima de 56 puntos y máxima de 82 puntos, para una media de 69.98 (DE: 5.67) de las puntuaciones totales (Tabla 3.), obteniendo en consecuencia una satisfacción laboral media de 2.91 (DE: 0.23). Se identificó que el género femenino dentro del grupo de profesionales de enfermería presentaron puntuaciones menores en relación a los factores de satisfacción por el trabajo, con una media de 2.88 (DE: 0.41), tensión relacionada con el trabajo media de 3.12 (DE: 0.61), presión del trabajo media de 2.80 (DE: 0.49)

y promoción profesional media de 3.31 (DE: 0.57), en relación al género masculino.

Análisis bivariado

Entre los hallazgos se identificó que los profesionales de enfermería se encontraban insatisfechos con los factores que tienen que ver con la relación interpersonal con los compañeros, con una media de 2.00 (DE: 0.45) y de 2.06 (DE: 0.75) para hombres y mujeres respectivamente, y el factor de competencia profesional con una media de 2.35 (DE: 0.57) para el género femenino y de 2.33 (DE: 0.60) para el género masculino, puesto que entre los nueve factores que determinan la satisfacción laboral, éstos obtuvieron una puntuación menor. Los/as enfermeros/as solteros obtuvieron puntuaciones mayores en los factores de características extrínsecas de estatus, con una media de 3.25 (DE: 0.73), promoción profesional media de 3.21 (DE: 0.58), tensión relacionada con el trabajo media de 3.20 (DE: 0.62) y la relación interpersonal con sus jefes/as media de 3.00 (DE: 0.38). Solamente se halló una relación estadísticamente significativa de $p = 0.03$ entre el estado civil y el factor de relación interpersonal con los compañeros, en donde los solteros fueron quienes mostraron un puntaje menor respecto a los demás, con una media de 1.86 (DE: 0.52).

Los/as enfermeros/as participantes en el estudio cuyas edades eran menores o igual a los 36 años presentaron puntuaciones mayores en los factores de características extrínsecas de estatus, con una media de 3.30 (DE: 0.77),

Tabla 2. Factores determinantes de la satisfacción laboral

Factores determinantes de la satisfacción laboral	Valores esperados	Ítems en el factor	Media	DE*	Mínimo	Máximo
Satisfacción por el trabajo	4-20	4	2,89	,39	2,00	3,75
Tensión relacionada con el trabajo	5-25	5	3,16	,61	1,60	4,40
Competencia profesional	3-15	3	2,35	,57	1,00	3,67
Presión del trabajo	2-10	2	2,83	,50	2,00	3,50
Promoción profesional	3-15	3	3,33	,60	2,00	5,00
Relación interpersonal con sus jefes/as	2-10	2	3,01	,52	2,00	4,50
Relación interpersonal con los compañeros	1-5	1	2,05	,71	1,00	4,00
Características extrínsecas de estatus	2-10	2	3,34	,73	1,50	5,00
Monotonía laboral	2-10	2	2,59	,78	1,00	5,00
Satisfacción laboral global	24-120	24	69,98	5,67	56	82

* DE: Desviación Estándar.

Fuente: Base de datos. Cuestionario Font-Roja.

promoción profesional media de 3.29 (DE: 0.58), tensión relacionada con el trabajo media de 3.22 (DE: 0.61) y con una media de 3.02 (DE: 0.47) la relación interpersonal con sus jefes/as. El grupo de enfermeros/as de edades menores o iguales a los 37 años presentó una satisfacción laboral global menor, con una media de 69.15 (DE: 5.48) respecto a los del primer grupo de edades, quienes obtuvieron una media de 70.25 (DE: 5.75), sin hallarse diferencias estadísticamente significativas.

Al indagar acerca de la relación entre la satisfacción laboral y el tipo de universidad de la cual fueron egresados los profesionales de enfermería, se halló que los enfermeros egresados de universidades públicas demostraron insatisfacción con los mismos factores que los egresados de universidades privadas. Éstos son: relación interpersonal con los compañeros, con una media de 2.03 (DE: 0.78), competencia profesional media de 2.59 (DE: 0.52) y la monotonía laboral con una media de 2.36 (DE: 0.69), factor este último con el cual los enfermeros/as que pertenecieron a universidades privadas evidenciaron una puntuación mayor, con una media de 2.71 (DE: 0.80).

Por el contrario, los factores en los cuales se halló una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), entre el tipo de universidad de la cual egresaron los profesionales de enfermería y los factores determinantes de la satisfacción laboral, fueron: competencia profesional, cuyo valor de p obtenido fue de 0.001, características

extrínsecas de estatus $p = 0.02$ y monotonía laboral $p = 0.04$ (ver Tabla 3.).

No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la satisfacción laboral y la formación académica de los profesionales de enfermería, así como tampoco con la asistencia a cursos de educación continuada, jornadas de actualización y servicio en el cual desempeñan sus funciones. Sin embargo, se halló una relación estadísticamente significativa ($p = 0.04$) entre el factor de satisfacción por el trabajo y el tiempo de desempeñaban profesional como enfermero/a. También se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la satisfacción laboral global y el turno en el cual se desempeñaban los profesionales de enfermería de esta institución de salud ($p = 0.04$). Así, el turno de la mañana obtuvo una satisfacción laboral global de 70.04 (DE: 6.49), el turno de la tarde una media de 67.71 (DE: 4.70) y el turno de la noche una media de 71.47 (DE: 5.35). A su vez, entre el factor de promoción profesional y el tiempo de desempeño en el servicio se halló también una relación estadísticamente significativa ($p = 0.04$).

Fuerzas de asociación entre las variables sociodemográficas y laborales y la satisfacción laboral

Al explorar las fuerzas de asociación entre el factor de satisfacción por el trabajo y las variables sociodemográficas

Tabla 3. Satisfacción laboral relacionada con el tipo de universidad de la cual fue egresado/a

Factores determinantes de la satisfacción laboral	Universidad						<i>p</i>
	Pública			Privada			
	<i>n</i> total	Media	DE	<i>n</i> total	Media	DE	
Satisfacción por el trabajo	29	2,84	,37	54	2,91	,41	0.40
Tensión relacionada con el trabajo	29	3,28	,66	54	3,10	,58	0.22
Competencia profesional	29	2,59	,52	54	2,22	,55	0.001*
Presión del trabajo	29	2,83	,49	54	2,82	,52	0.97
Promoción profesional	29	3,25	,72	54	3,37	,53	0.40
Relación interpersonal con sus jefes/as	29	2,98	,60	54	3,03	,47	0.70
Relación interpersonal con los compañeros	29	2,03	,78	54	2,06	,68	0.89
Características extrínsecas de estatus	29	3,59	,73	54	3,21	,70	0.02*
Monotonía laboral	29	2,36	,69	54	2,71	,80	0.04*
Satisfacción laboral global	29	70,79	6,56	54	69,56	5,15	0.33

DE (Desviación Estándar); p : Test de ANOVA (Comparación global entre grupos); * $p < 0,05$: Diferencia significativa.

Fuente: Base de datos. Encuestas Font-Roja.

y laborales tenidas en cuenta, se observó que el servicio en el cual los profesionales de enfermería cumplen sus actividades es interpretado como un factor protector frente a la insatisfacción por el trabajo, dado por un OR de 0.58 y una relación estadísticamente significativa ($p = 0.001$). El estado civil se identificó como un factor de riesgo frente a la satisfacción por el trabajo dado por un OR de 1.39 ($p = 0.04$), indicando que los profesionales solteros tienen mayor riesgo a experimentar insatisfacción por su trabajo en comparación a quienes tienen una pareja estable, siendo ésta una relación estadísticamente significativa. Aunado a esto, los/as enfermeros/as que en los últimos tres años habían realizado cursos de educación continuada (OR = 2.69 y $p = 0.03$) y están adscritos al turno de la mañana (OR = 1.64 y $p = 0.000$) tienen dos veces más riesgo de estar insatisfechos con su trabajo, siendo estas relaciones estadísticamente significativas.

Frente a la tensión relacionada con el trabajo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el servicio en el cual desempeñaban sus funciones los profesionales de enfermería y el riesgo de presentar insatisfacción respecto a este factor, dado por un OR = 1.93 y valor de $p = 0.000$. Por el contrario, el servicio es considerado un factor protector (OR: 0.29) en la satisfacción laboral de los trabajadores, específicamente frente a la promoción profesional ($p = 0.001$).

Se reveló que el tiempo de desempeño en el servicio menor o igual a los 36 meses se convierte en un factor de riesgo para la insatisfacción frente a las relaciones interpersonales con los jefes/as, dado por un OR de 4.18 ($p = 0.05$). Respecto al factor de relaciones interpersonales con sus compañeros, se identificó que aquellos enfermeros cuyo estado civil era el de soltero presentaron un riesgo tres veces mayor para la insatisfacción laboral ($p = 0.001$). En cuanto al factor de características extrínsecas de estatus, se identificaron como aspectos protectores frente a la insatisfacción por éste el sexo (OR: 0.19) y el servicio en el cual ejercen sus funciones los profesionales de enfermería (OR: 0.51), hallándose relaciones estadísticamente significativas entre éstos de $p = 0.000$ y 0.007, respectivamente.

Discusión

El nivel de participación obtenido (80%) se puede considerar representativo en relación con la totalidad de la población de profesionales de enfermería dentro de la institución hospitalaria. Porcentajes similares de participación fueron obtenidos en otras investigaciones

desarrolladas en Estados Unidos, España (18, 19, 23), Chile, Colombia (27, 21), entre otros países.

Al parecer, según los resultados obtenidos, existe insatisfacción en el grupo de enfermeras estudiado, quienes reportaron una satisfacción laboral media de 2.91 (DE: 0.23), valor que no dista de otros estudios cuyos puntajes oscilan entre 2.85, 3.05, 3.07 y 3.38, el más alto reportado. Por su parte, el estudio realizado por Hernández en el 2010 en Tunja evidenció una satisfacción medial global de 3.27, aunque se debe considerar que en dicho estudio se encuestó a personal auxiliar de enfermería, quienes a su vez fueron en número mayor que las enfermeras profesionales. Por consiguiente, la satisfacción laboral no es un fenómeno aislado y menos para enfermería, por el contrario, está influenciado por un sinnúmero de aspectos internos a nivel de las organizaciones, como también por causas externas a ésta que la pueden condicionar, tales como: la dinámica de los mercados, las reformas laborales y de salud, las nuevas políticas y sin duda la globalización, que originan un impacto importante en las personas/usuarios que se benefician de los servicios/productos prestados por las diferentes empresas de salud.

Por otro lado, a partir del análisis bivariado ejecutado, no se hallaron diferencias significativas entre los factores que determinaron la satisfacción laboral en relación con el sexo y la edad ($p \geq 0.05$), al igual que los estudios avanzados por MaChen-Chung (10), Zangaro (4), Máximo y Fernández (18). No obstante las mujeres mostraron puntuaciones menores en factores como: tensión relacionada con el trabajo, satisfacción por el trabajo, presión del trabajo y promoción profesional, a diferencia de los hombres. De alguna manera, lo mencionado desde la sociología e incluso desde la economía distan ciertamente de la actualidad, pues se establecía que los niveles de satisfacción de las mujeres superaban al de los hombres, debido a que las primeras presentaban menores expectativas frente a sus empleos y enfatizaban menos en la paga en comparación con los hombres (28).

Por otra parte, se ha considerado que niveles altos de trabajo en equipo y una dotación de personal adecuada dentro de los hospitales conducen a una mayor satisfacción laboral; incluso, se ha reportado que el personal de enfermería obtiene puntuaciones mayores en el trabajo interdisciplinario en equipo y que estaban significativamente más propensos a estar satisfechos con sus puestos de trabajo y obtenían al mismo tiempo menores puntuaciones de *burnout* (29). Sin embargo, los participantes

encuestados que se desempeñaban en esta institución manifestaron estar insatisfechos con las dimensiones que tienen que ver con la relación interpersonal con los compañeros, seguida por la competencia profesional, la monotonía laboral, la presión del trabajo y por último la satisfacción por el trabajo, con la cual los profesionales de España estuvieron también de acuerdo.

En lo referente a las relaciones interpersonales entre las enfermeras, se ha dicho que es un predictor fundamental de la satisfacción laboral, así como también la convicción que se tiene respecto al hecho de proporcionar una atención de alta calidad (30). Esta calidad es reconocida mediante los elogios de los pares, los pacientes y otros integrantes del equipo interdisciplinario, lo cual parece tener un impacto significativo en la satisfacción laboral de este grupo de trabajadores de la salud.

Es importante mencionar que no se había considerado en otros estudios de la satisfacción laboral el tipo de universidad de la cual fue egresado el profesional, si correspondía al sector público o privado. Pero en este estudio se consideró con el fin de explorar si se presentaba alguna relación, la cual efectivamente se evidenció de manera estadísticamente significativa y permitió analizar y sugerir algunos aspectos a tratar en el futuro desde la investigación, como es la formación académica recibida por los enfermeros desde el sector privado y público y cómo esta formación puede influir en la satisfacción laboral.

Respecto a la edad, formación académica y el servicio en el cual se desempeñan, no se hallaron relaciones estadísticamente significativas, contrario a otros estudios donde las enfermeras mayores de los 36 años son quienes tienen mayor satisfacción laboral, así como aquellas que cuentan con formación postgraduada y pertenecen a áreas de alta complejidad. En algunos estudios (9) se ha encontrado que la formación académica tiene una influencia considerable en la satisfacción laboral y en la autonomía de los profesionales de enfermería, debido a que la mayor experiencia, conocimientos en un campo determinado y un nivel de estudios mayor repercuten en la adquisición de un pensamiento crítico, con lo cual se adquiere mayor autonomía en el trabajo de enfermería. En el estudio de Hernández tampoco se hallaron relaciones estadísticamente significativas en relación con la formación académica, en oposición al estudio de Ruzafa y Martínez, en donde los profesionales que contaban con un grado académico mayor refirieron mayor satisfacción respecto al trabajo desarrollado y a la satisfacción laboral global.

En contraste, otros estudios (6) han asociado mayores niveles de educación con la insatisfacción laboral, ya

que las enfermeras con niveles de educación superiores cambian sus puestos de trabajo con mayor frecuencia debido a que las organizaciones donde trabajaban no lograron satisfacer sus demandas. Yamashati, por su parte, encontró que las enfermeras mejor preparadas, jóvenes y solteras están menos satisfechas respecto a las demás enfermeras en sus lugares de trabajo.

Conclusiones

En general, los profesionales se hallan satisfechos con los factores de características extrínsecas de estatus y promoción profesional. La insatisfacción laboral está determinada por los aspectos que tienen que ver con la relación interpersonal con los compañeros, la competencia profesional y la monotonía laboral.

La satisfacción laboral media de los profesionales de enfermería de esta institución hospitalaria de cuarto nivel de atención de la ciudad de Bogotá, Colombia, es de 2.91 (DE: 0.23). Las enfermeras son quienes presentan mayor insatisfacción en relación con los hombres. Aunque no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la edad y la satisfacción laboral, se evidenció que los/las enfermeros/as que tienen edad mayor o igual a los 37 años se mostraron más insatisfechos respecto a su trabajo, la competencia profesional y la relación interpersonal con sus jefes.

Existe relación estadísticamente significativa ($p = 0.03$) entre la satisfacción laboral y la relación interpersonal con los compañeros, siendo ésta mayor entre el grupo de profesionales que no tienen pareja.

A partir del análisis bivariado ejecutado, no se hallaron diferencias significativas entre los factores que determinan la satisfacción laboral en relación con el sexo y la edad ($p \geq 0.05$) al igual que los estudios avanzados por MaChen-Chung (10), Zangaro (4), Máximo y Fernández (18).

Los enfermeros egresados de universidades públicas demostraron insatisfacción con los mismos factores que los egresados de universidades privadas, los cuales son: relación interpersonal con los compañeros, competencia profesional y la monotonía laboral.

Cabe mencionar que si bien se exploraron las fuerzas de asociación entre las variables sociodemográficas y los factores que determinan la satisfacción laboral, sus resultados no pueden ser extrapolados a otras poblaciones u organizaciones de salud, ya que algunos de los valores considerados estadísticamente significativos fueron

obtenidos de valores menores a cinco, por lo cual fue necesario realizar la corrección de Yates. No obstante, estos resultados son relevantes para el contexto particular de la institución de salud en la cual se desarrolló la presente investigación.

Es indudable entonces que la satisfacción laboral de enfermería está condicionada por múltiples factores, muchos de ellos de carácter extrínseco según lo señalado en la teoría de los dos factores de Herzberg, es decir: aquellos aspectos que se encuentran en el ambiente y en las condiciones en las cuales el profesional de enfermería desempeña sus funciones. Probablemente sean estos factores la causa del ausentismo y el abandono de trabajo de muchos profesionales. No se debe olvidar que la satisfacción laboral ha sido reportada como un factor importante en relación a la intención de abandonar su trabajo y por ende la organización de la cual forma parte. Por lo tanto, es un reto en la actualidad generar estrategias desde las organizaciones de salud que promuevan la permanencia de los profesionales de enfermería dentro de éstas y faciliten a su vez las condiciones que permitan realizar un buen trabajo, entendido desde la enfermería como el trabajo que es técnica y científicamente eficaz, así como moral y socialmente responsable (31).

Recomendaciones

Diseñar y realizar estudios que permitan hacer comparaciones referentes a la satisfacción laboral entre grupos de profesionales que se desempeñan en instituciones de salud del mismo nivel de atención. Explorar desde las ciencias económicas la creación de modelos que permitan potencializar la satisfacción laboral de los/as enfermeros/as en las diferentes instituciones de salud.

Iniciar investigaciones que permitan identificar las diferencias que se presentan entre los profesionales de enfermería egresados de universidades públicas y privadas en relación con su trabajo y por supuesto sus percepciones de satisfacción frente a éste. Es necesario continuar con el desarrollo de estudios que demuestren la relación entre satisfacción laboral y absentismo laboral en enfermería, con el fin de hallar soluciones que permitan a las organizaciones de salud tener y mantener el personal de enfermería suficiente para dar respuesta a la demanda de atención en salud que surge en mayores proporciones diariamente. Por último, se recomienda continuar empleando herramientas de otras disciplinas que permitan fortalecer, enriquecer y profundizar la investigación en enfermería como fue en este caso la epidemiología.

Referencias

- (1) Spector P. Job satisfaction: Application, assessment, cause, and consequences. Viriding A (editor). United States of America: Sage Publications; 1997. 7 p.
- (2) Sofie J, Belza B, Young H. Health and safety risk at a skilled nursing facility: Nursing assistants' perceptions. *J Gerontol Nurs.* 2003 Feb;29(2):13-21. Cited by: Mahmoud AL, Hussami RN. A Study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research.* 2008;22(2):286-295.
- (3) Cavanagh S. Predictors of nursing staff turnover. *J Adv Nurs.* 1990 Mar;15(1):373-380. Cited by: Hong Lu, While A, Barriball L. A model of job satisfaction of nurses: a reflection of nurses working lives in Mainland China. *J Adv Nurs.* 2007 Jun;58(5):468-479.
- (4) Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health.* 2007 Aug;30(4):445-458.
- (5) Lake ET. The nursing practice environment: measurement and evidence. *Med Care Res Rev.* 2007 Apr;64(2 Suppl):104S-122S.
- (6) Umayma sy, Nuha BA, Doumit M. Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *J Nurs Adm.* 2003 Jul;33(7-8):384-390.
- (7) Rochefort CM, Clarke SP. Nurse's work environments, care rationing, job outcomes and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs.* 2010 Jul;66(10):2213-2224.
- (8) Chan MF, Leong SM, Luk AL, Yeung SM, Van IK. Exploring the profiles of nurses job satisfaction in Macau: results of a cluster analysis. *J Clin Nurs.* 2009 Nov;19(3-4):470-478.
- (9) Utriainen K, Kingas H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manag.* 2009 Dec;17(8):1002-1010.
- (10) Ma CC, Samuels M, Alexander J. Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm.* 2003 May;33(5):293-299.
- (11) Weinert A. Manual de psicología de la organización. La conducta humana en las organizaciones. Barcelona: Editorial Herder; 1985.
- (12) Davidson H, Folcarelli PH, Crawford S, Duprat LJ, Clifford JC. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Med Care.* 1997 Jun;35(6):634-645.

- (13) Saane N, Sluiter JK, Verbeek J, Frings M. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction: a systematic review. *Occupational Medicine*. 2003 Jun;53:191-200.
- (14) Mrayyan M. Jordanian nurse's job satisfaction, patient's satisfaction and quality of nursing care. *Int Nurs Rev*. 2006 Sep;53(3):224-230.
- (15) Torres EJ. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 oct;30(4):30.
- (16) Aranaz J. Cuestionario Font-Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Rev Todo Hospital*. 1988 dic;52(10):63-66.
- (17) Fernández SI, Villagrasa FJ, Gamo M, Vázquez GJ, Cruz CE, Aguirre TV *et al*. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 1995 nov;69(6):487-497.
- (18) Vera RE, Mora PL, González GJ, García JJ, Garcés PE, Domínguez ZJ *et al*. Satisfacción laboral de la enfermería en las prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009 jun;11(1):80-86.
- (19) Molina LJ, Alvalos MF, Valderrama OL, Uribe RA. Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2009 sep;27(2):218-225.
- (20) Hernández PJ, Rondón MR, Ariza N, Manrique AF. Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E.S.E. Hospital San Antonio de Soatá. *Rev Salud Hist*. 2010 sep;5(2):1-22.
- (21) Manrique AF. Fiabilidad y validez: Cuestionario Font-Roja. 2010. Citado por: Hernández PJ, Rondón MR, Ariza N, Manrique AF. Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E.S.E. Hospital San Antonio de Soatá. *Rev Salud Hist*. 2010 sep;5(2):1-22.
- (22) Ruzafa Martínez M *et al*. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit*. 2008 sep;22(5):434-442.
- (23) Ríos I, Gómez C. Satisfacción laboral en un colectivo de urgencias. *Rev Esp Enf Urg*. 2008 jul;2(1):6-12.
- (24) Cavanagh SJ. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs*. 1992 Jun; 17(1):704-711.
- (25) Álvarez CR. El método científico en ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica. Diez de santos; 1996.
- (26) Quintero IL, Biela R, Barrera A, Campo AA. Factores asociados a la satisfacción laboral en empleados de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga, Colombia. *Revista F.C.S.* 2008;5(2):76-81.
- (27) Sánchez CM, Fuentes GF, Artacho RC. La perspectiva de género en el análisis de la satisfacción laboral: una aplicación empírica mediante modelos *logit* y *probit*. *Cuadernos de Gestión*. 2007;7(2):55-67.
- (28) Kalisch B, Lee H, Rochman M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. *J Nurs Manag*. 2010 Nov;18(8):938-947.
- (29) Perry B. Core nursing values brought to life through stories. *Nursing Standard*. 2005 Oct; 20(7):41-48.
- (30) Miller JF. Opportunities and obstacles for good work in nursing. *Nurs Ethics*. 2006;13(5):471-486.

La mujer en la organización comunitaria y su articulación con instituciones del sector público y privado

Women in the community organization and their articulation with institutions of the public and private sector

A mulher na organização comunitária e sua articulação com instituições do setor público e privado

VENUS ELIZABETH MEDINA MALDONADO*

Resumen

El objetivo del presente estudio fue describir las vivencias de un grupo de mujeres pertenecientes a organizaciones comunitarias durante los procesos de negociación, diálogo y participación con instituciones del sector público y privado que prestan servicio a la ciudadanía. Corresponde a una investigación cualitativa razonada con el método fenomenológico; se seleccionaron intencionalmente cuatro participantes residentes en una comunidad urbana del municipio de Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. La información se obtuvo a través de entrevistas semi-estructuradas. Para la sistematización de la información, se utilizó el programa computacional *Atlas ti Versión Demo*, el cual facilitó la formación de unidades de sentido y la estructuración de la experiencia. Los resultados señalaron que un factor de protección para las mujeres estudiadas fue el apoyo que proporciona el grupo familiar, ya que facilitó la presencia de este grupo en el escenario de la vida pública. La consolidación de las organizaciones comunitarias les ha permitido acceder a las estructuras de poder para obtener recursos o servicios en bien del colectivo. En cuanto a los procesos de articulación con las instituciones, la protesta y la presión predominaron en los discursos como la forma para convenir los recursos,

los bienes y los servicios cuando sus solicitudes no fueron tomadas en cuenta.

Palabras clave: Mujeres; Participación Comunitaria; Organización Comunitaria (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The objective of this study was to describe the experiences of a group of women from communal organizations during the processes of negotiation, dialogue and participation with institutions of the private and public sector which lend a service to the citizenship. It belongs to a qualitative investigation reasoned with the phenomenological method; four participants were selected, from an urban community in the municipality of Valencia, Carabobo State, Venezuela. The information was obtained through semi-structured interviews. For the systematization of the information, the computer program *Atlas ti Demo Version* was used, which made possible the formation of units of sense and the structure for the experience. The results showed that a protection factor for studied women was the support from their family group, which facilitated the presence of this group in the public life. The consolidation of community organizations has allowed them to get access to the structures of power to obtain resources or goods for the collective sake. As for the articulation processes with the institutions, protest and pressure were dominant in the discourses as the way to agree about the resources, the goods and services when their requests were not taken seriously.

Key words: Women; Consumer Participation; Community Organization (Source: DeCS BIREME).

* Doctora en Ciencias de la Medicina (Dr. rer. med.), Instituto de Ciencias de la Salud y Enfermería Universidad Martin Luther (Halle-Wittenberg), Alemania. Docente Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela. E-mail: venus.medina@t-online.de

Resumo

O objetivo do presente estudo foi descrever as vivências de um grupo de mulheres pertencentes a organizações comunitárias durante os processos de negociação, diálogo e participação com instituições do setor público e privado que prestam serviço à cidadania. Corresponde a uma pesquisa qualitativa razoada com o método fenomenológico; selecionaram-se intencionalmente, quatro participantes residentes em uma comunidade urbana do município de Valencia, Estado de Carabobo, na Venezuela. A informação se obteve através de entrevistas semiestruturadas. Para a sistematização da informação se utilizou o programa computacional *Atlas ti Versão Demo*, o que facilitou a formação de unidades de sentido e a estruturação da experiência. Os resultados assinalaram que um fator de proteção para as mulheres estudadas, foi o apoio que proporciona o grupo familiar, já que facilitou a presença deste grupo no cenário da vida pública. A consolidação das organizações comunitárias, permitiu-lhes aceder às estruturas de poder para obter recursos ou serviços para o bem-estar coletivo. No que se refere aos processos de articulação com as instituições, o protesto e a pressão, predominaram nos discursos como a forma para conseguir os recursos, bens e serviços quando as suas solicitações não foram tomadas em consideração.

Palavras-chave: Mulheres; Participação Comunitária; Organização Comunitária (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

La participación hace referencia al proceso humano de integración, articulación y desarrollo social (1). Está claro que implica no solamente un esfuerzo individual, sino también el esfuerzo colectivo para dar respuesta a los intereses, las necesidades y los valores de la vida en comunidad. Es un elemento que se presenta como una constante cuando hablamos de la Promoción de la Salud (2) y se encuentra estrechamente relacionado con el empoderamiento. Ambos aspectos son indispensables para que la colectividad tome parte en las decisiones, los planes y las acciones que potencien la salud y el bienestar.

Específicamente en el campo de la salud, existen diversos estudios que demuestran la efectividad y la sustentabilidad de programas sanitarios cuando la comunidad es considerada desde tempranos estadios (3, 4, 5). Es por ello que dentro de los principios de la participación comunitaria se establece que las comunidades determinen las propias prioridades, aprovechen la experiencia y el saber colectivo para generar sus propios cambios, entiendan el problema que les afecta para que exista mayor disposición en los miembros para actuar y resolver los problemas con visión de grupo (6).

Desde esta perspectiva, la organización comunitaria debe entenderse como el escenario de la ciudadanía y parte complementaria de la participación, ya que es la figura del esfuerzo coordinado. Exige la disposición de las personas para ejercer poder y transformar en realidad todas aquellas acciones que produzcan mayor bienestar y desarrollo a las comunidades. Específicamente en Venezuela desde el año 1999 el Estado planteó una reforma (7) que dio paso a la democracia participativa. Indudablemente, este tipo de iniciativas políticas impactan positivamente los procesos participativos y la autonomía.

No obstante, haciendo referencia al sector salud y a la experiencia propia, es notable que existen diferencias entre los fundamentos legalmente establecidos y la práctica, ya que no es posible visualizar espacios donde los miembros de las comunidades converjan con el sector salud en lo referente a la toma de decisiones, la definición de prioridades y la planificación de soluciones conjuntas para mejoramiento de la salud de la población.

La situación antes planteada conlleva a profundizar en la búsqueda de este conocimiento, abordando la experiencia vivida por un grupo de mujeres de la *Urbanización Popular Trapichito*, quienes han trabajado como activistas dentro de diversas agrupaciones vecinales, permitiéndoles su labor la obtención concreta de beneficios que han contribuido al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades donde habitan.

En este sentido, la intencionalidad de esta investigación apunta en primera instancia a difundir el trabajo y el interés de estas mujeres por sus comunidades y en segundo lugar apreciar la actuación de las diversas instituciones públicas o privadas en relación a los procesos de planificación participativa. Por lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación es: describir las vivencias de un grupo de mujeres miembros de organizaciones comunitarias en los procesos de negociación, diálogo y participación con instituciones que prestan servicio a la ciudadanía.

Metodología

La presente es una investigación cualitativa en la que se pretende describir la experiencia de vida de mujeres pertenecientes a organizaciones comunitarias durante los procesos de articulación con instituciones del sector público y privado; asimismo el sentir y los significados que otorgaron las participantes a las dimensiones: participación comunitaria, estructuras organizativas, interrelación con las instituciones, trabajo en comunidad, proceso reproductivo/productivo y vida familiar. Estas dimensiones proporcionaron un marco categorial que

ayudaron a explicar qué y cómo experimentaron esta realidad las mujeres y cuáles desafíos fueron enfrentados por el grupo para solventar los problemas o necesidades sentidas en la comunidad.

Fue razonada con el Método Fenomenológico de Giorgi (1989) quien mantiene, dentro de las variaciones que hizo al método, que las investigaciones de tipo descriptivo exploran la relación entre las personas y las situaciones intencionales, utilizan las reducciones fenomenológicas y proporcionan el conocimiento de las esencias o estructuras de significados inherentes a la experiencia humana a través de la variación imaginativa (8).

De acuerdo con esto, se ejecutaron los siguientes pasos: 1) Lectura sistemática de las entrevistas transcritas, lo que permitió tener una idea global sobre el fenómeno estudiado; 2) Relectura y discriminación de las unidades de sentido, en este caso dentro de la perspectiva de la enfermería comunitaria y teniendo como foco la vivencia de la mujer dentro de la organización comunitaria; 3) Selección directa de las unidades de sentido más reveladoras para dar significado al fenómeno estudiado; 4) Finalmente, realización de una integración consistente de las unidades de sentido con base en la experiencia revelada por las mujeres, paso conocido como *Estructura de la experiencia* (9).

La selección de las participantes fue intencional y el grupo estuvo constituido por cuatro ($n = 4$) mujeres que habitaban en la Urbanización Popular Trapichito, Parroquia Miguel Peña, Estado Carabobo —edades comprendidas entre 38 y 55 años, madres, con el mismo nivel socioeconómico y con participación en distintas organizaciones comunitarias—. El número de participantes fue determinado al alcanzar el punto límite donde no emergieron nuevos aportes para la investigación, lo cual consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico (en el nivel de la descripción superflua), sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales (10). Adicionalmente, se contó con el consentimiento informado de las participantes, cumpliendo de esta manera con los aspectos éticos contemplados en el Código de Bioética y Bioseguridad del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la República Bolivariana de Venezuela, 2002 (11).

Para la recolección de los datos, se utilizó la entrevista semi-estructurada. Las conversaciones fueron grabadas, transcritas y como una forma de comprobar la fiabilidad de la investigación las transcripciones fueron devueltas a las participantes para su validación y aceptación. Para facilitar el manejo de la información —lecturas, relecturas,

determinar las unidades de sentido y formar la estructura de la experiencia— se utilizó el programa computacional para análisis de datos cualitativos *Atlas ti Versión Demo*.

La aplicación de la fenomenología como método de estudio ofreció un mejor entendimiento sobre la evolución de los procesos participativos en las propias comunidades.

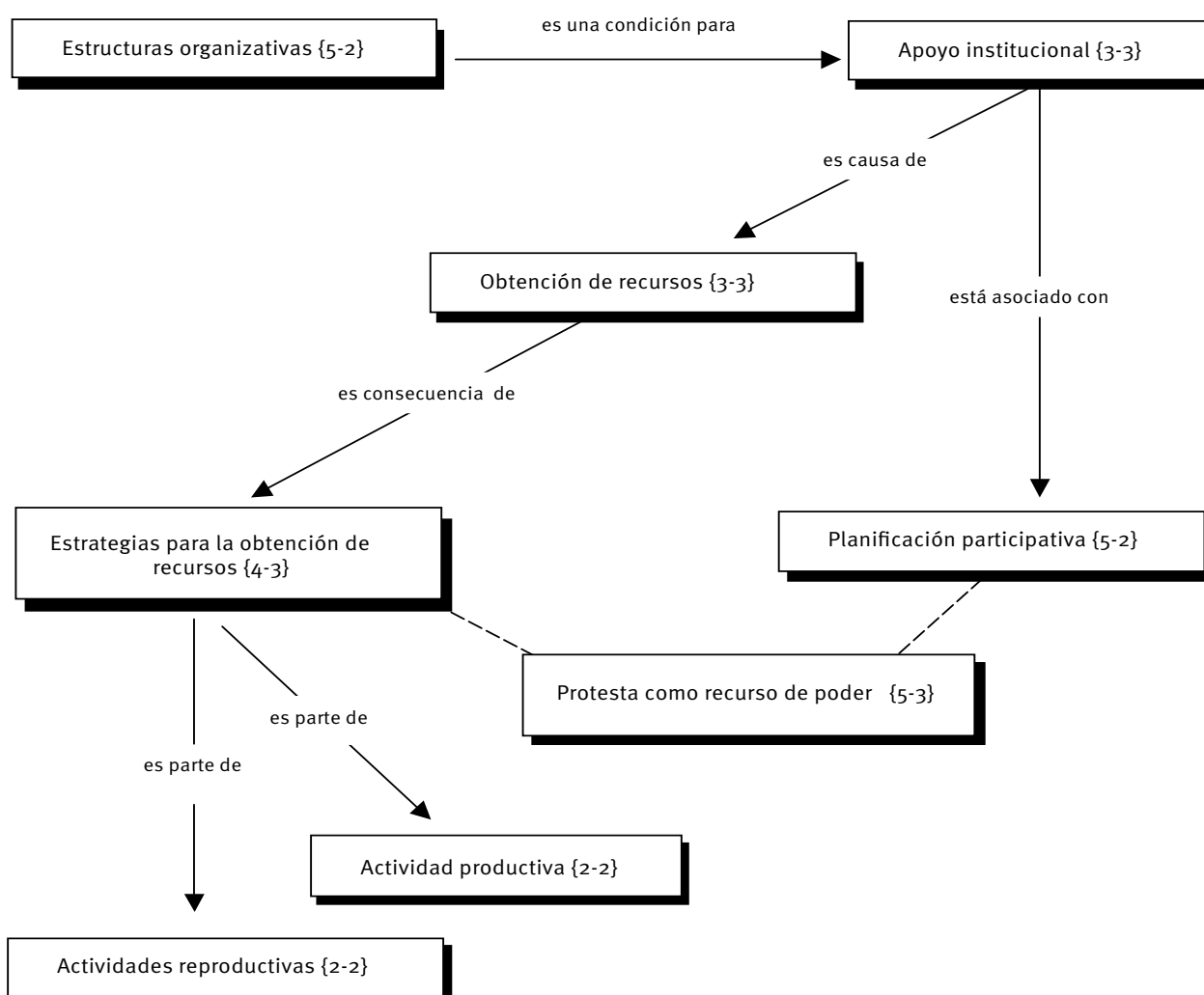
Resultados

La investigación involucró una cuidadosa revisión de las entrevistas realizadas, lo que permitió la posibilidad de comprender y dar sentido a la vivencia de ser mujer, conducirse como líder comunal en la Urbanización Popular Trapichito y vincularse con instituciones públicas o privadas en beneficio de los intereses de la comunidad. En la Figura 1. se pueden observar las unidades de sentido más reveladoras y su posterior integración en una red estructural luego del proceso analítico.

El presente modelo de relaciones inicia con la categoría *estructuras organizativas*, donde las mujeres develaron a través de sus testimonios los diversos sub-sistemas que representan y con los cuales defienden los intereses de la comunidad, entre ellos: los Consejos Comunales, el Comité de Salud y el Comité de Tierra. A través de estas instancias es que se organiza la acción de la comunidad, hecho que se presenta como una condición necesaria para que se produzca el Apoyo Institucional.

Con relación al Apoyo Institucional, las mujeres comentaron: “Si no fuésemos conocidas como gente que tiene capacidad de respuesta, se hubiesen tenido que llevar a los médicos de Barrio Adentro”, “A Trapichito lo ven con respeto [...] todos los organismos, y el secreto es que nosotros somos insistentes y exigentes con nuestras solicitudes”, “Hemos conseguido que nos presten los servicios que nosotros hemos requerido porque hemos tenido constancia”, “Siento que existe una mayor comunicación entre las organizaciones de Trapichito y las instituciones [...] se siente cuando el trabajo es compartido porque todo fluye más rápido [...], es más efectivo”.

El Apoyo Institucional es lo que causa en la comunidad la obtención de recursos. Algunos de esos beneficios relatados por las mujeres son los que se presentan a continuación: “Antes del año 1999, logramos recursos de ocho mil bolívares por estudiante y fueron utilizados en mejoras para el Liceo”, “un parque infantil”, “arborización de islas y áreas verdes”, “operativos de vacunación para niños y jóvenes”, “despistaje de diabetes, mantenimiento de redes eléctricas”, “Misión Robinson, Vuelvan

Figura 1. Estructura de la experiencia

Fuente: Entrevistas. Extraído del programa computacional *Atlas ti Versión Demo*.

Caras, Barrio Adentro”, “una ruta de camionetas”, “la organización de los sectores”. “A través de las obras que van a empezar a construirse en esta comunidad, podremos generar fuentes de trabajo para nuestros vecinos”, “los teléfonos, Internet, y lo último fue la televisión por cable”.

Además, el Apoyo Institucional está asociado con la planificación participativa. En este particular, de las entrevistas surgieron las siguientes opiniones: “La parte de salud va a trabajar con un proyecto que se está desarrollando a nivel de la Secretaría de Desarrollo, o sea que va a hacer un trabajo conjunto”; “Nosotros no somos de los que aceptan todo a las instituciones con los ojos cerrados”; “Hemos ido a varias instituciones

a solicitar mejoras para la comunidad pero todavía no nos han dado respuesta [...], pero cuando vamos a preguntar nos dan esperanzas”; “Estamos tratando de que realmente el trabajo sea organizado y planificado con el Ambulatorio, con la Alcaldía y con las demás instituciones, pero de sentarnos a elaborar los proyectos, saber a cuánto corresponde el recurso financiero, para cuándo se va ejecutar el proyecto, qué necesitamos [...], de esa manera nunca hemos trabajado con ninguna institución”; “Hablan de participación pero realmente no involucran a las comunidades en la toma de decisiones”.

La Obtención de recursos es consecuencia de las estrategias utilizadas para la obtención de recursos. Los

esfuerzos de la comunidad por socializar y articularse con las instituciones encargadas de dar respuesta a las demandas del colectivo son preliminares a la recepción de los recursos o servicios. Las declaraciones de las participantes señalan que: “A punta de empeño y de organización nosotros hemos obligado a las instituciones a cumplir”; “No queremos estar a las puertas de las instituciones como estábamos en la Cuarta República, nosotros queremos mucho a este gobierno pero si se presenta alguna injusticia le vamos a parar la obra”; “Cuando no existía Barrio Adentro..., nos costaba mucho que trajeran los operativos a las comunidades”; “Los servicios los obtenemos por medio de solicitudes”.

Un hallazgo fortuito, conocido en la investigación cualitativa como *serendipity* es el relacionado con la categoría *Protesta como recurso de poder*. En la estructura de la experiencia (ver Figura 1.), esta unidad de sentido aparece vinculada a la planificación participativa y estrategias utilizadas para la obtención de recursos ya que emergió durante la discusión de estos aspectos. En la primera, se presenta como una denuncia por la falta de compromiso de parte de las instituciones en lo que compete al apoyo de las iniciativas locales, así como la solución de los problemas y las necesidades sentidas de la comunidad. En la segunda surgieron en el discurso los mecanismos de presión utilizados por las participantes y la comunidad para obligar a estas instituciones en el cumplimiento de sus funciones. Algunas opiniones emitidas por las participantes fueron: “¡Muchas veces las instituciones nos cumplen cuando se hace escándalo...! Entonces es cuando ellos nos toman en cuenta para las decisiones”; “[...] y entonces presionando... es que hemos logrado que las instituciones respondan a nuestras necesidades”; “La comunidad no obliga a las autoridades hablando, uno los obliga haciendo y demostrando fuerza”, “Una vez le dije a un concejal: ‘¡a mí me interesa que me respeten, y usted me va a respetar..., y si en una hora no tenemos el agua aquí, se va armar la de San Quintín!’”; “Hacemos denuncias por radio, tomas de oficinas, siempre tenemos que pelear, tenemos que movilizar gente a las calles para que poder ser escuchados”.

Posteriormente, tal como se muestra en la estructura de la experiencia (ver Figura 1.), la unidad de sentido *Estrategias utilizadas para la obtención de recursos* es parte de la actividad productiva, la cual se refiere a la situación de generar los ingresos económicos. En el grupo entrevistado surgió que dos de las participantes se encontraban desempleadas y en el resto de las mujeres se presentaron dos modalidades en la actividad productiva: una era trabajadora del sector público y la otra ejercía su trabajo por cuenta propia.

La siguiente categoría que también es parte de las estrategias utilizadas para la obtención de recursos es la *Actividad reproductiva* que comprende el cuidado, la crianza de los hijos y las tareas domésticas. Algunas consideraciones que hacen las mujeres son las siguientes: “Los ayudo a hacer sus tareas”; “Nuestra lucha es hacer hombres nuevos, hombres que piensen”; “No le permito a mis hijos ni a mi pareja ningún acto de egoísmo”; “Yo le digo a mi familia: ‘¡vamos a limpiar ese poquito de basura!’. Ellos van [...] ‘¡vamos para una marcha!’”, y ellos me responden: ‘¡vamos mami!’”; “Siempre les digo: ‘¡traten a todo el mundo por igual, pero no intimiden con cualquiera!’”; “Estoy pendiente de dejarles la comida hecha, de arreglarles la ropa, sus uniformes, pero cuando no puedo todos saben que deben asumir los quehaceres”.

Se planteó la relación de las dos últimas categorías con las estrategias para la obtención de recursos para resaltar el hecho de que en estas mujeres se presenta la triple jornada, donde se superponen la gestión de beneficios para la comunidad, con el compromiso laboral y el familiar. Las implicaciones de este hecho es que representan un desgaste físico y mental en la mujer.

Discusión

La experiencia obtenida de los relatos nos permite aseverar que existe una consolidación en lo que respecta a la organización comunitaria, aspecto que no fue logrado de un día para otro, implicó tiempo, convivencia, la identificación de una causa común y sentido de pertenencia. Las estructuras organizativas que hacen vida en la Urbanización Popular Trapichito poseen una característica que además las hace exitosas y es el hecho de involucrar a los vecinos en el trabajo comunitario, lo cual permite una ampliación de su base y por ende constituye un indicador de democratización y autosuficiencia.

Este hecho les ha permitido acceder a las estructuras de poder para obtener recursos o servicios que mejoran la calidad de vida de la comunidad. Tal como lo expresaron las mujeres, la existencia de estas organizaciones comunitarias ha fortalecido los procesos de negociación y diálogo con las instituciones públicas y privadas. En este sentido, fue evidente que en el grupo de mujeres opera, según lo establecido en el Modelo Tridimensional de Rowlands, un empoderamiento de la dimensión personal de las relaciones cercanas y de la dimensión colectiva (12).

De igual forma, lo expuesto anteriormente es consistente con un estudio previo sobre intervención comunitaria con mujeres, donde se evidenció que en las participantes hubo fortalecimiento de su capacidad

para reflexionar críticamente sobre la realidad, creando vínculos afectivos que fortalecieron la cooperación y la realización de una lucha reivindicativa y política. Se observó que las actitudes de pasividad, fatalismo y resignación, vinculados a la identidad del oprimido y explotado, se transformaron procesalmente en posiciones críticas y más activas, comprometidas con la transformación de la realidad social (13).

Sin embargo, los hallazgos obtenidos en el presente estudio muestran un aspecto contraproducente y es que no fue evidente la planificación participativa. Se nota que las instituciones siguen utilizando enfoques a puerta cerrada en materia de participación en los procesos de toma de decisiones, donde son los expertos quienes determinan cuáles son las necesidades de la comunidad. En los relatos las mujeres expresaron que existen circunstancias en donde la comunidad ha sido considerada para ejecutar acciones durante el desarrollo de los proyectos, pero se nota que la concepción de éstos no considera la experiencia y el saber popular.

Este último aspecto guarda estrecha relación con lo denominado por Saforcada y col. como la relación tradicional establecida entre el Estado y la sociedad civil con respecto a los debates de política, dado que la población se entiende como receptora y beneficiaria de las acciones y servicios, donde la responsabilidad del aparato estatal decide cómo y cuándo debe proporcionar estos beneficios (14).

Las mujeres participantes en el presente estudio manifestaron durante la entrevista sentirse orgullosas de todos sus logros; se percibieron a sí mismas como exitosas en su actuación, de hecho lo son. No obstante, la protesta y la presión predominaron en los discursos como la forma para convenir los recursos, los bienes y los servicios cuando sus solicitudes no fueron tomadas en cuenta. Este hecho muestra cómo el colectivo recurre a ciertos mecanismos, específicamente a las protestas, y denota la importancia del poder como elemento esencial (15) para explicar la influencia —que tiene o que no tiene— la población en los procesos de la toma de decisiones.

Al respecto, la Teoría de la Deliberación hace hincapié en equilibrar las diferencias de poder entre los participantes con el fin de que se acepte el *mejor* de los argumentos racionales. Es un proceso abierto que supone un debate democrático, ya que todos los participantes tienen voz, y se caracteriza por ser libre de coerción o manipulación, pero las observaciones de los procesos de deliberación reales sugieren que estos ideales igualitarios no siempre pueden operar en la práctica (15, 16, 17, 18).

Esto es precisamente lo que sucede con la experiencia analizada en el presente estudio. Las líderes y las personas que hacen vida en la comunidad están en contacto con normas, instituciones y formas discursivas que conculgan con los ideales de la democracia participativa. En controversia, emerge entre la comunidad y las instituciones relaciones o articulaciones asimétricas trayendo como consecuencia las luchas de poder —en este caso, los mecanismos de la comunidad son las movilizaciones sociales o las protestas— con el fin de influir sobre el control de la agenda, los procedimientos y las decisiones para la asignación de los bienes o servicios.

Toda esta actuación, denominada *acción comunitaria*, consume un tiempo, esfuerzo y dinero no contabilizado. Es la actuación voluntaria para conseguir el bienestar común. Sería interesante profundizar en este aspecto cuando además se solapan el cumplimiento de las actividades laborales, los quehaceres del hogar y la crianza de los/as hijos/as, término denominado en los estudios de género como *triple jornada* (19).

Desde el punto de vista teórico, el apoyo familiar puede constituir un factor de motivación o de desmotivación (20). En las mujeres participantes se identificó como un factor de protección el apoyo de los miembros del grupo familiar, la incorporación de la pareja y los/as hijos/as en las labores domésticas, lo que les proporciona estabilidad y motivación, aspecto que ha facilitado la presencia de este grupo de mujeres en el escenario de la vida pública, específicamente, en la gestión comunal.

Conclusiones

La importancia de difundir esta experiencia particular es que puede brindarnos a los/as enfermeros/as comunitarios/as nociones para potenciar al máximo la autonomía y la responsabilidad de las comunidades para lograr su propio desarrollo y bienestar. Obviamente existen ciertos niveles de dependencia cuando nos referimos a la prestación de servicios, pero nuestro foco —en este caso la comunidad— necesita conocer qué recursos o servicios están disponibles y cuáles son los medios, los mecanismos o las estrategias que puede utilizar para tener acceso a ellos.

Los espacios para el diálogo se deben buscar en el ejercicio cotidiano de la profesión, para lo que es necesaria —en los funcionarios/as que hacemos vida en las instituciones— una conciencia de lo que significa llevar a cabo una política de participación activa. En la disciplina de enfermería pueden lograrse en la relación enfermero/a-comunidad la planificación de estrategias

conjuntas que mejorarán el proceso de participación en la toma de decisiones. Ésta sería una posibilidad para tener en cuenta el saber popular y considerar la experiencia de las personas que habitan en las comunidades.

Referencias

- (1) Hernández FL. La participación comunitaria como proceso sociocultural. Boletín *Entre líneas* [documento en Internet]. 2009 [citado: 14 oct 2013];3(3-4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.socict.holguin.cu/html/boletines/2008/Dic08/Pdf/05.pdf>
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). The Ottawa Charter for Health Promotion [homepage on the Internet]. Ottawa: OMS; c1986 [access: 2013 Nov 24]. [About 4 screens]. Available from: <http://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- (3) Fabrizio CS, Hirschmann MR, Lam TH, Cheung T, Pang I, Chan S *et al.* Bringing scientific rigor to community-developed programs in Hong Kong. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2013 Oct 14];12(1):[about 8 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-1129.pdf>
- (4) Bonfim PF, Fortuna CM, Gabriel CS, Durante MC. Educational actions in a Community Healthcare Agents Program. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2014 Oct 14];65(3):[about 7 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23032332>
- (5) Kalita A, Mondal S. Role of innovative institutional structures in integrated governance. A case study of integrating health and nutrition programs in Chhattisgarh, India. *J Health Organ Manag.* 2012;26(6):758-777.
- (6) Wisner B. and Adams J. Health promotion and community participation [guide on the Internet]. Malta: Wisner, B. and Adams, J; 2002 [access: 2013 Oct 14]. Available from: http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/em2002chap15.pdf
- (7) República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional Constituyente. Decreto Extraordinario n° 5.908, por el cual se hace la Exposición de motivos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; (19/02/2009).
- (8) Wertz FJ. Phenomenological research methods for counseling psychology. *J Couns Psychol.* 2005;52(2):167-177.
- (9) Albuquerque QA. A fenomenologia na investigação: características do método fenomenológico aplicado à investigação [documento na Internet]. Coimbra: Albuquerque QA; 2001 [acceso: 2014 Oct 15]. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/INVESTIGAC%C3%87%C3%83O+QUALITATIVA++Fenomenologia.pdf>
- (10) Camacaro CM. La obstetricia develada, otra mirada desde el género. Venezuela: Dirección de Medios y Publicaciones Departamento de Producción Editora; 2010.
- (11) Ministerio de Ciencia y Tecnología. Código de Bioética y Bioseguridad. 2ª. ed. Venezuela: Ministerio de Ciencia y Tecnología; 2002.
- (12) Meza A, Tuñon, E, Ramos D, Kauffer E. Progreso y el empoderamiento de las mujeres: estudio de caso en Vista Hermosa, Chiapas. *Papeles de Población.* 2002;8(31):67-93.
- (13) Ferreira MJ, Rebouças JF, Braga AA, Sampaio MA, Melo PA, Morais XV *et al.* Intervención comunitaria con mujeres a partir de la actuación en Red en Psicología Comunitaria: una experiencia en una comunidad en Brasil. *Psicoperspectivas.* 2014;13(2):133-143.
- (14) Saforcada E, Lellis M, Mozobanczyk S. Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós; 2010.
- (15) Boivin A, Lehoux P, Grol R, Burgers J. What are the key ingredients for effective public involvement in health care improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation. *The Milbank Quarterly* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2013 Nov 24];92(2):[about 31 p.]. Available from: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12060/pdf>
- (16) Santana PF, Van SC, Antunes CP. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):487-498.
- (17) Bohman J. Public deliberation: pluralism, complexity and democracy. Cambridge: MIT Press; 1996.
- (18) Delli CM, Cook FL, Jacobs LR. Public deliberation, discursive participation and citizen engagement: a review of the empirical literature. *Ann Rev Polit Sci.* 2004;7(1):315-344.
- (19) Arpini P, Castrogiovanni N, Epstein M. La triple jornada, ser pobre y ser mujer [documento en Internet]. Buenos Aires: 2012 [acceso: 14 oct 2013]. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen66/04_arpini.pdf
- (20) Klainberg M, Holzemer S, Leonard M, Arnold J. Enfermería y salud comunitaria. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 2001.

Parasitosis intestinal y anemia en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomaprieta, Colombia

Intestinal parasites and anemia in Indian reservation Cañamomo-Lomaprieta, Colombia

Parasitas intestinais e anemia em reserva indígena Cañamomo-Lomaprieta, Colômbia

JAIBERTH ANTONIO CARDONA ARIAS*

YENNIFER RIVERA PALOMINO**

OSMAN MAURICIO LLANES AGUDELO***

Resumen

Introducción: Las parasitosis intestinales son un problema de salud pública; producen deficiencias nutricionales y se asocian a determinantes demográficos y socioeconómicos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de parasitosis intestinal y anemia y su asociación con determinantes demográficos, socioeconómicos y sanitarios en indígenas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional analítico transversal con fuente de información primaria. Se estimaron medidas de resumen, pruebas de estadística paramétrica y no paramétrica, proporciones y regresión logística multivariante.

Resultados: Prevalencia de anemia del 23% y parasitosis intestinal del 73%. Hubo asociación significativa de la anemia con la parasitosis intestinal y se identificó la forma de eliminación de excretas, el nivel educativo y los ingresos económicos como los principales factores de riesgo para la parasitosis intestinal en el grupo de estudio.

Conclusión: Existe una elevada prevalencia de parasitosis intestinal que se asocia con la presencia de anemia y se atribuye

a condiciones higiénico-sanitarias de las comunidades del resguardo indígena.

Palabras clave: Parasitosis Intestinales; Anemia; Población Indígena; Colombia (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Background: Intestinal parasites are a public health problem; it produces nutritional deficiencies and is associated with demographic and socioeconomic conditions.

Objective: To determine the prevalence of intestinal parasites and anemia, and determining its association with demographic, socio-economic and sanitary conditions in indigenous people.

Methods: Cross-sectional study. Data collected from a survey, hematological profile, stool and formalin-ether concentration. We estimated summary measures, parametric and nonparametric statistical test, proportions, and multivariate logistic regression.

Results: The prevalence of anemia was 23% and 73% intestinal parasitism. Significant association of anemia with intestinal parasitism was identified; excreta disposal, educational level and income were the factors risk for parasitism intestinal in the study group.

Conclusion: There is a high prevalence of intestinal parasites associated with anemia and it is attributed to sanitary conditions of Indian reservation.

Key words: Intestinal Diseases, Parasitic; Anemia; Indigenous Population; Colombia (Source DECS BIREME).

* Microbiólogo. MSc Epidemiología. Profesor Asistente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Docente-Investigador, Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín, Colombia. E-mail: jaiberthcardona@gmail.com

** Microbiólogo y Bioanalista. Grupo de Investigación, Salud y Sostenibilidad, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. E-mail: yihan87@gmail.com.

*** Microbiólogo y Bioanalista. Grupo de Investigación, Salud y Sostenibilidad, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. E-mail: mauro-11-oma@hotmail.com

Resumo

Introdução: As parasitas intestinais são um problema de saúde pública; produzem deficiências nutricionais e se associam a determinantes demográficos e socioeconômicos.

Objetivo: Determinar a prevalência de parasitose intestinal e anemia, e sua associação com determinantes demográficos, socioeconômicos e sanitários em indígenas.

Materiais e Métodos: Estudo observacional analítico transversal, com fonte de informação primária. Estimaram-se medidas de resumo, provas de estatística paramétrica e não paramétrica, proporções e regressão logística multivariada.

Resultados: Prevalência de anemia de 23% e parasitose intestinal de 73%. Existe associação significativa da anemia com a parasitose intestinal e se identificou a forma de eliminação de excretas, o nível educativo e os ingressos econômicos como os principais fatores de risco para a parasitose intestinal no grupo objeto de estudo.

Conclusão: Existe uma elevada prevalência de parasitose intestinal que se associa com a presença de anemia e atribui-se às condições higiênico-sanitárias das comunidades da reserva indígena.

Palavras-chave: Enteropatias Parasitárias; Anemia; População Indígena; Colômbia (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

Las infecciones por parásitos intestinales se han convertido en un grave problema de salud pública, principalmente en los países en vía de desarrollo, dado que presentan una elevada prevalencia, afectan a individuos de todas las edades, generan complicaciones médicas y están relacionados con procesos de desarrollo económico y social —en especial, con infraestructura de saneamiento básico deficiente— (1).

La presencia, persistencia y diseminación de parásitos intestinales están directamente relacionadas con características geográficas, culturales, de saneamiento básico y ecológicas, como la contaminación fecal del suelo y de los alimentos, falta de agua potable y de adecuados hábitos higiénicos, baja escolaridad, ausencia de saneamiento ambiental y bajo nivel socioeconómico (2, 3); a éstos se suman la humedad, la temperatura y las condiciones del suelo, los cuales aumentan la viabilidad y maduración de geo-helminthos (4, 5).

Los parásitos pueden producir pérdida del apetito, incremento del metabolismo, mala absorción intestinal y lesiones en la mucosa intestinal (6); algunos generan anemia debido a la lesión que producen o por alimentarse de sangre, como es el caso de las uncinarias, helmintiasis causadas por *Ancylostoma duodenale* y *Necator*

americanus, cuya principal manifestación clínica es la anemia ferropénica (7). Además de esto, se estima que en el mundo están infectadas con geohelminthos 2000 millones de personas (8), de las que por lo menos 300 millones padecen anemia y problemas de aprendizaje (9). Existen aproximadamente 300 especies de helminthos y casi 70 de protozoos; de éstas, una baja proporción causa enfermedades a nivel mundial (10), pero son de mayor prevalencia en países en vía de desarrollo, donde —sumado a la infección— se presentan condiciones de vida desfavorables (11).

En el departamento de Caldas, Colombia, no se dispone de evidencias sobre el comportamiento de la parasitosis intestinal y la anemia. Específicamente en los comuneros del Resguardo Indígena de Cañamomo-Lomapieta, alojados en los municipios de Riosucio y Supía, no se han desarrollado estudios sobre estas temáticas y, según los datos de los diagnósticos de salud del resguardo, en la actualidad se presentan múltiples situaciones que favorecen la presencia de estas enfermedades, como problemas en la infraestructura sanitaria, condiciones adversas de vida y hábitos que favorecen la transmisión de parásitos.

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de parasitosis intestinal y anemia y su asociación con determinantes demográficos, socioeconómicos, sanitarios y clínicos en adultos del Resguardo Indígena de Cañamomo-Lomapieta, Departamento de Caldas, durante el año 2010. El conocimiento generado a partir de esta investigación podrá derivar en la formulación de estrategias y políticas que contribuyan a la disminución de los principales factores de riesgo identificados; focalizará la formulación e implementación de acciones en salud en los grupos de mayor riesgo; permitirá brindar educación para la salud a las comunidades involucradas; y potenciará la prevención y el control oportuno de la parasitosis intestinal, la anemia y sus consecuencias sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida individual y comunitaria.

Materiales y Métodos

- **Tipo de estudio:** Observacional analítico transversal.
- **Sujetos:** El estudio se desarrolló en una muestra no probabilística de 151 adultos de ambos sexos, pertenecientes al Resguardo Indígena de Cañamomo-Lomapieta en el Departamento de Caldas. El tamaño de la muestra corresponde a una población de referencia de 15.000 adultos, una proporción esperada del evento del 50%, un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta de 0,08.
- **Recolección de la información:** Se utilizó una fuente de información primaria, que comprendió una encuesta con preguntas dicotómicas, politómicas y algunas abiertas, cuya aplica-

ción fue individual, ligada, asistida y diligenciada en un lugar privado con el fin de evitar sesgos de información. Incluyó variables demográficas, socioeconómicas, sanitarias y clínicas; además, se realizó un perfil hemático y diagnóstico de infección por parásitos intestinales a través del método directo y de concentración formol-éter. La clasificación de anemias se realizó con base en los valores que reporta la Organización Mundial de la Salud, discriminados por sexo, es decir: menor de 12 g/dL en mujeres y menor de 13g/dL en hombres.

- **Análisis estadístico:** Para la descripción de los determinantes demográficos, socioeconómicos, sanitarios y clínicos, se emplearon medidas de resumen y proporciones con un intervalo de confianza del 95%. Se calculó la prevalencia general de anemia y parasitosis intestinal especificando la prevalencia de patógenos, comensales, protozoos y helmintos, con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Con el fin de analizar la presencia de anemia y parasitosis intestinal según los aspectos sociodemográficos, económicos y sanitarios, se realizaron pruebas *t-student* y *U de Mann Whitney* según el cumplimiento o no del supuesto de normalidad bivariada y prueba *Chi cuadrado* de Pearson. El supuesto de normalidad se evaluó a través de las pruebas de Kolmogorov Smirnov con corrección de Liliefors y Shapiro Wilk. Se realizó regresión logística múltiple con el fin de explorar y describir el efecto simultáneo y recíproco de las covariables que podrían explicar los resultados en la prevalencia de anemia y parasitosis intestinal. La información fue almacenada en una base de datos en *Statistical Package for the Social Sciences for Windows, software SPSS Versión 18,0* y en todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de 0,05.

- **Aspectos éticos:** En todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes los principios de la Resolución 8430 de Colombia y de la Declaración de Helsinki. Se firmó un consentimiento colectivo de las autoridades del resguardo e individual para cada participante en el que se informaron el propósito, los riesgos y los beneficios del estudio. Prevaleció el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y de su privacidad.

Resultados

El promedio de edad en el grupo de estudio fue de $46 \pm 14,8$ años, con un rango de entre 18 y 83 años; el 50% del grupo estudió hasta 5° de primaria o menos y presentaba ingresos mensuales de 50000 pesos o menos (ver Tabla 1.). En la caracterización hematológica se encontró que las variables centrales del hemograma estaban en el rango normal (ver Tabla 1.).

El grupo de estudio presentó diferencias estadísticas en la distribución por sexo, el tipo de eliminación de excretas, la presencia de animales en el hogar, el número de personas por habitación y el haber recibido tratamiento antiparasitario previo (ver Tabla 2.). En las condiciones sanitarias se encontró que la mayoría de las viviendas tenían piso de cemento o madera (69%), 4 personas no usaban calzado y el 100% refirió el lavado de alimentos antes de su consumo (datos no expuestos en las tablas). En las manifestaciones clínicas se encontraron diferencias estadísticas, siendo mayor la frecuencia de sujetos que no las refirieron (ver Tabla 2.).

Tabla 1. Medidas de resumen de las variables demográficas, socioeconómicas y los valores constantes corpusculares del cuadro hemático del grupo de estudio

Variables	Media \pm DE	Mediana (RIQ)	Rango
Edad (años cumplidos)†	46,2 \pm 14,8	45,0 (35,4; 55,8)	(18; 83)
Años de estudio aprobados	5,9 \pm 4,1	5,0 (2; 11)	(0; 17)
Ingresos último mes*	142 \pm 193	50 (0; 250)	(0; 850)
Glóbulos rojos/mm3 ‡	4,94 \pm 0,45	4,91 (4,62; 5,20)	(3,43; 6,40)
Hematocrito (%)	44 \pm 4,1	43,20 (41,1; 46,7)	(32,9; 57,9)
vcm (fL)	89,7 \pm 7,9	88,10 (85,2; 91,3)	(64,1; 121,6)
CHCM (g/dL)	31,8 \pm 2,1	32,3 (31,6; 32,8)	(21,1; 35,5)
hcm (pg)	28,4 \pm 1,8	28,5 (27,6; 29,4)	(17,3; 32,9)
Hemoglobina (g/dL) ‡	14,0 \pm 1,3	14 (13,1; 14,9)	(8,9; 18,3)

Fuente: Datos de la investigación.

Organización Mundial de la Salud† La variable presentó una distribución normal. *En miles.

DE: Desviación Estándar. RIQ: Rango Intercuartil. CHCM: Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media.

vcm: Volumen Corpuscular Medio. hcm: Hemoglobina Corpuscular Media.

La frecuencia de anemia fue elevada; no obstante, fue estadísticamente mayor el porcentaje de sujetos sin anemia y en las constantes hematológicas los mayores porcentajes correspondieron a los valores normales (ver Tabla 3). La proporción de prevalencia de parasitosis intestinal fue del 73%, valor que fue estadísticamente mayor a los

resultados negativos. Al desagregar el análisis, se encontró que las proporciones de infección por protozoos y comensales fue estadísticamente mayor a la de helmintos y patógenos, respectivamente (ver Tabla 3.). La distribución porcentual de los parásitos observados fue: *Endolimax nana* 35,1%, *Blastocystis hominis* 31,1%, *Entamoeba coli*

Tabla 2. Frecuencia absoluta y relativa de las condiciones demográficas, socioeconómicas y sanitarias del grupo de estudio

Variable	Categorías	#	% (ic 95%) ^A
Sexo	Hombre	37	24,5 (10,6; 38,4)
	Mujer	114	75,5 (67,6; 83,4)*
Estado civil	Soltero	52	34,4 (21,5; 47,3)
	Casado/Unión libre	76	50,3 (39,1; 61,5)
	Separado/Divorciado	7	4,6 (-10,9; 20,1)
	Viudo	16	10,6 (-4,5; 25,7)
Ocupación	Trabajando	73	48,3 (36,8; 59,8)
	Buscando trabajo	6	4 (-11,7; 19,7)
	Oficios del hogar	70	46,4 (39,1; 61,58,1)
Eliminación de excretas	Alcantarillado	97	64,2 (54,7; 73,7)*
	Pozo séptico	40	26,5 (12,8; 40,2)
	Otro	14	9,2 (-5,9; 24,3)
Disposición de basuras	Carro	44	29,1 (15,7; 42,4)
	Quema	38	25,2 (11,4; 39,0)
	Campo abierto	29	19,2 (4,9; 33,5)
	Varios	40	26,5 (12,8; 40,2)
Animales en el hogar	Sí	105	69,5 (60,7; 78,3)*
	No	46	30,5 (17,2; 43,8)
Tratamiento antiparasitario previo	Sí	24	15,9 (1,3; 30,5)
	No	127	84,1 (77,7; 90,5)*
Personas por habitación	0-2	125	82,8 (76,2; 89,4)*
	3 o más	26	17,2 (2,7; 31,7)
Presencia de fiebre	Sí	33	21,9 (7,8; 36,0)
	No	118	78,1 (70,6; 85,6)*
Flatulencia	Sí	27	17,9 (3,4; 32,4)
	No	124	82,1 (75,4; 88,8)*
Dolor abdominal	Sí	47	31,1 (17,9; 44,3)
	No	104	68,9 (60; 77,8)*
Diarrea	Sí	20	13,2 (-1,6; 28,0)
	No	131	86,8 (81,0; 92,6)*
Prurito anal o vaginal	Sí	17	11,3 (-3,7; 26,3)
	No	134	88,7 (83,3; 94,1)*

Fuente: Datos de la investigación

A Frecuencia relativa en porcentaje y su intervalo de confianza del 95%.

* El ic es estadísticamente diferente en el nivel de 0,01.

Tabla 3. Frecuencia absoluta y relativa de algunas características hematológicas y de parasitosis intestinal

Variable	Categorías	#	% (IC 95%) ^A
Anemia	Sí	35	23,2 (9,2; 37,2)
	No	116	76,8 (69,1; 84,5)**
Anisocitosis	Microcitosis	13	8,6 (-6,6; 23,8)
	Normocitosis	118	78,1 (70,6; 85,6)**
	Macrocitosis	20	13,2 (-1,6; 28)
Anisocromía (g/dL)	Hipocromía	58	38,4 (25,9; 50,9)
	Normocromía	93	61,6 (51,7; 71,5)*
Anisocromía (pg)	Hipocromía	47	31,1 (17,9; 44,3)
	Normocromía	103	68,2 (59,2; 77,2)**
Resultado coprológico	Positivo	96	72,7 (63,8; 81,6)**
	Negativo	36	27,3 (12,7; 41,9)
Clasificación de parásitos	Protozoos	92	88,5 (82; 95)**
	Helmintos	12	11,5 (-6,6; 29,6)
Interacción con el hospedero	Patógeno	16	14,7 (-2,7; 32,1)
	Comensal	93	85,3 (78,1,9; 92,5)**

Fuente: Datos de la investigación

A Frecuencia relativa en porcentaje y su intervalo de confianza del 95%.

* El IC es estadísticamente diferente en el nivel de 0,05.

** El IC es estadísticamente diferente en el nivel de 0,01

29,1%, *Entamoeba histolytica/dispar* 13,2%, *Entamoeba hartmani* 2,6%, *Giardia intestinalis* 2,6% y *Chilomastix mesnilli* 0,7%, *uncinarias* 7,3% y *Taenia sp* 0,7%.

En el análisis de la anemia no se hallaron diferencias estadísticas según sexo, edad, años de estudio ni ingresos mensuales, mientras que la parasitosis intestinal presentó asociación estadística con los ingresos mensuales, los años de estudio y la eliminación de excretas (ver Tabla 4.).

En el análisis de regresión multivariante, la anemia presentó asociación con la infección por parásitos intestinales, luego de ajustar el modelo por determinantes demográficos y económicos, mientras que en la parasitosis intestinal sólo se presentó asociación con la eliminación de excretas, una vez se ajustó el modelo por determinantes demográficos, económicos, sanitarios y clínicos (ver Tabla 5.).

Tabla 4. Comparación de la anemia y la parasitosis intestinal según condiciones demográficas y socioeconómicas

	ANEMIA				Valor <i>p</i>
	Positivos		Negativos		
	Media ± DE	Mediana	Media ± DE	Mediana	
Edad	49,7 ± 16,4	47,3	45,1 ± 14,2	44,5	0,107 +
Años de estudio	5,1 ± 3,4	5,0	6,1 ± 4,2	5,0	0,295 †
Ingresos en miles	91 ± 133	20	158 ± 205	55	0,265 †
	#	%	#	%	
Sexo					
Masculino	5	3	32	21	0,109§
Femenino	30	20	84	56	
PARÁSITOS					
	Media ± DE	Mediana	Media ± DE	Mediana	
Edad	48,6 ± 15,2	50,0	44,8 ± 12,4	46,8	0,182 +
Años de estudio	4,9 ± 3,7	4,0	6,4 ± 4,2	5,0	0,048 †
Ingresos en miles	115 ± 169	21	200 ± 200	95	0,021 +
	#	%	#	%	
Sexo					
Masculino	24	18	12	9	0,338§
Femenino	72	55	24	18	
Ocupación					
Trabajando	43	34	21	17	0,358§
Oficios del Hogar	47	37	16	12	
Eliminación de excretas					
Alcantarillado	54	41	32	24	0,015§
Pozo séptico	30	23	3	2	
Otro	12	9	1	1	
Disposición de basuras					
Carro	25	19	13	10	0,299§
Quema	22	16	12	9	
Campo abierto	18	14	7	5	
Varios	31	24	4	3	
Antiparasitario previo					
No	82	63	29	22	0,496§
Sí	14	10	7	5	
Presencia de animales					
Sí	67	51	24	18	0,730§
No	29	22	12	9	
Hacinamiento					
Sí	78	59	31	23	0,512§
No	18	14	5	4	

Fuente: Datos de la investigación

DE: Desviación Estándar.

+ Valor *p* de significación estadística obtenido por la prueba *t-student*.

† Valor *p* de significación estadística obtenido por la prueba *U Mann-Whitney*.

§ Valor *p* de significación estadística obtenido mediante el estadístico de *Chi cuadrado*.

Tabla 5. Modelos de regresión logística multivariada de la presencia de anemia y parasitosis intestinal

Modelo	OR crudo (IC 95%) +	OR ajustada (IC 95%) †
Anemia		
Sexo (Mujer/Hombre)	2,27 (0,81; 6,25)	2,28 (0,73; 7,12)
Edad (Adulto joven/Adulto medio)	0,79 (0,37; 1,17)	1,66 (0,68; 4,04)
Ingresos mensuales [§]	2,09 (0,74; 5,89)	1,31 (0,38; 4,58)
Parásitos intestinales (Positivo/Negativo)	4,53 (1,28; 15,99)	4,34 (1,20; 15,63)
Parásitos intestinales		
Eliminación de excretas (Pozo/Alcantarilla)	5,92 (1,67; 20,83)	3,12 (1,26; 7,69)
Antiparasitario previo (No/Sí)	1,41 (0,52; 3,84)	1,23 (0,40; 3,83)
Dolor abdominal (Sí/No)	0,82 (0,36; 1,87)	0,94 (0,37; 2,40)
Diarrea (Sí/No)	0,59 (0,21; 1,65)	1,56 (0,49; 4,96)
Lavado de manos (Sí/No)	2,88 (0,68; 12,17)	2,75 (0,58; 13,16)

Fuente: Datos de la investigación

+ Razón de Odds y su intervalo de confianza del 95%.

† Razón de Odds y su intervalo de confianza del 95%, ajustada por las variables del modelo.

En el modelo de parasitosis intestinal además se ajustó por edad, sexo, nivel educativo e ingresos mensuales.

[§] Se categorizó en dos grupos 1) 0 a 0,50 de un salario mínimo mensual vigente SMMV y 2) 0,51 a 0,99 SMMV.

Discusión

En el grupo de estudio se encontró una prevalencia de anemia del 23%, la de parasitosis intestinal fue del 73% y éste presentó asociación significativa con el nivel educativo, los ingresos económicos y la forma de eliminación de excretas. En el modelo multivariado se halló asociación significativa de la anemia con la parasitosis intestinal y se identificó la forma de eliminación de excretas como el principal factor de riesgo para la parasitosis intestinal en el grupo de estudio.

Al igual que lo reportado en otros estudios, en la Comunidad Indígena de Cañamomo-Lomaprieta la presencia de parásitos intestinales presentó asociación con la anemia, lo que podría indicar que dichos parásitos, y particularmente los helmintos, están afectando el estado nutricional de esta población, como lo plantea el estudio de Carmona (12).

El alto número de parásitos comensales refleja las malas condiciones de saneamiento en las que vive la comunidad, especialmente la falta de alcantarillado, la carencia de agua potable, la contaminación fecal del suelo, las carencias educativas en estas temáticas y otras condiciones socio-sanitarias que facilitan su persistencia y diseminación (13). La mayor prevalencia de parásitos patógenos correspondió a las uncinarias (69%), a pesar que las personas habitualmente usan calzado y los pisos de las viviendas son en cemento o madera. Esto podría explicarse por la falta de uso de calzado en algunas

actividades comunitarias que implican el contacto con la tierra como arar, abonar, sembrar y limpiar establos y gallineros. Asimismo existen otras condiciones que corroboran que las nematodosis es un serio problema de salud pública, principalmente en zonas de mayor depresión socioeconómica (14).

Relacionando la parasitosis intestinal con las condiciones demográficas y socioeconómicas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los años de estudio y los ingresos económicos, lo que difiere del estudio de Londoño y Mejía (15), en el cual no se encontró relación entre éstos. No obstante, coincide con lo planteado por algunos autores que evidencian que el bajo nivel de ingresos y la baja escolaridad operan como determinantes de diversos problemas de salud, donde podrían incluirse las infecciones parasitarias intestinales (16).

La presencia de animales en el hogar no presentó asociación con la parasitosis intestinal, hallazgo divergente con lo reportado por Londoño y Mejía, donde se reportó asociación de las parasitosis intestinales con el tener animales domésticos, debido a que algunos de ellos, como los perros, constituyen reservorios para parásitos que posteriormente producen la infección del hombre. Esta divergencia se sustenta en que la mayoría de animales que conviven en las comunidades del resguardo están involucrados en la transmisión de parásitos extra-intestinales, tal es el caso de cerdos, vacas, caballos, peces y aves (15, 17).

En esta comunidad se encontraron como principales agentes patógenos la *Giardia lamblia*, *uncinarias* y la *Taenia sp.*, y protozoos comensales como *Endolimax nana*, *Blastocystis hominis*, *Entamoeba coli* y *Entamoeba histolytica/dispar*. Esto es congruente con los parásitos encontrados en otros estudios en comunidades indígenas, no indígenas y rurales, lo que evidencia la endemidad de este problema de salud (18), aunque con una magnitud diferente, como se indica a continuación:

1. En 112 indígenas de una provincia argentina se halló una prevalencia de parasitosis del 94,6%. Los más frecuentes fueron *Blastocystis hominis* (58,9%), *Entamoeba coli* (51,8%), *Giardia lamblia* (27,7%) y *Entamoeba histolytica/E. dispar* (24,1%); mientras que en los helmintos fueron uncinarias (58,0%), *Hymenolepis nana* (31,2%) y *Strongyloides stercoralis* (24,1%) (19).
2. En indígenas de Brasil la prevalencia global fue del 89,5%, las especies más prevalentes fueron *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* con el 48,9%, *Giardia duodenalis* con el 32%, *Entamoeba Coli* con el 40,8%, *Endolimax nana* con el 10,3%, *Schistosoma mansoni* con el 23,7%, *Hymenolepis nana* con el 18,6%, *Strongyloides stercoralis* con el 5,4%, *Ascaris lumbricoides* con el 4,9% y *Trichuris trichiura* con el 0,5% (20).
3. En comunidades marginales de Medellín, Colombia, la frecuencia global de parásitos fue 74,4%, con 38,8% (120) de *Blastocystis hominis*, 34% (105) *Endolimax nana*, 25,2% (78) *Entamoeba coli* 12,9% (40) *Trichuris trichiura*, 11,7% (36) *Entamoeba histolytica/E. dispar* y 10,7% (33) de *Ascaris lumbricoides* (21).
4. En la zona rural de la Costa Atlántica colombiana se encontró un 92% de personas infectadas, 60% (210) con *Entamoeba coli*, 54% (191) *Entamoeba histolytica/E. dispar*, 36% (125) *Endolimax nana*, 29% (103) *Blastocystis hominis* y 21% (72) *Iodamoeba butschlii* (22).
5. En zonas rurales de México se realizó un estudio en dos etapas con una prevalencia global de 31,2% en la primera y 53,2% en la segunda, con mayor frecuencia de *Giardia lamblia* (4,8%) e *Hymenolepis nana* (4,2%) en la primera etapa y de *H. nana* (9%) y *G. lamblia* (4,9%) en la segunda (23).
6. En inmigrantes en Venezuela la prevalencia global fue del 75%, siendo mayor la correspondiente a *Blastocystis hominis* con el 48,7% (37), *Entamoeba coli* con 7,9% (6), *Endolimax nana* 6,6% (5) e *Hymenolepis nana* con el 2,6% (2) (24).
7. En 50 manipuladores de alimentos, el 26% tenía alguna parasitosis intestinal; los parásitos más frecuentes fueron: *Endolimax nana* (41,2%) y *Blastocystis hominis* (38,7%) (25).

La prevalencia de anemia registrada en este estudio es similar a la presentada por el Ministerio de la Protección Social en el año 2008 para la población rural

colombiana (30,9%) (26), lo que evidencia que esta entidad constituye un grave problema de salud pública en el país y que las comunidades indígenas no están exentas de ello, a pesar de sus múltiples esfuerzos por mejorar la seguridad alimentaria de sus comuneros. Es relevante explicitar que la presencia de anemia en el Resguardo de Cañamomo-Lomapieta fue cuatro veces mayor entre quienes presentaron parasitosis intestinal, frente a quienes no presentaron infección parasitaria. Esto presenta graves implicaciones, ya que indica que la parasitosis intestinal está influenciando la presencia de anemia y con ello la disminución de nutrientes en el organismo, la disminución de la capacidad de aprendizaje y el aumento de la susceptibilidad a otras infecciones (27).

Entre los factores que explican la alta prevalencia de parasitosis intestinales en este resguardo indígena, la eliminación de excretas fue la más significativa, dado que en las personas que tienen pozo séptico la parasitosis intestinal fue 3 veces más frecuente que en aquellos que disponen de alcantarillado. Otros estudios muestran que efectivamente algunos hábitos higiénico-sanitarios como la incorrecta disposición de las excretas, el hacinamiento y el consumo de agua no potable aumentan el riesgo de contraer parásitos y favorecen la reinfección (18, 28, 29, 30). Cabe aclarar que en este resguardo indígena algunas comunidades presentan acueducto pero el agua no es tratada y en otros casos es canalizada de las fuentes de agua cercanas a cada comunidad, lo que favorece la presencia de parásitos a pesar que las personas se laven las manos y laven los alimentos antes de consumirlos (28, 29).

Entre las principales limitaciones de esta investigación, se encuentran las inherentes al tipo de estudio, en este sentido se debe reconocer la presencia del sesgo temporal: no es posible realizar proceso de generalización de los resultados a personas con características diferentes a las descritas, los resultados del análisis bivariado y multivariado no presentan carácter predictivo ni de asociación causal y no se pudo realizar una caracterización de quienes rechazaban participar del estudio, los cuales podrían presentar variaciones en las condiciones evaluadas.

Esta investigación muestra que en las comunidades del Resguardo Indígena de Cañamomo-Lomapieta se presenta una alta prevalencia de parásitos intestinales y anemia, asociados a condiciones de infraestructura sanitaria. Por ello, se hace necesario realizar actividades educativas y estrategias de control y seguimiento focalizadas en los determinantes que se evidenciaron como favorecedores de la persistencia de este problema en el resguardo y en las graves consecuencias que esto presenta para la salud individual y colectiva.

- **Agradecimientos:** Los autores expresan su agradecimiento a los participantes que con su información permitieron la ejecución de este estudio.
- **Declaración de conflicto de intereses:** Ninguno de los autores declara conflicto de interés para la publicación de este manuscrito.
- **Fuentes de financiación:** El trabajo se realizó con recursos de la Universidad de Antioquia.

Referencias

- (1) Guerrero M, Hernández Y, Rada M, Aranda A, Hernández M. Parasitosis intestinal y alternativa de disposición de excreta en municipios de alta marginalidad. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2008 [acceso: 25 may 2010];34(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200009&lng=es&nrm=is-o&tlng=es
- (2) Soriano SV, Barbieri LM, Pierangeli NB, Giayetto AL, Manacorda AM, Castronovo E *et al.* Intestinal parasites and the environment: frequency of intestinal parasites in children of Neuquén, Patagonia, Argentina. *Rev Latinoam Microbiol.* 2001;43(2):96-101.
- (3) Gamboa MI, Basualdo JA, Córdoba MA, Pezzani BC, Minvielle MC, Lahitte HB. Distribution of intestinal parasitoses in relation to environmental and sociocultural parameters in La Plata, Argentina. *J Helminth.* 2003;77(1):15-20.
- (4) Sánchez TP, Jensen O, Mellado I, Torrecillas C, Raso S, Flores ME *et al.* Presence and persistence of intestinal parasites in canine fecal material collected from the environment in the Province of Chubut, Argentina, Patagonia. *Vet Parasitol.* 2003;117(4):263-269.
- (5) Sánchez TP, Nancufl A, Oyarzo CM, Torrecillas C, Raso A, Mellado I *et al.* An eco-epidemiological study of contamination of soil with infective forms of intestinal parasites. *Eur J Epidemiol.* 2004;19(5):481-489.
- (6) Tietz MS, Bandeira C, Marinho QR. Prevalência de enteroparasitoses em Concórdia, Santa Catarina, Brasil. *Parasitol Latinoam.* 2005;60(1-2):78-81.
- (7) Rodríguez A, Pozo E, Fernández R, Amo J, Nozal T. Unicnarias como causa de anemia ferropénica en población penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penite.* 2013;15(2):63-65.
- (8) Savioli L, Albonico M, Engels D, Montresor A. Progress in the prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. *Parasitol Int.* 2004;53(2):103-113.
- (9) Moore SR, Lima AA, Conaway MR, Schorling JB, Soares AM, Guerrant RL. Early childhood diarrhoea and helminthiasis associate with long-term linear growth faltering. *Int J Epidemiol.* 2001;30(6):1457-1464.
- (10) Cox FEG. History of human parasitology. *Clin Microbiol Rev.* 2002;15(4):595-612.
- (11) Koski KG, Scott M. Gastrointestinal nematodes, nutrition and immunity: breaking the negative spiral. *Annu Rev Nutr.* 2001;21:297-321.
- (12) Carmona FJ. Malaria, desnutrición y parasitosis intestinal en los niños colombianos: interrelaciones. *Iatreia.* 2004;17(4):354-369.
- (13) Beard JL. Iron biology in immune function, muscle metabolism and neuronal functioning. *J Nutr.* 2001;131(Suppl 2):568-580.
- (14) Botero J, Zuluaga NA. Nemátodos intestinales de importancia médica en Colombia: ¿un problema resuelto? *Iatreia.* 2001;14(1):47-56.
- (15) Londoño Á, Mejía S, Gómez MJ. Prevalencia y factores de riesgo asociados al parasitismo intestinal en preescolares de zona urbana en Calarcá, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2009;11(1):72-81.
- (16) Álvarez CL. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2009;8(17):69-79.
- (17) Quiroz H. Parasitología y enfermedades parasitarias de los animales domésticos. 1ª ed. Balderas México D.F.:Editorial Limusa S.A.; 2005.
- (18) Hernández RS, Chaurra SM, Montoya GJ, Urrego AM, Ríos OL. Parasitosis intestinales y su relación con factores higiénicos y sanitarios en habitantes de las veredas Río Abajo, Los Pinos y Rionegro, Antioquia, 2008. *Rev Hecchos Microbiol.* 2010;1(1):17-25.
- (19) Menghi C, Iuvaro F, Dellacasa M, Gatta C. Investigación de parásitos intestinales en una comunidad aborigen de la provincia de Salta. *MEDICINA.* 2007;67(6):705-708.
- (20) Miranda AE, Olivieria R, Evangelista ML, Pena JL, Cunha RL, Machado CG. Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(4):681-690.
- (21) Cardona AJ, Bedoya UK. Frecuencia de parásitos intestinales y evaluación de métodos para su diagnóstico en una comunidad marginal de Medellín, Colombia. *Iatreia.* 2013;26(3):257-268.
- (22) Agudelo LS, Gómez RL, Coronado X, Orozco A, Valencia GC, Restrepo BL *et al.* Prevalencia de parasitosis

- intestinales y factores asociados en un corregimiento de la Costa Atlántica colombiana. *Rev Salud Pública*. 2008;10(4):633-642.
- (23) Sánchez BM, Miramontes ZM. Parasitosis intestinales en 14 comunidades rurales del altiplano de México. *Rev Mex Patol Clin*. 2011;58(1):16-25.
- (24) Blanco Y, Guerrero L, Herrera L, Amaya I, Devera R. Parásitos intestinales en inmigrantes de la República Popular China residentes en Ciudad Bolívar, Venezuela. *Parasitol Latinoam*. 2007;62(1-2):42-48.
- (25) Bastidas G, Rojas C, Martínez E, Loaiza L, Guzmán M, Hernández V *et al*. Prevalencia de parásitos intestinales en manipuladores de alimentos en una comunidad rural de Cojedes, Venezuela. *Acta Méd Costarric*. 2012;54(4):241-245.
- (26) Ministerio de Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia Indicadores básicos [documento en Internet]. Bogotá, Colombia; 2008 [acceso: 6 jun 2010]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores%20basicos%20en%20salud%202008.pdf>
- (27) Boccio J, Páez MC, Zubillaga M, Salgueiro J, Goldman C, Barrado D *et al*. Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro sobre la salud humana. *ALAN*. 2004;54(2):165-173.
- (28) Castillo NB, Iribar MM, Segura PR, Salvador AM. Prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil perteneciente al policlínico “4 de agosto” de Guantánamo. *MEDISAN*. 2002;6(1):46-52.
- (29) Nuñez F, González O, Bravo J, Escobedo A, González I. Parasitosis intestinales en niños ingresados en el Hospital Universitario Pediátrico del Cerro, la Habana, Cuba. *Rev Cubana Med Trop*. 2003;55(1):19-26.
- (30) Londoño AJ, Hernández A, Vergara SC, Matos MR. Parasitismo intestinal en hogares comunitarios. Municipio de Santo Tomás. Colombia, Atlántico. *Rev Dugandia Ciencias Básicas*. 2005;1(1):59-66.

Uso de contraceptivos por puérperas adolescentes

Use of birth control by teenage who have just given birth

Uso de anticoncepcionales por parturientas adolescentes

FERNANDA SCHULZ DA ROSA*

DIANA CECAGNO**

SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE***

SIMONÍ SARAIVA BORDIGNON****

MARILU CORREA SOARES*****

ANA CÂNDIDA LOPES CORRÊA*****

Resumo

Objetivo: Averiguar a utilização dos métodos contraceptivos pelas puérperas adolescentes a fim de relacionar o seu (des)uso com a gravidez na adolescência.

Método: Estudo transversal, descritivo, realizado por meio de instrumento estruturado com 181 puérperas adolescentes que tiveram seus partos no hospital participante da pesquisa. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2009.

Resultados: 64,1% das puérperas faziam uso de algum método contraceptivo antes de ficarem grávidas e os métodos mais utilizados foram anticoncepcional oral 51% e o preservativo masculino 29%. Para 75% das adolescentes a gravidez foi planejada e justificada pelo desejo e a vontade própria de vivenciar a maternidade.

Conclusão: Considerando que quase metade das adolescentes entrevistadas desejavam a gestação, aponta-se que pesquisar e discutir apenas o uso ou não dos métodos contraceptivos não é adequado. É necessário aprofundar as investigações acerca dos significados de ser mãe na adolescência.

Palavras-chave: Adolescente; Gravidez na Adolescência; Anticoncepção (Fonte: DeCS BIREME).

Abstract

Objective: To investigate about the use of birth control by teenagers who have just given birth, to relate their lack of use with teenage pregnancy.

Method: Transversal descriptive research, made by a structured instrument with 181 teenagers who had just given birth in the hospital that participated in the investigation. The data was collected since December 2008 to December 2009 period.

Results: 64,1% of the teenagers who had just given birth used some contraceptive method prior to their pregnancy; the most used methods were oral birth control pills (51%) and male preservative (29%). For the 75% of the teenagers their pregnancy was planned and justified by the desire and will of experimenting motherhood.

Conclusion: Considering that almost half of the interviewed teenagers wanted to get pregnant, it is deduced that investigation of only the use of contraceptives it is not appropriate. It is necessary to make deeper investigations about the meaning of being a mother during adolescence.

Key words: Adolescent; Pregnancy in Adolescence; Contraception (Source: DeCS BIREME).

* Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma, Pelotas. Brasil. E-mail: fer_nandarosa@hotmail.com

** Enfermeira. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, UFPel. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, FURG, Pelotas. Brasil. E-mail: cecagnod@yahoo.com.br

*** Enfermeira. Docente Adjunto II da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pelotas. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Pelotas. Brasil. E-mail: meinckesmk@gmail.com

**** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFPel, Bolsista, Pelotas. Brasil. E-mail: simoni_bordignon@yahoo.com.br

***** Enfermeira Obstetra. Docente Adjunto II da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pelotas. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP, Pelotas. Brasil. E-mail: nfmari@uol.com.br

***** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFPel, Pelotas. Brasil. E-mail: analopescorrea@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Indagar el uso de métodos contraceptivos por las puérperas adolescentes a fin de relacionar su (des)uso con el embarazo en la adolescencia.

Método: Estudio transversal, descriptivo, realizado por medio de un instrumento estructurado con 181 puérperas adolescentes que tuvieron sus partos en el hospital participante de la investigación. Los datos fueron recolectados en el período de diciembre de 2008 a diciembre de 2009.

Resultados: El 64,1% de las puérperas usaba algún método contraceptivo antes del embarazo; los métodos más utilizados fueron el anticoncepcional oral (51%) y el preservativo masculino (29%). Para el 75% de las adolescentes el embarazo fue planeado y justificado por el deseo y la voluntad propia de experimentar la maternidad.

Conclusión: Considerando que casi la mitad de las adolescentes entrevistadas deseaba el embarazo, se deduce que investigar y discutir apenas el uso o no de los métodos contraceptivos no es adecuado. Es necesario profundizar las investigaciones acerca de los significados de ser madre en la adolescencia.

Palabras clave: Adolescente; Embarazo en Adolescencia; Anticoncepción (Fuente: DeCS BIREME).

Introdução

A adolescência compreende o tempo entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e configura-se como o período em que se pode iniciar o contato com o mundo externo sem que se tenha que assumir claramente as responsabilidades da vida adulta (1). Esta ocasião pode ser considerada bastante conflituosa, pois, se por um lado não é exigido que os adolescentes assumam tais responsabilidades, por outro não, é permitido que se comportem como criança.

Mesmo que muitas mudanças tanto sociais quanto culturais tenham acontecido nas últimas décadas no que se refere à sexualidade, o início da vida sexual na adolescência e juventude ainda continua sendo tratado por muitos como uma atividade de risco, sendo frequentemente associado às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidezes imprevistas (2).

Dessa forma, o assunto sobre sexualidade sofre grandes influências externas, isto é, fora do ambiente familiar, evidenciando a relevância acerca da qualidade das informações que os profissionais de saúde, professores e comunidade oferecem aos adolescentes, que podem ser determinantes nas condutas e comportamentos futuros neste contexto (3).

A gravidez na adolescência é enfrentada como importante problema social (4, 5) e, de modo geral, é enfrentada com dificuldade, pois significa uma rápida passagem do papel de filha para mãe. Nessa transição abrupta do seu papel de filha, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa, ocasionando, muitas vezes, uma situação de (des)ajustamento social, familiar e escolar (6, 7).

Acredita-se que a maternidade adolescente ainda pode ser resultado da falta de qualidade das informações sobre as formas de preveni-la, pois, muitas vezes os jovens não dominam os conhecimentos claros e consistentes acerca de informações sobre sexo, métodos anticoncepcionais e DSTs. Embora ocorra uma pulverização de informações, muitas vezes, é repleta de conceitos equivocados, carregados de tabus, os quais não garantem a conscientização e a eficácia nas condutas de proteção promovendo um ciclo vicioso (8, 9, 10).

Assim, este estudo tem como objetivo averiguar a utilização dos métodos contraceptivos pelas puérperas adolescentes a fim de relacionar o seu (des)uso com a gravidez na adolescência.

Metodologia

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado a partir de um recorte da pesquisa multicêntrica *Redes Sociais de Apoio à Paternidade na Adolescência* (RAPAD) (11), desenvolvida nas instituições de ensino: Universidade Federal de Pelotas (UFPel-coordenação geral do projeto), Universidade Federal de Florianópolis (UFSC) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Os dados apresentados, neste artigo, referem-se aos coletados na UFPel.

A amostra foi constituída por 181 puérperas adolescentes, que tiveram seus partos realizados em uma unidade obstétrica de um hospital de ensino da cidade de Pelotas-RS, no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2009. Foram utilizados como critérios de inclusão: estar internada na maternidade; ser puérpera com idade inferior a vinte anos, realizar seu processo de parturição no hospital participante do estudo, no período da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: patologias maternas graves que interferissem na comunicação, óbito fetal e dificuldades de comunicação.

Todos os preceitos da Resolução 196/96 que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos foram observados e respeitados. O projeto da pesquisa RAPAD foi aprovado

pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (parecer nº 007/2008). Após as orientações/esclarecimentos acerca dos objetivos e metodologia da investigação, as puérperas adolescentes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. À adolescente com idade inferior a 18 anos foi também solicitada autorização dos pais ou responsáveis.

Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento estruturado, as variáveis que enfocavam os dados sociodemográficos referem-se à idade, cor, estado civil, escolaridade, trabalho, fontes de renda, renda mensal; e abordavam as características gineco-obstétricas com a história obstétrica e métodos contraceptivos —menarca, sexarca, a utilização ou não de método contraceptivo, o tipo, o porquê da escolha, quem indicou, o tempo de uso, se houve ou não planejamento da gravidez, número de gestações, partos e abortos pregressos.

A análise dos dados foi realizada por meio dos instrumentos no software *EPI-INFO 6.04* e apresentados em forma de tabela a fim de proporcionar melhor visualização e entendimento.

Resultados e Discussão

Caracterizando a população estudada, observou-se que a faixa etária das puérperas adolescentes entrevistadas predominou entre 17 a 19 anos 76,8%, seguidos da faixa de 12 aos 17 anos 21,5%. As adolescentes se auto-atribuíram de cor branca 60,8%, parda/mestiça 19,3%, preta 19,9%.

Em relação ao estado civil 76,8% classificaram-se como casadas ou mantinham união estável com o companheiro, 23,2% relataram estarem solteiras. Das 42 puérperas que relataram estarem solteiras no momento da entrevista, 30,9% estavam namorando o pai do seu filho, 45,3% não tinham nenhum vínculo com o pai de seu filho a não ser o da gravidez, 11,9% mantinham vínculo esporádico e 11,9% mantinham vínculo de amizade com o pai de seu filho. Desta forma, há a necessidade de elaborar intervenções por meio de programas comunitários com jovens casais grávidos, tendo em vista as inúmeras dificuldades que estes poderão enfrentar em função do início da vida conjugal e da parentalidade, somadas à vivência da adolescência, auxiliando nos enfrentamentos advindos destas situações (12).

Quanto à escolaridade, das 181 puérperas adolescentes participantes do estudo, 80,1% não frequentavam a escola. Destas, 5,2% haviam concluído o ensino

fundamental e relataram que almejavam continuar seus estudos no ano seguinte e 7,6% haviam concluído o ensino médio.

O baixo nível escolar e o fato de mais da metade não estar estudando, torna-se preocupante visto que a maioria das adolescentes concentrava-se na faixa etária dos 17 a os 19 anos, período no qual ocorre a conclusão dos estudos. Desta forma, os baixos níveis de escolaridade e socioeconômicos apresentados pela maioria das puérperas adolescentes, influenciam na obtenção de ações preventivas de saúde, tornando a adolescente mais vulnerável (6).

Os dados do presente estudo mostram que 36,4% das puérperas adolescentes abandonaram as escolas motivadas pela gestação, 23,5% referiram o abandono por vontade própria e 4,8% devido à mudança de cidade que dificultou a adaptação à nova escola e nenhuma relatou ser incentivada pela família a permanecer estudando. Acredita-se na importância da educação como fator de inclusão social, que se torna mais relevante quando relacionamos gravidez na adolescência e evasão escolar (13, 14).

No que diz respeito ao perfil socioeconômico da população estudada, observou-se que 95% das entrevistadas não exerciam nenhuma atividade remunerada. A principal fonte de renda das puérperas adolescentes provinha do cônjuge/companheiro/namorado em um total de 55,8%, seguida pela renda da família com 33,7%, pensão 6,01%, emprego 1,7% e 2,7% entre outros como benefício social.

Desta maneira, pode-se perceber que as adolescentes pouco contribuem, ou não contribuem com a renda familiar, sendo dependentes da família ou do parceiro, assim, ser mãe na adolescência mostra-se uma causa da dificuldade de melhorar a renda familiar. Conhecer a origem da renda familiar facilita o conhecimento das condições do contexto econômico e cultural que determinam desde os significados como a aceitação, por parte das famílias e gestantes adolescentes (15).

A maternidade na adolescência agrava sobremaneira a dependência familiar, em todos os sentidos, desde o apoio financeiro ao afetivo, no intuito de auxiliar na superação dos obstáculos e desafios referentes à carreira escolar, profissional e de convivência com o parceiro (16).

Características gineco-obstétricas

O perfil gineco-obstétrico das puérperas deste estudo reafirma que além da menarca estar sendo antecipado, o início da atividade sexual (sexarca) também está

ocorrendo de forma precoce, isto é, em torno dos 15 anos de idade, igualando-se assim aos resultados apontados em outras investigações (13, 17) e não diferindo da média nacional. Estudos mostram que a diminuição da idade da menarca pode estar associada às mudanças no contexto ambiental, a fatores genéticos e a variáveis como etnia, nível socioeconômico e condição nutricional (18, 19).

Em relação ao número de gestações, 145 das puérperas adolescentes eram primigestas, 23 secundigestas, 11 tercigestas e 2 eram quartigestas. Ainda, 12 puérperas relataram episódio de aborto pregresso, destes 10 foram referidos como espontâneos. Torna-se relevante destacar que no período da pesquisa ocorreram 834 partos no hospital pesquisado sendo que destes 181 eram de adolescentes, representando um porcentual de 21,7% dos partos.

No que se refere à utilização de métodos contraceptivos, 64,1% utilizavam algum método antes de ficarem grávidas e 35,9% não utilizavam nenhum método. Entre os motivos citados para o não uso dos métodos contraceptivos pelas puérperas adolescentes, 31,9% estavam relacionados com a falta de informação/descuido.

Um dado interessante advindo da presente pesquisa é que, apesar da maioria das puérperas adolescentes estar utilizando algum método contraceptivo, estas acabaram por engravidar. A literatura pesquisada aponta que o uso correto e frequente da contracepção não tem, necessariamente, uma relação direta com o conhecimento das adolescentes sobre os métodos (5, 20).

Nota-se, portanto, que existe uma lacuna entre o conhecimento e o uso regular e efetivo dos métodos contraceptivos por parte das adolescentes. Torna-se fundamental considerar a atividade sexual e a vontade de ter filhos

que essas adolescentes veem como normal e como partes da vida às quais têm direito (21). O que poderia caracterizar uma fala diferente da realidade quando questionadas acerca do uso de métodos anticoncepcionais, o que suscita uma discussão sobre o real desconhecimento dos métodos e do desejo de se tornar mãe.

As puérperas adolescentes que relataram não fazerem uso de qualquer método contraceptivo justificaram pela falta de conhecimento/descuido. Dessa maneira, os autores (6) assinalam que quanto mais precoce ocorrer à iniciação sexual na adolescência, maiores serão as chances de gestação neste período, devido ao não uso dos métodos contraceptivos, seja pelo não poder de compra, ou por acreditar em um mundo mágico, no qual nada acontece com elas, ou receio na busca pelo serviço de saúde bem como pelo desconhecimento de práticas preventivas.

Ao serem questionadas sobre o método utilizado e a frequência, a Tabela 1 mostra que os contraceptivos mais citados foram a pílula com $n = 51$ e o preservativo masculino $n = 29$, das puérperas adolescentes. Com base nestes dados destaca-se o descuido das adolescentes, no que diz respeito à prevenção das DSTs, já que menos da metade relatou utilizar o preservativo como forma de prevenção.

Algumas questões quanto à utilização dos métodos contraceptivos foram relacionadas ao contexto do relacionamento, a descontinuidade do uso do método (pílula) por parte da adolescente diante de conflitos provocados pela interrupção temporária do namoro, além da imprevisibilidade dos encontros casuais (2). A relação com a família, medo ou vergonha de revelar o início da vida sexual, sua exposição na família, também foram questões apontadas pelas adolescentes sendo que a falta de diálogo acaba por dificultar a gestão da contracepção.

Tabela 1. Métodos contraceptivos: utilização e frequência ($n = 116$)

Método	Frequência	Não utiliza	Sempre utiliza	Às vezes utiliza
Coito interrompido		106	01	09
Preservativo masculino		47	29	40
Pílula		38	51	27
Tabelinha		112	01	03

Fonte: RAPAD. Pelotas, RS, 2008/2009.

Em contra partida, as adolescentes simplesmente não acreditam na existência do risco de gravidez e doenças desde as primeiras relações, considerando-se indestrutíveis e inatingíveis em seu pensamento mágico (8).

Já a Tabela 2. mostra a indicação na utilização dos métodos contraceptivos, o que mais se destacou foi por familiar, referida por 45,7% das puérperas adolescentes e por profissionais enfermeiros foi evidenciado apenas 1,7%.

Tabela 2. Indicação dos métodos contraceptivos ($n = 116$)

Indicação	<i>n</i>	%
Médico	38	32,8
Enfermeiro	02	1,7
Familiar	53	45,7
Amigo	14	12,1
Outros	09	7,7
TOTAL	116	100

Fonte: RAPAD. Pelotas, RS, 2008/2009.

Das adolescentes que referiram outros, 1,7% citou a escola como fonte de informação para a escolha do método contraceptivo. Cabe ressaltar que segundo alguns autores (3, 22), a escolaridade das mães das adolescentes também interfere nessa escolha e na busca por serviços de saúde, pois a educação sexual e reprodutiva é, em parte, dependente da educação familiar.

Desta forma, a orientação sexual constitui grande desafio, com foco na participação da família, da escola, dos profissionais da saúde e da sociedade em geral, no processo de educação, considerando o número crescente de adolescentes iniciando sua vida sexual e as consequências atreladas à atividade sexual desprotegida (23).

Conforme a Tabela 3., a investigação de (24) sobre os motivos que levaram das puérperas adolescentes a planejarem gravidez com dados da pesquisa RAPAD, apontou que 40,3 % das puérperas adolescentes planejaram a gravidez. Os motivos referidos estavam relacionados ao desejo e a vontade própria de vivenciar a maternidade precocemente em 75,34% das adolescentes, seguidamente pela vontade do casal 17,8%. Pesquisa realizada por (6) apresentou dados semelhantes, no qual 44,9% das adolescentes referiram como motivo da gestação o desejo de ser mãe.

Tabela 3. Motivos para planejar a gravidez ($n = 73$)

Motivos	<i>n</i>	%
Desejo Próprio	55	75,34
Desejo do casal	13	17,80
Desejo do Marido	02	2,73
Desejo da Família	02	2,73
Outro	01	1,36
TOTAL	73	100

Fonte: RAPAD. Pelotas, RS, 2008/2009.

A adolescente que vive em um meio social carente de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios, poderá observar na gravidez uma expectativa de futuro, ou até mesmo única, e com isto, acaba vulnerabilizada (6).

Ao considerar que quase metades das adolescentes entrevistadas desejavam a gestação, não se deve inferir que gravidez na adolescência torna-se necessariamente um transtorno na vida destas adolescentes, já que cada uma apresenta expectativas diferenciadas quanto ao seu futuro.

As adolescentes, muitas vezes, planejam sua gravidez que pode ser referida como parte do projeto de vida, a possibilidade de ingresso feminino no mundo adulto e assim galgar um novo status social para a família além de provavelmente representar para essas jovens efetividade de sua identidade feminina, bem como uma via de acesso à feminilidade e, a união a um parceiro estável poderia representar independência da família de origem (25, 26).

Contudo, a análise do fenômeno da gravidez na adolescência não pode se resumir aos impactos negativos quanto às perspectivas de vida, uma vez que depende do ângulo sob o qual se analisa a questão. Assim, pensar a gravidez na adolescência como algo não desejado ou fora do esperado corresponde a uma perspectiva normativa da adolescência que exclui a maternidade precoce como uma alternativa de vida (27).

Conclusão

É possível perceber que a tendência de queda da idade da menarca aliada à antecipação da idade da sexarca e práticas contraceptivas errôneas estão associadas à gestação na adolescência. Por tanto, embora as adolescentes estejam cientes da necessidade de utilizar os métodos contraceptivos,

ainda continuam mantendo relações sexuais desprotegidas estando cada vez mais expostas a riscos.

Logo, no cenário da anticoncepção na adolescência destaca-se a necessidade dos profissionais da saúde e da educação estarem preparados e engajados para realizarem uma abordagem eficaz deste tema junto aos adolescentes e incluindo a participação da família nesse processo de educação.

É preciso ir além, entrar no mundo dos adolescentes para ao lado deles construir de forma ativa o conhecimento sobre educação sexual, buscando entender as particularidades da gravidez na adolescência e o seu contexto perante a sociedade, para que estes possam desfrutar desta fase da vida de maneira saudável.

A gestação na adolescência não é um fato novo, visto os elevados índices apresentados nas últimas décadas. Considerando que quase metade das adolescentes entrevistadas desejavam a gestação, não se mostra adequado pesquisar e discutir somente o uso ou não dos métodos contraceptivos, e sim o significado de ser mãe na adolescência, já que cada uma apresenta expectativas diferenciadas quanto a essa temática e ao seu futuro.

Dentro desta perspectiva, espera-se que os achados deste estudo possam servir de subsídio para a formulação de ações de educação sexual e saúde do adolescente, proporcionando adequação na abordagem e no atendimento no que se refere à utilização de contraceptivos. É salutar que os profissionais de saúde conheçam novas abordagens dentro desta perspectiva de transformações e incertezas que vivem os adolescentes e que envolvem também sua família e a comunidade.

Referências

- (1) Pereira JL. Sexualidade na adolescência no novo milênio-Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-reitoria de Extensão; 2007. 88 p.
- (2) Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. Ciênc Saúde Coletiva [revista em Internet]. 2009;14(4):1063-1071 [acesso: 09 jun 2012]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400013>
- (3) Holanda ML, Frota MA, Machado MFAS, Vieira NFC. O papel do professor na educação sexual de adolescentes. Cogitare Enferm. 2010;15(4):702-708.
- (4) Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo-Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(1):177-186.
- (5) Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(4):800-806.
- (6) Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Rev Bras Enferm. 2007 jun;60(3):279-285.
- (7) Magalhães MTM, Sousa VD, Oliveira QMV, Bessa JMS. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2008; 42(2):312-320 [acesso: 09 jun 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>
- (8) Romero KT, Medeiros EHGR, Vitale MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(1):14-19.
- (9) Moura LNB, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Oliveira DC. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. Acta Paul Enferm. 2011;24(3): 320-326.
- (10) Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. Cad Saúde Pública. 2009; 25(3):645-654.
- (11) Konzgen MS, Corra SM, Schwartz E, Vestena ZJ, Nunes BM, Correa MR *et al.* Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência: um estudo multicêntrico. Rev Enferm Saúde Pelotas. 2011;1(1):33-38.
- (12) Levandowski DC, Piccinini CA, Lopes RCS. Individualidade e conjugalidade na relação de casal de adolescentes. Psicol Estud. 2009 out-dez;14(4):679-687.
- (13) Peretto M, Lopes MJM, Soares JSF, Swarowsky GE. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. Rev Eletr Enf. 2011 out-dez;13(4):721-729.
- (14) Silveira PM, Moreira HA, Correa SM, Konzgen MS, Nunes BM, Machado FA *et al.* Jovens mães e abandono escolar: uma revisão sistematizada. Rev Enferm UFPE [revista em Internet]. 2011 [acesso: 09 jun 2012];5(6):[aprox. 6 p.]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revista-enfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1558/pdf_593

- (15) Veloz MC. Salud familiar en familias con adolescente gestante. *Av Enferm.* 2012;30(1):75-81.
- (16) Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006 jul;22(7):1421-1430.
- (17) Berlofi LM, Alkimin ELC, Berbieri M, Guazzeli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):196-200.
- (18) Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(Suppl 1):45-53.
- (19) Carvalho WRG, Farias ES, Guerra-Júnior G. A idade da menarca está diminuindo? *Rev Paul Pediatría.* 2007;25(1):76-81.
- (20) Paniz VMV, Fassa ACG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005 nov-dez; 21(6):1747-1760.
- (21) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [norma na Internet]. 2010 [acesso: 09 jun 2012]. 132 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
- (22) Ferreira BAM, Riva KD, Guimarães FJM, Fachel LA. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(7):1385-1396.
- (23) Carmo R, Van der Sand ICP. O discurso dos adolescentes sobre vida sexual na adolescência. *Rev Eletr Enf.* 2007 mai-ago;9(2):417-431.
- (24) Monteiro RFC. Maternidade na adolescência: motivos para planejá-la. Trabalho acadêmico de conclusão de curso, Faculdade de Enfermagem [trabalho de conclusão de curso]. Pelotas: UFPEL, Brasil, 2010.
- (25) Dadoorian D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicol Cienc Prof.* 2003 mar; 23(1):84-91.
- (26) Gonçalves H, Béhague D, Gigante D, Minten G, Horta B, Victoria C *et al.* Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):34-41.
- (27) García DAM, Pereira TMA. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia.* 2010;20(45):123-131.

Estudio observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica

Observational study of clinical validation of the nursing diagnosis of sexual dysfunction in patients with chronic heart failure

Estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica

VANESSA ALVES DA SILVA*

ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI**

ROSANA OLIVEIRA DE SOUZA***

WOLNEY DE ANDRADE MARTINS****

JOEL MAURÍCIO CORRÊA DA ROSA*****

Resumen

Objetivos: Verificar el estado funcional, el estado civil, la religión, la edad y el sexo de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable con diagnóstico de enfermería de disfunción sexual y verificar las características definidoras de mayor predominio, menor predominio e irrelevantes de este diagnóstico.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y cuantitativo. Se utilizó el modelo práctico de validación clínica del diagnóstico en 30 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable en acompañamiento ambulatorial que presentaron diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en el Hospital Universitario Antonio Pedro en el periodo septiembre-noviembre de 2011.

Resultados: De las 20 características definidoras validadas, se observó que 8 fueron clasificadas como de mayor predominio, 9, de menor predominio y 3, irrelevantes. Las características definidoras de mayor predominio tenían relación con el

esfuerzo físico y la presentación de disfunción sexual con la enfermedad y el tratamiento; las clasificadas como de menor predominio tenían relación con presencia, ausencia o alteraciones en la excitación, en la satisfacción y en el interés por otras personas. El cansancio, el dolor y el miedo relacionado al esfuerzo físico también fueron referidos por los pacientes de este grupo; las clasificadas como irrelevantes tenían relación al amor propio y a la relación con el cónyuge.

Conclusión: Este estudio comprobó que las características definidoras presentadas en NANDA-I son válidas para diagnosticar pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable en acompañamiento ambulatorial, dado que éstas se presentan en un ambiente clínico real.

Palabras clave: Sexualidad; Diagnóstico de Enfermería; Insuficiencia Cardíaca (Fuente: DeCS BIREME).

* Enfermera, Universidad Federal Fluminense, Curso de Enfermería y Licenciatura. Maestranda en Ciencias Cardiovasculares, Universidad Federal Fluminense, RJ, Brasil. E-mail: va.alves@yahoo.com.br

** Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Administración, Universidad Federal Fluminense, RJ, Brasil. E-mail: ana_carlade@yahoo.com.br.

*** Enfermera, Magíster del Programa Profesional en Enfermería Asistencial de la Universidad Federal Fluminense, RJ, Brasil. E-mail: rosana_enf@yahoo.com.br

**** Doctor en Ciencias de la Universidad de Sao Paulo. Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal Fluminense, RJ, Brasil. E-mail: wolney_martins@hotmail.com

***** Doctor en Métodos de Apoyo a Decisión, Profesor del Departamento de Estadística del Instituto de Matemáticas y Estadística de la Universidad Federal Fluminense, RJ, Brasil. E-mail: joel@est.uff.br

Abstract

Objectives: To verify the functional state, the civil state, religion, age and sex of patients with chronic stable cardiac insufficiency with nursing diagnosis of sexual dysfunction and to verify the definitive characteristics, the most common ones, the less common and the ones that are irrelevant to this diagnostic.

Methods: Descriptive study, observational and quantitative. The practical model of clinical validation of the diagnosis in 30 patients with stable chronic cardiac insufficiency in ambulatory accompaniment that presented a nursery diagnostic of sexual dysfunction in the Hospital Universitario Antonio Pedro on september-november of 2011 period.

Results: From the 20 definitive characteristics validated, 8 were classified as more dominant, 9 as less dominant and 3 as irrelevant. The most dominant definitive characteristics were related to physical effort and the presentation of sexual disfunction with the disease and the treatment; the less dominant were related to presence, absence or alteration of arousal, satisfaction and interest in the other person. Tiredness, pain and fear related to the physical effort were also referred by the patients of this group; the irrelevant characteristics were related to self-esteem and the relation with the partner.

Conclusion: This study proved that the definitive characteristics presented in the NANDA-I are valid to diagnose patients with stable chronic insufficiency in ambulatory accompaniment, since these are presented in a real clinical environment.

Key words: Sexuality; Nursing Diagnosis; Heart Failure (Source: DeCS BIREME).

Resumo

Objetivos: Verificar o estado funcional, estado civil, religião, idade e sexo de pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável, com diagnóstico de enfermagem disfunção sexual e verificar as características definidoras de maior prevalência, menor prevalência e irrelevantes deste diagnóstico.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, observacional com abordagem quantitativa. Foi utilizado o modelo prático de validação clínica de diagnóstico em 30 pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual.

Resultados: Das 20 características definidoras validadas, observou-se que 8 foram classificadas como de maior prevalência, 9 foram consideradas de menor prevalência e 3 foram consideradas irrelevantes. As características definidoras de maior prevalência relacionavam-se ao esforço físico e ao aparecimento da disfunção sexual com a doença e tratamento; as classificadas como de menor prevalência relacionavam-se a presença, ausência e/ou alteração na excitação, na satisfação e no interesse por outras pessoas; o cansaço, a dor e o medo relacionado ao esforço físico também foram referidos pelos pacientes deste

grupo; e as classificadas como irrelevantes relacionavam-se a auto-estima e o relacionamento com o parceiro.

Conclusão: Este estudo comprovou que as características definidoras apresentadas na NANDA-I são válidas para diagnosticar pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial, visto que estas se apresentam em ambiente clínico real.

Palavras-chave: Sexualidade; Diagnóstico de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es considerada como uno de los más importantes desafíos clínicos actuales en el área de la salud. Por su gran predominio, es un problema de salud pública en Brasil y en el mundo. A pesar de la falta de estudios epidemiológicos que señalen su incidencia, se cree, a partir de estudios internacionales, que hasta 6,5 millones de brasileños sufren de esta enfermedad (1). Se estima además que la IC es un síndrome clínico de fenómenos complejos y curso progresivo, resultado común de cualquier enfermedad cardíaca, estructural o funcional que disminuye la capacidad de llenado o eyección del ventrículo izquierdo, cuya ocurrencia se debe a la disminución de la capacidad de contracción miocárdica o por una carga excesiva de presión o volumen impuesta al corazón (2).

Las clínicas de Insuficiencia Cardíaca tienen como finalidad incrementar la adhesión al tratamiento, disminuyendo las descompensaciones y las hospitalizaciones. La consulta de enfermería al paciente con IC crónica hace parte de la atención objetiva en estas clínicas para comprender el paciente como un todo. Para tal fin, es preciso que promuevan la asistencia sistematizada para el logro del bienestar a través de la participación activa del paciente en la elección de las intervenciones que lleven a mejores resultados frente a la necesidad de adaptación al síndrome y a su tratamiento.

Estudios han señalado que pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en acompañamiento ambulatorial presentan mayor predominio de los siguientes diagnósticos de enfermería: ansiedad, intolerancia a la actividad, fatiga, disfunción sexual, conocimiento deficiente y tristeza crónica. También se ha comprobado la asociación entre la presencia del diagnóstico de disfunción sexual y un menor nivel de calidad de vida ($p = 0,001$) (3).

De esta forma, este estudio tiene el propósito de validar clínicamente el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica

atendidos en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Universitario Antonio Pedro de la Universidad Federal Fluminense, HUAP/UFF. Cabe aclarar que la validación del diagnóstico de enfermería es el proceso de verificar si las características definidoras descritas para una determinada categoría diagnóstica realmente ocurren en situaciones clínicas reales, de modo que se confirme o refute su aceptación como indicadores válidos para la categoría diagnóstica (4).

Método

Estudio descriptivo, observacional, con abordaje cuantitativo, realizado en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica que presentaron el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Universitario Antonio Pedro, en la ciudad de Niterói/RJ (Brasil).

Conforme a la Resolución 196/96, que regula la investigación con seres humanos, el estudio fue presentado para su aprobación al Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Antonio Pedro/UFF, con número de aprobación CEP HUAP n° 119/11-CAAE n° 0125.0.258.000-11. Los pacientes incluidos en la investigación aceptaron su participación con su firma en el término del consentimiento informado.

Para la recolección de datos, fue realizada una entrevista a través de una guía de evaluación de las características definidoras del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual con sus definiciones operativas, cuyo objetivo fue identificar la presencia o ausencia de cada una de las características.

Para la definición de cada característica definidora, fue realizada una búsqueda en las bases de datos de la *Medial Literature Analysis and Retrieval Sistem Online* (MEDLINE) para encontrar las definiciones. Se usó el descriptor *sexualidad/sexuality/secualidade*. Fueron encontrados cuatro artículos de revisión sistemática y de reflexión y una tesis de doctorado que posibilitaron la definición para cada característica.

En el instrumento elaborado para la recolección de datos, fueron descritas trece características definidoras presentes en la taxonomía de *NANDA International* (NANDA-I) y añadidas siete más con el objetivo de complementar las ya existentes. Las características definidoras fueron evaluadas y puntuadas del 1 al 5, donde el 1 corresponde la menor puntuación (*muy poco*) y el 5 corresponde al nivel más elevado (*bastante*). Este instrumento fue sometido a un proceso de refinamiento con el fin de evaluar su claridad,

objetividad y alcance en relación con las características definidoras del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual. El proceso de refinamiento fue hecho a partir de la evaluación cualitativa de dos enfermeras especialistas en Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) y Enfermería Cardiovascular, habiendo hecho previamente un estudio tipo test en diez pacientes con IC.

La recolección de datos fue realizada en el periodo septiembre-noviembre de 2011. Primero, de manera aleatoria se hizo una consulta de enfermería con los pacientes atendidos en la clínica. Después de identificado el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual, los enfermeros hacían una evaluación de las características definidoras a través del instrumento descrito anteriormente.

Las consultas de enfermería ocurrieron los lunes, siendo atendidos aproximadamente 16 pacientes por semana. En el periodo septiembre-noviembre —periodo de la recolección de datos— fueron atendidos durante la consulta de enfermería 110 pacientes. De éstos, 30 presentaron el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual.

A continuación se sintetizan los pasos seguidos para la realización de este estudio (5):

1. Fueron identificados durante la consulta de enfermería los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica que presentaron el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual. En ésta, fue verificada la presencia del diagnóstico de enfermería en los sujetos del estudio, utilizándose la interrogación directa al paciente: *¿Usted cree que su sexualidad está mal?* La interrogación directa al paciente se justifica por no haber en Brasil cuestionarios validados para la identificación de este diagnóstico en pacientes con IC. Como la sexualidad envuelve experiencias personales, la opinión del paciente fue el criterio elegido para la identificación del diagnóstico. Además, el diagnóstico en el estudio presenta indicadores que describen manifestaciones subjetivas. Por lo tanto, la respuesta positiva del paciente a la pregunta fue el factor determinante de su inclusión en el estudio.
2. Luego de la identificación del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual, el paciente fue entrevistado junto al investigador con un instrumento que contiene las características definidoras de disfunción sexual descritas en NANDA-I añadidas a la definición para facilitar la interpretación del paciente. Vale la pena resaltar que fueron incluidas en el instrumento las características definidoras que no estaban presentadas en la taxonomía de NANDA con la intención de verificar nuevas evidencias clínicas en este grupo de pacientes.

Éstas fueron identificadas en estudios específicos para pacientes con insuficiencia cardíaca, así: alteración en la frecuencia de la actividad sexual, dificultad de mantener erección/excitación sexual, dificultad de mantenerse en posiciones sexuales antes utilizadas, alteración en la relación interpersonal con el cónyuge, miedo a los síntomas asociados al esfuerzo físico, cansancio durante la actividad sexual y dolor durante la actividad sexual (6).

Análisis de los datos

Fue realizado un análisis de los datos recolectados siguiendo las siguientes etapas (5):

1. Inicialmente, fue obtenida una puntuación para cada característica definidora; la puntuación se dio en la entrevista realizada con el paciente, en la cual él mismo se clasificó entre el 1 y el 5, de acuerdo con el cuestionario que contiene las características definidoras separadas del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual. El paciente eligió la puntuación de acuerdo a cuánto la característica interfería en su vida.
2. La puntuación de cada característica definidora se dio del 1 al 5, a través de la *Escala de Likert*. Primero se verificó cuántas veces la misma respuesta se dio en cada característica definidora. Enseguida, se hizo la multiplicación de las frecuencias con sus respectivos pesos: 1 (no característico) = 0; 2 (poco característico) = 25; 3 (de algún modo característico) = 50; 4 (muy característico) = 75; 5 (altamente característico) = 100. La suma de los productos de estas multiplicaciones fue dividida por el número de sujetos, obteniéndose la media ponderada para cada una de las características definidoras.
3. Acto seguido, se determinó que las características definidoras que obtuvieron puntuación menor de 50 fueran descartadas o consideradas irrelevantes, pues no eran pertinentes para el concepto del diagnóstico de disfunción sexual. Las que obtuvieron puntuación

entre 50 y 75 fueron consideradas de menor predominio y las que obtuvieron puntuación mayor de 75 fueron consideradas de mayor predominio.

4. Después, fue calculada la puntuación total para DCV de la categoría diagnóstica. La puntuación DCV total para cada categoría fue obtenida con la suma de la puntuación de cada característica definidora y calculando la media de los resultados. La relación entre el nivel real de la clasificación ponderada fue la siguiente:

Evaluación	Relación ponderada
5	100
4	75
3	50
2	25
1	0

Fuente: Datos de la investigación.

Los datos fueron almacenados en un banco de datos en hoja de *Excel* y ayuda del programa de estadística *SPSS 1.6*. Los formularios de validación por pacientes fueron analizados para la obtención de la puntuación final a través de frecuencia simple.

Resultados

Características sociodemográficas de pacientes con IC con disfunción sexual

La caracterización de este estudio se realizó a través del levantamiento de la prevalencia entre las variables: sexo, estado funcional, religión, estado civil y edad de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en acompañamiento ambulatorio con el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de la muestra de acuerdo con las variables. Niterói, 2011

Características definidoras	n	%
Sexo		
Masculino	19	63
Femenino	11	37
Estado funcional		
Trabajando	6	20
Jubilado	10	33
Licenciado	12	40
Sin renta	2	7
Religión		
Católico	15	50
Evangélico	9	30
Espiritismo	1	4
Sin religión	5	16
Estado civil		
Casado	26	86
Divorciado	2	7
Soltero	2	7
Edad		
30 a 49 años	8	26
50 a 69 años	21	70
70 en adelante	1	4
Total	30	100

Fuente: Datos de la investigación.

Características definidoras del diagnóstico de disfunción sexual en pacientes con IC

De las 20 características definidoras validadas en los pacientes con IC crónica en acompañamiento ambulatorial, se observó que 8 fueron clasificadas como de mayor predominio, 9, de menor predominio y 3, irrelevantes. En la Tabla 2, se encuentra la distribución de las características definidoras de acuerdo con la puntuación recibida.

Discusión

Pocos estudios se dedicaron a medir y a describir la interferencia de la disfunción sexual en la vida de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en tratamiento ambulatorial, evaluando sus consecuencias psicofisiológicas (7). Ante la subjetividad de este diagnóstico, se vuelve a veces difícil para el paciente expresarse con el profesional de la salud sobre los aspectos referentes a su sexualidad.

Aunque varias normas internacionales recomiendan que los prestadores de cuidados de salud discutan temas asociados a la función sexual con sus pacientes, esta práctica aún parece difícil de ser implementada en la cotidianidad de los enfermeros y otros profesionales de la salud, quienes no evalúan periódicamente los problemas sexuales en los pacientes cardíacos (8).

Los propios pacientes también pueden experimentar obstáculos que les impidan autocuestionarse sobre estos aspectos, como es el imaginario de que los profesionales de salud no comprenderían los problemas vivenciados. Muchas veces el paciente se siente tímido para iniciar preguntas o inquietudes sobre la sexualidad (8).

Hay estudios que discuten sobre la sexualidad de los pacientes con problemas cardíacos, pero sólo en pacientes con enfermedad aguda o en casos avanzados de insuficiencia cardíaca, como los pacientes en fila de transplante (8, 9).

Tabla 2. Distribución de las características definidoras del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual ($n = 30$). Niterói, 2011

Características definidoras	Puntuación	Mediana	Desviación Estándar
Características definidoras de mayor predominio			
Limitaciones percibidas impuestas por la terapia	95,0	4,80	0,66
Limitaciones reales impuestas por la enfermedad	91,6	4,70	0,95
Limitaciones reales impuestas por la terapia	90,3	4,67	0,71
Alteraciones en la frecuencia de la actividad sexual*	90,0	4,60	1,00
Verbalización del problema	89,1	4,57	1,17
Dificultad de mantenerse en posiciones sexuales antes utilizadas	85,0	4,40	1,16
Alteraciones en lograr el papel sexual percibido	77,5	4,10	1,35
Limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad	77,5	4,10	1,40
Características definidoras de menor predominio			
Dificultad de mantener erección/excitación sexual*	75,0	4,00	1,60
Alteraciones en el logro de la satisfacción sexual	72,5	3,90	1,37
Incapacidad de lograr la satisfacción deseada	65,8	3,63	1,54
Cansancio durante la actividad sexual*	63,3	3,53	1,57
Dolor durante la actividad sexual*	63,3	3,53	1,66
Alteraciones percibidas en la excitación sexual	60,0	3,40	1,50
Pérdida del interés por otras personas	56,5	3,27	1,66
Miedo a los síntomas asociados al esfuerzo físico*	54,1	3,17	1,70
Déficit percibido del deseo sexual	50,8	3,03	1,79
Características definidoras irrelevantes			
Búsqueda de confirmación de la calidad de ser deseable	48,3	2,93	1,39
Alteración la relación interpersonal con el cónyuge*	32,5	2,30	1,56
Pérdida de interés por sí mismo	25,8	2,03	1,47

Fuente: Datos de la investigación.

*Características definidoras que fueron encontradas en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en acompañamiento ambulatorial que presentaron el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual. Sin embargo, son características que NO están presentes en la Taxonomía NANDA-I.

La sexualidad es un tema importante en la calidad de vida que ha sido estudiado en pacientes después de sufrir infarto del miocardio, después de cirugía de revascularización o trasplante cardíaco, así como en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada antes del trasplante (9).

En un estudio realizado en el Department of Internal Medicine, Division of Cardiology en Texas, con una muestra de 62 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, el 75% reportó una disminución acentuada tanto en el interés sexual como en la frecuencia de las relaciones sexuales causadas por la enfermedad. Además, el 25% de los pacientes había parado toda la actividad sexual. La insatisfacción con el funcionamiento sexual fue una queja común en este estudio (10).

De las 20 características definidoras testeadas en este estudio, las que fueron clasificadas como las de mayor predominio (puntuación mayor de 75) fueron las relacionadas con el esfuerzo físico y el surgimiento de la disfunción sexual en la enfermedad y en el tratamiento. Además, este estudio mostró que los pacientes durante la consulta verbalizaron el problema, resaltando que la disfunción sexual se dio después del apareamiento de la enfermedad y el seguimiento de la terapéutica medicamentosa. Afirmaron también que no lograron tener excitación sexual como antes de la enfermedad, además de no conseguir mantener la frecuencia sexual ni utilizar posiciones deseadas antes del apareamiento de los síntomas.

La característica definidora que obtuvo la mayor puntuación fue *Limitaciones percibidas impuestas por la terapia* (puntuación de 95), la cual fue definida en este estudio como surgimiento de disfunción sexual después del inicio del tratamiento con medicinas. Se observó que la disfunción sexual no existía antes del diagnóstico médico de insuficiencia cardíaca, ya que en la historia clínica muchos pacientes aparecían con otras comorbilidades y venían utilizando medicamentos, pero al iniciar el tratamiento de IC se identificaron limitaciones para mantener la actividad sexual.

Un estudio internacional confirma este dato al resaltar que pacientes con IC comenzaron a tener problemas sexuales significativos después de la manifestación de la enfermedad y de la terapia con medicinas (9). Sin embargo, frente al cuadro clínico del paciente y a la polifarmacia a que se somete —no sólo por la IC, sino también por las comorbilidades—, fue muy difícil verificar la causa del problema.

Los resultados del estudio anterior confirman la importancia de realizar una evaluación clínica multiprofesional rigurosa del paciente con IC crónica, con la intención de verificar las limitaciones impuestas por la enfermedad y la terapéutica e identificar las respuestas del paciente de manera holística, determinando los aspectos sociales, emocionales, espirituales y relacionales que están siendo afectados. Además, se destacó el importante papel del enfermero y de otros profesionales de la salud en disminuir los efectos secundarios de la polifarmacia y disminuir los factores que pudieran perjudicar la calidad de vida y ocasionar el desinterés por la terapéutica, de forma que se mitigara la adhesión.

Las características definidoras que obtuvieron la puntuación entre 50 y 75, clasificadas como las de menor predominio, fueron relacionadas con la presencia, ausencia o alteración en la excitación, en la satisfacción y en el interés por otras personas. El cansancio, el dolor y el miedo relacionado al esfuerzo físico —miedo de morir, de infartar— también fueron referidos por los pacientes del presente estudio.

Se sabe que la razón más importante de la disfunción sexual es el miedo que los pacientes tienen de ocasionar un infarto agudo del miocardio, episodios recurrentes de infartos y la aparición de estrés y ansiedad en el acto sexual (9).

La característica definidora que obtuvo mayor puntuación en el grupo de las de menor predominio fue *Dificultad de mantener erección/excitación sexual*, con 75. Esta

característica no se encuentra en la Taxonomía de NANDA-I, lo que revela la necesidad de elaborar estudios que complementen las características definidoras que la NANDA-I propone a partir de evidencias clínicas en ambientes reales.

La fisiopatología de la insuficiencia cardíaca contribuye a la disfunción sexual. Generalmente, los pacientes relatan una disminución de la libido y dificultad para llegar al orgasmo. Hasta el 75% de los pacientes del sexo masculino puede relatar dificultad en obtener y mantener la erección (10).

Por ser una queja común en los pacientes con IC, se destaca la importancia de la incorporación de esta característica en la clasificación de la NANDA-I para su aplicación y validación en diferentes grupos y culturas.

Las características definidoras que fueron consideradas como irrelevantes (puntuación menor de 50) fueron las relacionadas con *El amor propio* y con *La relación con la pareja*, demostrando que aun presentando disfunción sexual, la relación con la pareja y el amor propio no fueron afectadas en los pacientes del presente estudio, tales como: *Búsqueda de confirmación de la calidad de ser deseable* (puntuación de 48,3), definida como percibir y estar satisfecho con que la pareja lo desee sexualmente; *Alteración en la relación interpersonal con el cónyuge* (puntuación de 32,5), definida como cambio de comportamiento en la relación con su pareja; y *Pérdida del interés por sí mismo* (puntuación de 25,8), definida como no estar satisfecho consigo mismo, influenciando así el acto sexual.

De las siete características definidoras incluidas con el objetivo de complementar las características ya existentes en la Taxonomía NANDA-I, dos fueron clasificadas como de mayor predominio: *Alteración en la frecuencia de la actividad sexual* y *Dificultad de mantenerse en posiciones sexuales antes utilizadas*; cuatro, como de menor predominio: *Dificultad de mantener erección/excitación sexual*, *Cansancio durante la actividad sexual*, *Dolor durante la actividad sexual* y *Miedo asociado a los síntomas físicos*; y una considerada irrelevante, con una puntuación menor de 50: *Alteración en la relación interpersonal con la pareja*.

Hasta hoy no fue realizado ningún estudio en Brasil con el objetivo de validar las características definidoras del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable, limitando la discusión de los resultados presentados en este estudio. Entre tanto, los datos encontrados demuestran alto predominio de características que tenían relación con la aparición de los síntomas de la enfermedad y su tratamiento.

Considerando la preocupación existente por la manutención del tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedades crónicas, este estudio destaca la necesidad de una atención especial en este diagnóstico de enfermería, el cual puede afectar la vida emocional de los pacientes y alejarlos de la adhesión terapéutica en el propósito de alcanzar la satisfacción sexual.

La adhesión al tratamiento es el reto de los enfermeros y otros profesionales de la salud que actúan en clínicas especializadas y servicios ambulatorios de insuficiencia cardíaca. Así, la disfunción sexual debe ser abordada por estos profesionales con el objetivo de preparar al paciente para futuras alteraciones, haciendo que éste se sienta seguro y no deje el tratamiento.

Los enfermeros pueden beneficiarse con cursos de formación específica para apoyar el desarrollo de los conocimientos y las habilidades para discutir cuestiones sexuales en la práctica, con el fin de sentirse a gusto discutiendo temas sobre la sexualidad y aplicar nuevas habilidades (8).

En investigaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, la actividad sexual en la vida conyugal es un componente importante al medir la calidad de vida. El funcionamiento sexual desempeña un papel central en la vida de algunos pacientes, y cuando los profesionales de la salud discuten la disfunción sexual con naturalidad, logran identificar las características más prevalentes, haciendo que el cuidado se dirija y logrando proporcionar mejor calidad de vida, ya que los pacientes ambulatorios sobreviven realizando la mayoría de las actividades, pero con limitaciones.

La fisiopatología y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca contribuyen a la disfunción sexual. La alteración en la función sexual, la disminución del interés y de la satisfacción sexual ocurren en estos pacientes con regularidad. Por lo tanto, deben recibir instrucciones de los signos y síntomas que puedan aparecer y que probablemente alteren su función sexual. Por eso, enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud deben durante las entrevistas fornecer instrucciones a los pacientes para que no abandonen el tratamiento por falta de orientación.

Conclusión

Este estudio identificó las características definidoras de mayor predominio, de menor predominio e irrelevantes del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual de la clasificación del diagnóstico de enfermería NANDA-I en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica acompañados

en nivel ambulatorio en la clínica de IC del Hospital Universitario Antonio Pedro.

20 características definidoras fueron validadas en ambiente clínico real a partir de las respuestas de los propios pacientes durante la consulta de enfermería. Se destaca que trece fueron reafirmadas a partir de la clasificación NANDA-I. Las otras siete fueron incluidas en el estudio a partir del análisis del conocimiento producido en la literatura sobre disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca, siendo incorporadas al estudio con el objetivo de verificar la presencia de éstas y apuntar nuevas evidencias en este grupo de pacientes.

Siendo así, ocho características definidoras del diagnóstico de disfunción sexual fueron clasificadas como las de mayor predominio en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, tales como: *Limitaciones percibidas impuestas por la terapia*, *Limitaciones reales impuestas por la enfermedad*, *Limitaciones reales impuestas por la terapia*, *Alteración en la frecuencia de la actividad sexual*, *Verbalización del problema*, *Dificultad de mantenerse en posiciones sexuales antes utilizadas*, *Alteración en lograr el papel sexual percibido* y *Limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad*.

Fueron consideradas de menor predominio para definir el diagnóstico en estos pacientes nueve características definidoras, como: *Dificultad de mantener erección/excitación sexual*, *Alteraciones en el logro de la satisfacción sexual*, *Incapacidad de lograr la satisfacción deseada*, *Cansancio durante la actividad sexual*, *Dolor durante la actividad sexual*, *Alteración percibida en la excitación sexual*, *Pérdida de interés por otras personas*, *Miedo de los síntomas asociados al esfuerzo físico* y *Déficit percibido del deseo sexual*.

Solamente tres características definidoras fueron consideradas irrelevantes para el diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en ambiente clínico real. Dos de éstas fueron descritas por NANDA-I: *Búsqueda de confirmación de la calidad de ser deseable* y *Pérdida de interés por sí mismo*. La otra fue incorporada al estudio, descrita como *Alteración en la relación interpersonal con el cónyuge*.

La utilización del diagnóstico de enfermería en la práctica clínica exige del enfermero que cuida a los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica capacidad para investigar sus características definidoras, con el fin de tomar decisiones importantes para el logro de resultados de enfermería con intervenciones direccionadas a las necesidades de los pacientes. La evaluación de la disfunción sexual debe ser incorporada a todas las consultas de enfermería en virtud de detectar precozmente este

diagnóstico e implementar intervenciones que objetiven la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio comprobó que las características definidoras presentadas en NANDA-I son válidas para diagnosticar pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en acompañamiento ambulatorio, ya que éstas se presentan en un ambiente clínico real.

Una limitación de este estudio fue la pequeña muestra de pacientes con el diagnóstico, siendo necesario nuevos estudios en otras poblaciones y con mayores muestras para pautar una enfermería basada en evidencias, ampliando las posibilidades de evaluación de los aspectos subjetivos envueltos en esta respuesta al síndrome y a su tratamiento. La validación de estas características definidoras comprueba la necesidad de nuevos estudios sobre diagnósticos de enfermería, factores relacionados y características definidoras apuntadas por NANDA-I para que la taxonomía pueda ser utilizada con mayor exactitud diagnóstica en Brasil y en el mundo.

Referencias

- (1) Cruz FD. Avaliação dos componentes da qualidade de vida na clínica de insuficiência cardíaca [tese doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2010.
- (2) Organização: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Revisão das 11 diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca, 2002. Arq Bras Cardiol. 2002;79(4 suppl):1-30.
- (3) Dantas CA, Silva CD, Carvalho QG. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. Rev Eletr Enf. 2009;11(1):194-199.
- (4) Garcia TR. Diagnóstico de enfermagem e a prática da pesquisa. Em: 1 encontro Pernambucano de diagnóstico de enfermagem, 1997; Recife, Pernambuco.
- (5) Ferhing R. Methods to validate nursing diagnoses. Heart and Lung. 1987 Nov;16(6):625-629.
- (6) Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definição e Classificação. 8 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009-2011. 452 p.
- (7) Melo SA. Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidades ineficazes [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem; 2004.
- (8) Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P *et al.* Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010 Mar;9(1):24-29.
- (9) Kristofferzon ML, Johansson I, Brännström M, Arenhall E, Baigi A, Brunt D *et al.* Evaluation of a Swedish version of the Watts Sexual Function Questionnaire (WSFQ) in persons with heart disease: a pilot study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010 Sep;9(3):168-174.
- (10) Westlake C, Dracup K, Walden JA, Fonarow G. Sexuality of patients with advanced heart failure their spouses or partners. J Heart Lung Transplant. 1999 Nov;18(11):1133-1138.

“Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería*

“Being there”, the meaning of spiritual care:
the vision of nursing professionals

“Estar aí”, significado do cuidado espiritual:
o olhar dos profissionais de enfermagem

SANDRA PATRICIA URIBE VELÁSQUEZ**

MARÍA ISABEL LAGUEYTE GÓMEZ***

Resumen

La importancia del cuidado espiritual dentro del quehacer de la enfermera es innegable. Aunque se den diferentes maneras sobre cómo brindarlo, el tema suscita interés y reflexión.

Objetivo: Comprender el significado que tiene el cuidado espiritual para los profesionales de enfermería.

Metodología: Estudio de tipo cualitativo, realizado en Medellín (Colombia), entre octubre de 2011 y febrero de 2013. Bajo los lineamientos propuestos por la teoría fundamentada, se entrevistaron a 14 profesionales de enfermería de ambos sexos, los cuales se contactaron mediante la técnica de la bola de nieve. El análisis de los datos se hizo manualmente, siguiendo el proceso con el fin de comprender lo que para las enfermeras significa dar cuidado espiritual, cómo lo definen, qué fortalezas y barreras experimentan a la hora de brindarlo y cuáles acciones realizan con este propósito.

Resultados: El concepto de cuidado espiritual es difuso, sin embargo, las enfermeras realizan acciones concretas de cuidado, de manera especial el “estar ahí”, como presencia amorosa

y el “romper la norma” como posibilidad de abrir horizontes de cuidado.

Conclusiones: A pesar de no haber un consenso sobre lo que significa cuidado espiritual, las enfermeras realizan múltiples acciones que tienden a buscar el bienestar espiritual de los pacientes. La investigación en el tema se debe afianzar en nuestro medio con el fin de tener mayores elementos para la formación y la asistencia.

Palabras clave: Espiritualidad; Atención de Enfermería; Religión (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The importance of spiritual care within the exercise of nursing is undeniable. Even though there are different ways to provide this, it is a subject of interest and reflection.

Objective: To understand the meaning of spiritual care for the professionals of nursing.

Methodology: Qualitative investigation, made in Medellín (Colombia) between October 2011 and February 2013. Under the lineaments proposed by the fundamental theory, 14 professionals of nursing were interviewed, from both sexes, which were contacted through the snowball technique. The analysis of the data was made manually, following the process to understand what spiritual care means for nurses, how they define it, what strengths and barriers do they encounter when administering it and what actions do they take to this purpose.

Results: The concept of spiritual care is vague, however, nurses take concrete action for care, specially the “being there”, as

* Para efectos de este artículo se usará el término *enfermera*, que incluye en sí a los enfermeros participantes en el estudio.

** Enfermera. Especialista en Enfermería en Cuidado al Niño en Estado Crítico de Salud. Magíster en Epidemiología. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. E-mail: sandra.uribe@udea.edu.co

*** Enfermera. Magíster en Salud Colectiva. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. E-mail: maria.lagueyte@udea.edu.co

a loving presence and “breaking the norm” as a possibility for opening new horizons for care.

Conclusions: Despite there not being an agreement as to what spiritual care is, nurses take several actions towards the spiritual well-being of the patients. The investigation on the subject must be placed within our field to have more elements for formation and assistance.

Key words: Spirituality; Nursing Care; Religion (Source: DeCS BIREME).

Resumo

A importância do cuidado espiritual dentro das ocupações da enfermeira é inegável. Ainda que se deem diferentes maneiras sobre como brindá-lo, o tema suscita interesse e reflexão.

Objetivo: Compreender o significado que tem o cuidado espiritual para os profissionais de enfermagem.

Metodologia: Estudo qualitativo, realizado em Medellín (Colômbia), entre outubro de 2011 e fevereiro de 2013. Sob os alinhamentos propostos pela teoria fundamentada, entrevistaram-se a 14 profissionais de enfermagem de ambos os sexos, os quais se contataram mediante a técnica da bola de neve. A análise dos dados se fez manualmente, seguindo o processo com o fim de compreender o que para as enfermeiras significa dar cuidado espiritual, como o definem, que fortalezas e barreiras experimentam à hora de brindá-lo e quais ações realizam com este propósito.

Resultados: O conceito de cuidado espiritual é difuso, contudo, as enfermeiras realizam ações concretas de cuidado, de maneira especial o “estar aí”, como presença amorosa e o “romper a norma” como possibilidade de abrir horizontes de cuidado.

Conclusões: Apesar de não existir um consenso acerca do que significa cuidado espiritual, as enfermeiras realizam múltiplas ações que tendem pela procura do bem-estar espiritual dos pacientes. A pesquisa no tema se deve aprofundar em nosso meio de trabalho, com o fim de ter maiores elementos para a formação e a assistência.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados de Enfermagem; Religião (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

El cuidado del ser humano como centro del quehacer del profesional de enfermería parte de la concepción de que quienes se constituyen en el fin de la atención son personas formadas por cuerpo, alma y espíritu, y en esa medida son merecedores de un absoluto respeto y atención. Eriksson afirma que el “ser humano es fundamentalmente sagrado y este axioma está relacionado con la idea de dignidad humana, que significa aceptar la

obligación humana de servir con amor y existir para los otros” (1).

La dignidad ontológica de la persona se fundamenta en el ser, es irrenunciable, y en esa medida debe ser tratada con sumo respeto. Según afirma Torralba, “la persona es digna y lo es intrínsecamente, no por razones externas...; puede hallarse en un estado de desarrollo precario, puede hallarse impedida de determinadas características y atributos, pero ello no supone una reducción de su dignidad” (2).

Por otro lado, la enfermería en los diversos campos de actuación se encuentra siempre en relación con las personas a quienes cuida de diversos modos y en distintas circunstancias, así, pueden ser personas sanas, comunidades o personas enfermas que experimentan un sufrimiento, a quienes usualmente se les llama *pacientes*. La asistencia a quienes sufren es una faceta del cuidado de enfermería, en la cual se deben desplegar virtudes y cualidades propias para este tipo de atención, que obviamente no son exclusivas del cuidado de enfermería para personas enfermas, sino más bien deberían caracterizar siempre las actuaciones de cualquier profesional.

En este contexto, resulta cada vez más necesario ofrecer todo tipo de ayudas cuando el ser humano enferma y sufre, dado que los pacientes —usuarios hospitalizados— sufren además de los dolores del cuerpo, los que se pueden llamar dolores del alma: soledad, miedo, tristeza, temores, angustias.

Es por esto que el profesional de enfermería debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano. La vivencia de la espiritualidad se presenta como una luz en la búsqueda de brindar un cuidado de calidad, cuidado que tiene que darse a partir del ser del profesional de enfermería que atiende a quienes sufren.

En este sentido, Boff expresa: “Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de compromiso afectivo con el otro” (3). Por consiguiente, el acto de cuidado pasa de ser un deber a un asunto ineludible del ser del profesional.

Hablar de espiritualidad en el mundo del dolor no debe resultar extraño. La enfermedad, el sufrimiento, las limitaciones físicas, la muerte son experiencias con las que a menudo se encuentran los profesionales de enfermería.

¿Cómo enfrentar este tema? ¿Cómo ayudar a sanar tantas heridas, no sólo del cuerpo sino también del espíritu? ¿Qué decir a quien sufre?

Aunque la espiritualidad sea una dimensión inherente a toda persona, no se puede hablar de un consenso en este término. Esta dificultad tiene que ver con la cultura, la religión, los valores y las experiencias de quien intenta definirla.

Stoll habla de la espiritualidad como un principio, una experiencia, una forma de ser, que se expresa a través del cuerpo, del pensamiento, de los sentimientos, de la creatividad, que permite reflexionar sobre uno mismo, que capacita para el valor, para la adoración y para comunicarse con lo sagrado y lo trascendente (4).

A su vez, Delgado (5) y Vachon (6) afirman que la espiritualidad se caracteriza por la fe, por una búsqueda de significado y propósito en la vida, por una conexión con otros y por la trascendencia de uno mismo, por un sentido de paz interior y bienestar. Se manifiesta también en el contacto con la naturaleza, el arte, la música, la familia o la comunidad.

Cabestrero (7) Alpert (8) Speck (9) Beca, (10), entre otros, coinciden en hablar de espiritualidad como algo inherente al ser humano, como una vivencia que proporciona ayuda y sosiego, que tiene un aspecto claramente relacional con los otros y con un ser trascendente, y que colma de sentido la vida; además, la inquietud espiritual aumenta en situaciones especiales, como la enfermedad.

Según Cabestrero (7), se dan cuatro negaciones en relación con la espiritualidad, a saber: no es algo impalpable, invisible y alejado de la vida humana: las personas somos a la vez “todo cuerpo y todo espíritu”; tampoco es la vida únicamente interior y secreta de la persona; el saber mucho sobre el tema no hace a las personas ser espirituales; y por último, las prácticas religiosas no son en sí mismas la espiritualidad, pueden haber prácticas religiosas desviadas o falsas.

Respecto a la religión, ésta representa un conjunto de creencias y prácticas organizadas o un código de conducta. La actividad religiosa consiste en símbolos, libros, rituales, prácticas, clérigos específicos y referencias para establecer las creencias o doctrinas (11). Por otro lado, la religiosidad por lo general se refiere a la pertenencia y a la participación en las estructuras organizativas, las creencias, los rituales y otras actividades relacionadas con la fe religiosa, como el judaísmo, el hinduismo, el islamismo o el cristianismo (12).

La relación de la espiritualidad con el cuidado de enfermería ha estado presente de manera importante desde los inicios de la disciplina. En ese sentido, Delgado (5) Ozbasaran y col. (13) y Burkhart y Hogan (14) señalan que para Florence Nightingale el cuidado de la persona entera, incluyendo la parte espiritual, fue una de sus ideas principales. De igual manera, las enfermeras se han preocupado por dar este tipo de cuidado a sus pacientes, lo que se hace evidente a lo largo de la historia de la enfermería.

Por consiguiente, es necesario intentar una aproximación a la definición de cuidado espiritual, dado que es el tema en el que se ancla esta investigación. Pese a toda la bibliografía, resulta escurridizo y complejo definir qué se entiende por cuidado espiritual, ya que no existe una definición clara, sino una serie de atributos y características particulares que hacen posible decir que se está brindando cuidado espiritual.

Según Sawatzky y Pesut (15), el cuidado espiritual es la expresión integradora, intuitiva, interpersonal y altruista que depende de la conciencia que tenga la enfermera de la dimensión trascendente de la vida. Para estas autoras, las expresiones espirituales como el amor, la esperanza y la compasión constituyen el enfoque más básico y universal de la atención espiritual y pueden integrarse en todos los aspectos del cuidado de enfermería.

Desde la legislación colombiana, la Ley 911 de 2004 afirma en el Artículo 9 que “es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” (16).

De igual manera, la Ley 266 de 1996, al hablar de la integralidad, expresa que ésta “orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual” (17).

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermeras CIE en su declaración de posición sobre pacientes informados, apunta: “La información dada al paciente y al dispensador ha de responder a sus necesidades y circunstancias, inclusive a sus necesidades espirituales, religiosas, étnicas, culturales” (18).

El propósito de este artículo es difundir los hallazgos de la investigación concluida *Significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería*, cuyo objetivo era comprender el significado que tiene el cuidado espiritual para los profesionales de enfermería.

Metodología

Estudio de tipo cualitativo: *Significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería* se realizó en la ciudad de Medellín, Colombia, entre octubre de 2011 y febrero de 2013, con un procedimiento sistemático de recolección y análisis de datos, el cual buscó comprender el significado del cuidado espiritual según la mirada de los profesionales de enfermería.

Se entrevistaron a 14 profesionales de enfermería, 10 mujeres y 4 hombres, con edades entre los 30 y 56 años de edad, algunas con estudios de postgrado; 2 están jubiladas y las demás se encuentran en ejercicio activo. Los criterios de inclusión fueron: ser profesionales de enfermería y haber trabajado en servicios de adultos en unidades de hospitalización que no fueran unidades de cuidado intensivo. Para localizarlas, se hizo un primer contacto con el método *bola de nieve* (19). La conexión fue vía telefónica; las entrevistas semiestructuradas se realizaron en el sitio acordado con los participantes.

Las entrevistas duraron entre 45 y 90 minutos, fueron grabadas y transcritas en su totalidad, con el fin de hacer el análisis con la mayor aproximación al punto de vista de las participantes. Se finalizó el proceso de recolección de datos cuando se llegó a la saturación teórica, que según Strauss y Corbin es el “punto en la construcción de la categoría en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis” (20).

Las preguntas que guiaron las entrevistas tuvieron como ejes el concepto de espiritualidad, el de cuidado espiritual, las fortalezas y barreras que se dan en torno al cuidado y las acciones de cuidado espiritual que se realizan en los servicios hospitalarios.

Para el análisis se tuvieron en cuenta las herramientas de la teoría fundamentada (20); se inició una vez se tuvo la transcripción de las seis primeras entrevistas con una lectura textual de los datos, línea por línea, y la delimitación de una frase o varias que tuvieran sentido. Éstas fueron examinadas minuciosamente, comparando similitudes y diferencias; se utilizaron códigos en vivo y sustantivos que dieron origen a las categorías y subcategorías o códigos preliminares, lo que se conoce como *codificación abierta* (21). Una vez realizada esta codificación abierta, se procedió a la edición física de los datos y se pegaron en tarjetas individuales con el fin de leerlos de nuevo.

Luego de concluida esta fase, se pasó a la segunda etapa, llamada *codificación axial*, la cual tiene como propósito “reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta. En la codificación axial, las categorías se

relacionan con sus subcategorías para formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos” (20).

En cuanto a los criterios de rigor de la investigación cualitativa, hay que decir que en este estudio los datos de cada entrevista fueron confrontados y validados con el siguiente participante con el fin de lograr la credibilidad (22). De igual manera, se llevaron registros de las decisiones que las investigadoras tomaron durante el estudio para permitir que eventualmente otro investigador pudiera examinar los datos. Además, se tuvo coherencia metodológica entre la pregunta, los componentes del método utilizado y el análisis de la información.

Esta investigación contó con el aval del Comité Técnico del Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, el cual dio su concepto favorable para realizarlo.

Respecto a las consideraciones éticas, la investigación respetó la dignidad, el anonimato y la confidencialidad. A todos los participantes se les dio a leer el consentimiento informado previa explicación del objetivo del estudio y su metodología. Se solicitó su autorización para ser grabados y para la divulgación posterior de los resultados. A cada entrevista se le asignó un código específico para resguardar la privacidad de los participantes y se le dio un seudónimo para efectos de la escritura del informe.

Resultados

La categoría central “estar ahí” surgió del análisis de los datos, los cuales se fueron organizando en diagramas, a partir de categorías relacionadas. De manera reiterada y dicho de diversas formas, los participantes se refirieron a “hacer presencia” como forma concreta de brindar cuidado espiritual.

Los hallazgos de la investigación están en relación con los siguientes aspectos: conceptos de espiritualidad y religiosidad, qué se entiende por cuidado espiritual y cómo brindarlo y cuáles acciones de cuidado se ofrecen.

En relación con los términos *religión* y *espiritualidad*, se encontró que para las enfermeras estos conceptos tienen multiplicidad de significados, que van desde considerarlos como algo cultural, como una opción personal, hasta verlos como algo etéreo, difuso.

La religión es algo como muy cultural, pero la espiritualidad es como una convicción, algo como el ser humano trasciende a la religiosidad, porque de pronto la religiosidad está en una imagen, está en una iglesia. En cambio,

la espiritualidad es esa fuerza que siempre está ahí, que se fortalece y que va trascendiendo [Lucía].

Respecto al cuidado espiritual, el estudio halló que las enfermeras brindan un cuidado con unas características particulares, no referidas a lo físico, sin embargo, ignoran si éste es cuidado espiritual o no. Es así como las participantes lo señalan:

Cuidado espiritual, no sé si es eso que uno hace con los pacientes, yo no sé cómo definirlo, si es lo que uno hace cuando le dice a un paciente: “¿Usted cree en Dios? Entonces pídale a Dios que ponga las manos de él en ese doctor que la va a operar [Margarita].

Pudiera ser cuidado espiritual acompañar al otro como desde el ser, en su dolor, en su angustia, en el desconocimiento de su estado por algo que le está generando ansiedad [Alberto].

Para brindar este tipo de cuidado, las enfermeras se apoyan en la observación y en su intuición, lo que les permiten reconocer unas señales de alarma respecto al equilibrio emocional del paciente, que al ser analizadas les dan pistas sobre quién necesita más cuidado:

Las actitudes del paciente, si de pronto está muy callado, si está llorando, si contesta muy simple a alguna observación que yo le haga, si yo le pregunto algo y me contesta en algún tono muy alto o al contrario en un tono muy bajito; entonces uno más o menos sabe si este paciente está deprimido [Elena].

En este contexto, por *acciones de cuidado* se entienden aquellas actividades que desarrolla la enfermera cuando identifica la necesidad de cuidado espiritual con el fin de proveer ayuda, apoyo y cuidado integral mediante la escucha, el hablar, el contacto físico; en este sentido, cabe resaltar una acción que tiene gran importancia, aunque no implique propiamente “hacer algo”, y es lo que las enfermeras nombran como “estar ahí”. Esto se encontró de manera reiterada en este estudio:

Muchas veces los pacientes que llaman al timbre toda la noche no es por el dolor abdominal, sino que a veces cuando la enfermera entra sienten algo de tranquilidad [Margarita].

Entonces yo como que siempre trataba mucho de estar ahí y de escuchar qué era lo que quería y en la medida de todo lo posible poder complacerle [Alejandra].

Otra manera de expresar el “estar ahí” es por medio de la presencia amorosa, que cuida el detalle y procura el sosiego del paciente. Así lo afirma una enfermera:

Si uno ve de pronto a una persona muy desesperada, yo a veces prefiero dejarlos que se desahoguen, que lloren si quieren llorar tranquilos. Le traigo un vasito con agua; “¿Quiere sentarse?, ¿quiere una aromática? Aquí estoy...” Que el paciente sienta que uno está ahí acompañándolo [Elena].

La escucha se convierte en un momento especial de atención, marcado por el respeto y el interés por los sentimientos que expresa el paciente. Esto afirma una enfermera:

Muchas veces con sólo escuchar a esa persona uno ve que realmente se fortalece o deja esos sentimientos de angustia, de temor, de depresión, de ansiedad y se va fortaleciendo..., y sabe que ahí está haciendo una intervención de enfermería solamente con escuchar, eso es muy importante y la enfermería pienso que es la única profesión que lo hace” [Lucía].

El hablar es una habilidad de ayuda valiosa que tiene que ver con conversar, informar, orientar, apoyar, realizada con amabilidad, cortesía, interés, es decir: como escucha activa, no sólo con el paciente sino también con la familia, lo que se convierte en un soporte especial en momentos difíciles:

Inclusive se le puede ayudar a un paciente conversando, dándole un buen trato, teniendo un mejor tono de voz, entendiendo por qué el paciente es tan inquieto, tan cansón, tan demandante, entrando a conversar de eso [Miguel].

Eso de hablar con la gente, de escucharla, de acompañarla, de preguntarle: “¿Qué le duele?”, “¿está triste?”, “¿por qué está angustiada?” “No se angustie, vea que su bebé está en neonatos pero allá va a estar bien”. Ésas son cosas que le salen a uno del alma, que pueden mejorar el estado de salud de los pacientes, lograr ese alivio del dolor [Margarita].

Otra acción de cuidado está relacionada con el contacto físico como expresión de un sentimiento de compasión y compañía. Este contacto que en ocasiones es caricia establece una relación que trae sosiego. Así lo expresa una enfermera:

Nunca se me olvida que una profesora nos enseñó... el contacto con las manos, y siempre lo hago mucho, trato de tocarles el hombro, de expresar un sentimiento con las manos, que ellos sientan que uno está con ellos, que sientan que uno está ahí acompañándolos, entonces la mano en el hombro o palabras de tranquilidad [Elena].

Los hallazgos también mostraron otras prácticas de cuidado relacionadas con el ofrecimiento de servicios religiosos, como llamar al capellán o al pastor —según sea el caso— o situar imágenes religiosas a la cabecera de un paciente en agonía y rezar en momentos difíciles:

Les ofrecemos acompañamiento, el sacerdote de la institución, si el paciente pertenece a otra religión, entonces también le permitimos el acompañamiento del pastor, del que quiera venir [Mónica].

El “romper la norma” fue un hallazgo que de manera reiterada surgió en este estudio. Para las enfermeras, el facilitar tanto a los pacientes como a la familia espacios en los cuales se pueden dar encuentros, llamadas, aún a costa de transgredir una norma de la institución, fue considerado como brindar cuidado y apoyo a quienes están pasando por momentos difíciles. Ante la rigidez de las estructuras administrativas en relación con los horarios, la permanencia de los acompañantes, la posibilidad de recibir llamadas o visitas de personas que no sean familiares, la enfermera opta por permitir lo que en principio está prohibido, sabiendo que con esto contribuye al bienestar del paciente:

No nos debemos pegar de que la visita es restringida o de que con los dos familiares que entraron es suficiente y no puede entrar un tercero que pudiera ser la persona que mandó pedir [Miguel].

Se le permite que venga la familia, si el nieto que no puede entrar por la norma entonces uno hace la manera de que entre; permitir que entre el de la tienda, así no sea el más apropiado, hacer la manera que reciba la llamada de fulano; que no tiene plata para llamarlo. Entonces hacemos la excepción para que eso que le da un poquito de bienestar lo pueda recibir [Mónica].

En general, las enfermeras perciben que su actuar tiene un sentido humano y sensible, en el cual la compasión está siempre presente, manifestada en acciones como pasar ronda, preocuparse si el paciente tiene alguna carencia económica, buscar ayuda a otros profesionales, todo por el bienestar del paciente.

Las acciones de cuidado mencionadas se ven mediadas por unas condiciones que lo favorecen o lo dificultan. En relación con las fortalezas, una de las que tiene mayor peso a la hora de brindar cuidado está referida a la formación humana y a las cualidades de la enfermera, aspectos que según afirman los “trae uno de la casa”:

Usted aprende a adoptar una serie de actitudes frente a la vida, dependiendo de lo que trae desde la casa. Me pare-

ce que la espiritualidad parte de la experiencia propia, de sentir, de vivir y desde lo que la propia vida le ha regalado a uno... La manera como uno trate a los pacientes depende de la formación en casa [Mónica].

Otra fortaleza tiene que ver con las experiencias previas que se han tenido en relación con eventos dolorosos, lo cual hace a las enfermeras sensibles para entender a quienes están en situación de dolor y sufrimiento, y las capacita para brindar un cuidado amoroso y delicado:

Eso lo ayuda a uno a formarse, a entender, a ponerse en los zapatos del otro. Yo pienso que no sería lo que soy si no hubiera tenido las experiencias que he tenido; a mí se me murió una hija... [Mónica].

La primera vez estuve hospitalizada 29 días..., la segunda, 14 días. Fueron experiencias muy difíciles. Yo le digo a los auxiliares: “Solamente uno sabe lo miserable que se siente uno ahí acostado”. Después de eso, yo le digo a la señora que está solita: “Timbre para que venga alguna de las muchachas y le dé vueltecita”, pero porque yo sé qué es esa soledad de los pacientes [Margarita].

Otra fortaleza que tiene relación con el cuidado espiritual es la flexibilidad que tienen las enfermeras para aceptar diferentes puntos de vista, modificar reglamentos y normas, y romper con la rutina, lo que redundaría en tomar decisiones para favorecer un cuidado espiritual. Respecto a las barreras, el estudio encontró unas derivadas de la disponibilidad de tiempo: exceso de trabajo y carga administrativa. Los resultados mostraron una tendencia a considerar el exceso de trabajo y de labores administrativas como principal causa que impide tener el tiempo suficiente para atender con cuidado espiritual a los pacientes, ya que éste requiere de momentos prolongados y de sosiego, sin los cuales no puede darse una atención oportuna y de calidad:

Desafortunadamente no hay tiempo, y la Ley 100 sí que nos acabó, hay tiempo para lo físico, no hay tiempo para escuchar su historia, hay tiempo para revisar la presión y “¡váyase!”. Entonces ahí se corta eso de que yo converso con vos y te escucho..., porque el pedido tiene que estar a las 8:30 en Farmacia; entonces se acabó eso de ir a saludarlos, cantar con ellos [Rocío].

Yo digo que el tiempo sí lo limita a uno... Esas conversadas con los pacientes..., impresionante, y más que son mil cosas para hacer, porque lo que nadie hace lo tiene que hacer la enfermera en todas partes [Margarita].

Aunque el tiempo se presenta como la principal barrera para brindar cuidado espiritual, también se dan otras circunstancias que afectan la intención de dar cuidado

espiritual y que están relacionadas con distintos factores, como la formación de la enfermera, la disposición para hacerlo, el no ser espirituales y la preponderancia de la atención a partir de lo físico. En relación con la formación desde la academia, las enfermeras afirman haber recibido poco respecto a este tema:

De pronto en Pregrado nos metemos mucho en la patología del paciente, en el plan de cuidados, pero esa parte de la espiritualidad de la persona casi no la tocamos, ni en la práctica. Tampoco a uno le enseñan habilidades para enfrentarse a la muerte [Lucía].

En cuanto a la disposición para brindar cuidado espiritual, este estudio encontró que para las enfermeras el trabajo es sobrecargado y tan rutinario que aun cuando se tenga tiempo no se piensa en la necesidad de hacerlo:

Yo no puedo justificar la carga laboral porque le puedo asegurar que el día que usted tenga el tiempo y que el turno esté calmado y no sea tan pesado, tampoco se va a enfocar en eso. No es que sea mentira, la carga laboral a uno le quita mucho contacto con el paciente, pero muchas veces nos acostumbramos y cuando tenemos el tiempo tampoco lo hacemos [Isabel].

Otro aspecto a destacar es el que tiene que ver con el hecho de que según los participantes no se puede dar cuidado espiritual si uno mismo no tiene esa cualidad desarrollada:

Pero la excusa para no ser espirituales es que nosotros mismos no lo somos, entonces creemos que eso no le hace falta a los pacientes [Alejandra].

En cuanto a la atención en la que prima lo físico, algunos participantes expresaron:

Uno le corre al paciente desangrado, pero no le corre al paciente deprimido; yo creo que es eso también, uno piensa que el paciente triste puede esperar a que yo haga el procedimiento, y como tenemos tanta carga laboral, que es otra cosa, nosotros siempre tenemos que terminar de cuadrar las historias, tenemos que hacer las curaciones, pero no tenemos el tiempo para hablar con los pacientes [Isabel].

La investigación también encontró que para algunas enfermeras no existe ninguna barrera, pues expresan que dar cuidado espiritual es una decisión personal en la que no interfiere nadie.

Yo digo que no hay barreras, eso es algo personal que usted puede hacer con los pacientes sin que nadie se lo

limite; porque igual yo paso ronda, por la mañana recibo turno, y lo que hablo con mis pacientes soy libre de hacerlo [Margarita].

Para otras, ni siquiera el tiempo se convierte en un obstáculo, pues afirman que bastan unos minutos para establecer contacto con el usuario y brindar cuidado, ya que unos instantes de calidad e interés por el otro en ocasiones suplen la falta de tiempo.

Puede ser un día muy duro pero unas buenas palabras sólo requieren dos o tres segundos y hasta quien las recibe sabe con qué afán y con qué prisa se la estamos dando. Siempre hay que sacar un tiempo para ellos, eso es inherente al cuidado, hablar con el paciente, brindar cuidado sin atender esa parte que inquieta al paciente y sin responder a preguntas no es cuidar, creo yo [Miguel].

Discusión

La literatura es clara en definir *espiritualidad* y *religiosidad*, sin embargo, a la hora de la práctica, para las enfermeras resulta confuso establecer los límites entre una y otra. Así, en ocasiones se dan ayudas que bien podrían ser de tipo religioso, como espiritual, situación que se hizo evidente en esta investigación. Este hecho también fue constatado en algunas investigaciones, como la de Haugaard y de Sales (23) y McSherry y Jamieson (24), quienes afirman que los términos *espiritualidad*, *religión* y *religiosidad* a menudo se utilizan como sinónimos, y esta tendencia ha dado lugar a una falta de claridad conceptual, que se ve reflejada en las acciones de cuidado de la enfermería.

En cuanto al cuidado espiritual, los hallazgos mostraron que para brindarlo la enfermera observa en los pacientes expresiones que manifiestan abandono, angustia, tristeza, y a partir de esto decide dar cuidado espiritual. Este hecho se ve corroborado en los estudios de Sawatzky y Pesut (15), Beca (10), Caro (25), Lemmer (26) y Kociszewski (27), quienes indican que la atención espiritual depende en gran medida de las habilidades de la enfermera que debe ser capaz de discernir un problema espiritual, de valorarlo y definir las intervenciones apropiadas y evaluar los resultados.

En relación con el cuidado espiritual, se han descrito algunas barreras a la hora de proveerlo. En este sentido, Ferda Ozbasaran y col. (13), Lemmer (26) y Beca (10) afirman que éstas tienen que ver con la ambigüedad del término, la carencia de formación en temas espirituales, la timidez en abordar este tipo de cuidado, el pensar que esta atención es demasiado personal, la gran carga

de trabajo, la falta de tiempo y de conocimientos y la insuficiencia de recursos, circunstancias que se hicieron manifestas en el presente estudio.

En relación con las fortalezas para dar cuidado espiritual, éstas se ven manifestas de manera especial en el “estar ahí”, no como presencia inoperante sino como compañía en la que la enfermera debe ejercer toda una serie de virtudes, con el fin de que el cuidado sea espiritual. En este sentido, se destacan la benevolencia, la compasión, el amor y el altruismo, los cuales son parte integral de los cuidados de la enfermería espiritual. De igual manera, las habilidades de comunicación verbal y no verbal, una actitud de cordialidad, respeto o escucha atenta resultan importantes, especialmente cuando la enfermera está al lado del paciente y de su familia. Estas situaciones que fueron encontradas en el presente estudio se ven corroboradas en las investigaciones de Haugeard y de Sales (23) y Alpert (8), así como en Targari, B y col. (28), quienes sostienen que para los participantes de su estudio, la atención espiritual exige una relación caracterizada por la reciprocidad, la confianza, el diálogo permanente —hablar y escuchar— y una “perdurable” presencia. La relación se expresa como un proceso mutuo entre enfermera y paciente; las enfermeras definen esto como “estar con”, es decir: *estar en relación*.

Watson (29) plantea algunas afirmaciones en relación con el cuidado transpersonal que se vieron presentes en este estudio, una de las cuales tiene que ver con la conexión espiritual que la enfermera hace con el paciente, lo cual se pone de manifiesto a través de la comunicación no verbal, como los gestos, el tacto, las caricias, las expresiones faciales, además de expresiones verbales de apoyo, como dar información. Otro de los aportes de Watson (29) está relacionado con las experiencias previas de la enfermera. Este estudio encontró que quienes han sufrido situaciones de dolor y muerte adquieren una sensibilidad para brindar un cuidado espiritual más cercano y cálido.

Como un hallazgo propio de esta investigación, el “romper la norma” se constituye en una apertura para brindar cuidado espiritual; tiene que ver con trasgredir horarios y reglamentos en relación con visitas y acompañantes, circunstancia que en su momento facilita un cuidado más humanizado y provee al paciente alivio, comodidad, bienestar y tranquilidad. Este hallazgo se ha encontrado en la literatura con mayor relevancia, en relación con la atención de enfermería a pacientes al final de la vida (30).

Es preciso anotar que de forma particular en las unidades de cuidado intensivo las enfermeras toman la decisión

de quebrantar las normas con el fin de permitir a familiares y amigos tener contacto con el paciente, lo que no ocurre en los servicios de hospitalización. Este estudio encontró que las enfermeras en un acto de valentía y consideración con el paciente transgreden la norma para proporcionarle una atención más humanizada que haga más soportable la enfermedad.

Conclusiones

El “estar ahí” emergió como una estrategia de cuidado espiritual en la presente investigación, pues para los profesionales de enfermería el escuchar, el hablar y el contacto físico con las personas enfermas significó una forma de dar cuidado que marca la diferencia en el transcurso de la enfermedad. Una vez que se entienda el sufrimiento por el otro puede ser más fácil brindar ayuda y cuidado.

Se evidenció que más allá de la detección, tratamiento y cuidados de la enfermedad, los pacientes requieren momentos en los cuales puedan expresar sus sentimientos, les permitan ser escuchados, sentirse acompañados e importantes para las enfermeras. Los espacios de encuentro y comunicación con las enfermeras se convierten en un soporte especial en momentos difíciles durante el proceso de hospitalización, situación en la que se encuentran lejos de su familia y amigos.

Teniendo en cuenta que el cuidado espiritual es tan importante para los enfermos, las enfermeras deben proveerlo de una manera amplia, al tiempo que deben identificar el significado que los pacientes le atribuyen.

El cuidado espiritual es una práctica de cuidado trascendental para los profesionales de enfermería, sin embargo, no hay un consenso sobre su significado, es decir: falta capacitación que provea elementos para poder brindarlo de una manera adecuada y oportuna. Las acciones de cuidado deben estar caracterizadas por cualidades como la cortesía, la amabilidad, la compasión, el amor y el respeto.

La barrera del tiempo se presenta como un obstáculo a veces insalvable en el cuidado espiritual de la enfermería. Se debe rescatar el liderazgo y protagonismo en el equipo de salud, desde lo asistencial, de manera que el cuidado que se brinde tenga la integralidad que requiere.

Se hace evidente la importancia que tiene el cuidado espiritual para la investigación y la docencia, ya que los hallazgos y reflexiones en torno a este tema pueden generar una atención humanizada. Este tipo de estudios abre la

posibilidad de continuar investigando en este tema desde distintas miradas de los profesionales de enfermería y diferentes campos de acción laboral, así como a partir de la experiencia vivida por los pacientes y usuarios.

Referencias

- (1) Erikson K. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (2) Torralba RF. Antropología del cuidar. Barcelona: Institut Borja de Bioética; 1998.
- (3) Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Ed. Trotta; 2002.
- (4) Stoll R. The essence of spirituality. Spiritual dimensions nursing practice. Philadelphia (W.B.): Saunders; 1989.
- (5) Delgado Ch. A discussion of the concept of spirituality. Nurs Sci Q [serial on the Internet]. 2005 [access: 2011 10 Nov];18(2):[about 5 p.]. Available from: <http://nsc.sagepub.com/>
- (6) Vachon ML. Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors. Semin Oncol Nurs. 2008;24(3):218-225.
- (7) Cabestrero T. Espiritualidad y vida humana [artículo en Internet]. Roma: Misioneros Claretianos; s/f [acceso: 18 feb 2009]. Disponible en: http://www.cafaalfonso.com.ar/descargas/que_es_espiritualidad.pdf
- (8) Alpert P. Spirituality goes beyond religiosity: a much needed practice in nursing. Home Health Care Manag Pract. 2010;22(2):140-143.
- (9) Speck BW. What is spirituality? New Directions for Teaching and Learning [serial on the Internet]. 2005 [access: 2012 Feb 21];2005(104):[about 10 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/tl.207/abstract>
- (10) Beca IJ. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los Cuidados [serie en Internet]. 2008 [acceso: 21 ene 2011];1(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.bizkeliza.org/fileadmin/bizkeliza/web/doc_sal/articulos/080607_cuidadoespirit.pdf
- (11) Lackey SA. Apertura a la espiritualidad: cuidados de enfermería sensitivos. Nursing [revista en Internet]. 2009 [acceso: 25 feb 2012];27(10):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538209706399>
- (12) Cohen MZ, Holley LM, Wengel SP, Mendel KR. A platform for nursing research on spirituality and religiosity: definitions and measures. West J Nurs Res. 2012;34(6):795-817.
- (13) Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Aslam CG, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(21-22):3102-3110.
- (14) Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qual Health Res. 2008;18(7):928-938.
- (15) Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. J Holist Nurs. 2005;23(1):19-33.
- (16) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 45.693 (06/10/2004).
- (17) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 42.710 (05/02/1996).
- (18) International Council of Nurses. Declaración de posición del CIE. Pacientes Informados [artículo en Internet]. 2003 [acceso: 15 sep 2012]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E06_Pacientes_informados-Sp.pdf
- (19) Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2ª Ed. España: Paidós; 1987.
- (20) Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
- (21) Carvalho DC, Luzia LJ, Soares LS, Conceição SM. Teoría fundamentada en los datos-aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. Rev Latino-am Enfermagem [revista en Internet]. 2009 [acceso: 25 feb 2014];17(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf
- (22) Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med [revista en Internet]. 2003 [acceso: 25 feb 2014];34(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc03025>
- (23) Haugaard K, Sales T. Spiritual care perspectives of Danish registered nurses. J Holist Nurs. 2008;26(7):7-14.
- (24) McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(11-12):1757-1767.

- (25) Caro ps. Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. *Salud Uninorte*. 2004;18:3-7.
- (26) Lemmer cm. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. *J Holist Nurs*. 2005;23(3):310-322.
- (27) Kociszewski C. A phenomenological pilot study of the nurses' experience providing spiritual care. *J Holist Nurs*. 2003;21(2):131-148.
- (28) Tirgari B, Iranmanesh S, I. Cheraghi, M. Arefi A. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. *Holist Nurs Pract*. 2013; 27(4):199-206.
- (29) Marriner TA, Alligood MR. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. En: *Modelos y teorías en enfermería* 7ª ed. Barcelona: Mpsby Eslevier; 2011.
- (30) Míguez BA, Muñoz S, Muñoz D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm Glob*. 2009;8(2):1-9.

Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería

Psychosocial risk factors at work: gender and nursing

Fatores de risco psicossociais no trabalho: gênero e enfermagem

PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ*
SANDRA VALENZUELA SUAZO**
TATIANA PARAVIC KLIJN***

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre los aspectos teóricos relacionados con los riesgos psicosociales a nivel laboral, analizar con enfoque de género las desigualdades en relación con los riesgos y vincular la enfermería con los riesgos psicosociales. Se presentan los aspectos teóricos, asociados con los factores de riesgos psicosociales y se visibilizan algunas desigualdades presentes en los lugares de trabajo entre hombres y mujeres; además, el personal sanitario es uno de los que más está expuesto a riesgos psicosociales, por lo que estas temáticas deben incorporarse a los modelos formativos de pregrado de las escuelas de enfermería y en los programas de postgrado con la finalidad de profundizar sobre los riesgos.

Palabras clave: Factores de Riesgo; Trabajo; Enfermería (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

These work's objectives are to reflect over the theoretical aspects related to the psychosocial risks at working level, to analyze the inequalities in terms of gender, with respect to the mentioned risks and link the nursing practices with the psycho-social risks. To make some current inequalities between men and women in the working places visible, and to propose the health-care personnel is one of the groups most exposed to psychosocial risks, as a matter of fact these aspects should be incorporated in the training models of undergraduate programs and nursing schools and to deepen the study about these risks.

Keys words: Risk Factors; Work; Nursing (Source: DeCS BIREME).

Resumo

Este trabalho tem como objetivo refletir acerca dos aspectos teóricos relacionados com os riscos psicossociais no trabalho, analisar com enfoque de gênero as desigualdades relacionadas com os riscos e vincular a enfermagem com os riscos psicosociais. Apresentam-se os aspectos teóricos, associados com os fatores de risco psicossociais e visibilizam-se algumas desigualdades presentes nos locais de trabalho entre homens e mulheres; além o pessoal sanitário é um dos que mais se encontra exposto a riscos psicossociais, pelo qual estas temáticas devem incorporar-se aos modelos formativos de graduação e nos programas de pós-graduação das faculdades de enfermagem, com a finalidade de aprofundar sobre os riscos.

* Dra. (C) en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Académica Departamento de Enfermería, Universidad Católica del Maule. Talca. Chile. Becaria MECESUP UBB0607. E-mail: pceballos@ucm.cl

** Profesora Titular. Dra. en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: svalenzu@udec.cl

*** Profesora Titular. Dra. en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Email: tparavic@udec.cl.

Palavras-chave: Fatores de Risco; Trabalho; Enfermagem
(Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

El trabajo ocupa un lugar central en la vida de las personas, pudiendo ser fuente de satisfacción y bienestar en tanto genera recursos, aporta en la determinación de la posición social, otorga sentido de pertenencia e identidad y contribuye a la percepción de la propia imagen (1). Sin embargo, puede ser fuente de insatisfacción y *discomfort*, y producir alteraciones de salud tanto físicas como psicológicas. Al respecto, se indica que las nuevas formas de organización del trabajo que vinieron a acompañar la rápida incorporación de nuevas tecnologías son sin duda eficaces para permitir el potencial aumento de la productividad, pero han llevado a un incremento en las tasas de prevalencia de algunos riesgos psicosociales (2). Expertos en seguridad y salud en el trabajo o salud laboral indican que las alteraciones que pueden afectar la salud psicológica de las personas son conocidas como *riesgos psicosociales*, los cuales corresponden a las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionada con la organización del trabajo, con el contenido de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo (3). Dentro de éstos, se pueden mencionar alteraciones como el estrés, el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) o la carga mental de trabajo.

Estas problemáticas afectan a los/las trabajadores/as de forma desigual, ya que se ven interferidos por diferentes aspectos, como las diferencias de género presentes en los lugares de trabajo. Estudios han mostrado que las mujeres tienen relaciones contractuales más desfavorables y mayor exposición a riesgos, además de sufrir en mayor medida estresores específicos, como discriminación, estereotipos, aislamiento social o conflictos familia-trabajo (4, 5). Sin lugar a dudas, la enfermería es considerada una profesión de servicio, por lo que se ve afectada transversalmente por estos factores de riesgos y a su vez por las desigualdades de género de los lugares de trabajo, razón por la cual ha sido tema de interés investigativo. Sin embargo, la enfermería no ha sido suficientemente propositiva para visibilizar, investigar y proponer medidas preventivas respecto a los riesgos. De acuerdo con esto, los objetivos de este manuscrito se enfocan en reflexionar sobre los aspectos teóricos relacionados con los factores de riesgo psicosociales a nivel laboral, analizar desde el género las desigualdades existentes en el trabajo en relación con los riesgos psicosociales y vincular la enfermería con este tipo de riesgos.

Factores psicosociales y riesgos psicosociales en el trabajo

El comité mixto OIT/OMS, en la novena reunión sobre Medicina del Trabajo celebrada en Ginebra en 1984, acuerdan que “los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” (6). La evidencia ha demostrado que estos factores pueden ser elementos positivos para el bienestar de los/las trabajadores/as, como también elementos negativos, constituyéndose, en este caso, en un riesgo para la salud. Es decir: cuando éstos son percibidos como negativos por los/las trabajadores/as, pasan a ser factores de riesgo o riesgos, generando posibles alteraciones que potencialmente pudieran causar daños psicológicos, fisiológicos o sociales en las personas (7). Autores indican que los factores de riesgos psicosociales se relacionan con la organización general del trabajo, las tareas específicas de cada trabajador y las interacciones sociales (3, 8).

Entre los modelos teóricos que intentan explicar estos riesgos, se encuentran: el Modelo de demanda-control-apoyo social de Karasek y Theorell (9), el cual ha sido uno de los que más ha influenciado este tipo de investigaciones (10, 11); el Modelo de esfuerzo-recompensa de Siegrist (7) y el modelo de Cox (13). Estos modelos otorgan bases teóricas para la generación de instrumentos que permiten la evaluación o medición de dichos riesgos. Actualmente existen varios instrumentos para evaluar los riesgos psicosociales, entre los cuales se destacan: el Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales del Instituto Navarro de Salud Laboral; el Cuestionario RED-WONT de la Universidad Jaume I; el INERMAP del Instituto de Ergonomía de Mapfre; el DECORE, Cuestionario multidimensional para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral de la Universidad Complutense de Madrid; el Método de evaluación de factores psicosociales FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; el COPCOQ ISTAS-21, de la Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra y Generalitat de Catalunya (14).

Es importante destacar que en Chile desde 2009 se encuentra disponible un cuestionario trabajado en conjunto con expertos de la Universidad de Barcelona llamado SUSESO-ISTAS 21 (15), que evalúa los riesgos psicosociales en el trabajo desde cinco dimensiones: *exigencias psicológicas; trabajo activo y desarrollo de habilidades; apoyo*

social en la empresa y calidad del liderazgo; compensaciones; y doble presencia. Este instrumento está adaptado, validado y estandarizado para Chile.

Los riesgos psicosociales no son un tema secundario para la seguridad y salud en el trabajo o salud laboral, debido a que en la actual situación organizacional y del mercado del trabajo es una de las grandes problemáticas. Los datos actuales muestran que los efectos sobre la salud de los trabajadores son relevantes, por lo que requieren de una atención integral (16), de ahí la importancia de su estudio.

El trabajo y el ambiente donde éste se desarrolla pueden generar variados tipos de riesgos como estrés, *burnout* y carga mental de trabajo. Los riesgos mencionados serán desarrollados a continuación:

Estrés laboral

A lo largo del siglo xx el estrés se ha convertido en un fenómeno trascendente y reconocido socialmente, pues se vincula con frecuencia a la actividad laboral. Expertos en la temática indican que el estrés laboral es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo más frecuente en Europa y que entre el 50 y el 60% de los días de trabajo perdidos se pueden atribuir al estrés laboral (17). Lo anterior ofrece sólidos fundamentos a los/as gestores/as de seguridad y salud en el trabajo para investigar, evaluar e intervenir este riesgo psicosocial.

Etimológicamente hablando, la palabra *estrés* se deriva de la palabra inglesa *stress*, que a su vez procede del verbo latino *estringere*, cuyo significado es *tensionar, presionar, coaccionar*. En la Edad Media se utilizó para denominar experiencias adversas como el sufrimiento, las dificultades o la aflicción. Robert Hooke (1635-1703), astrónomo y matemático inglés, introduce el término en el ámbito de las ciencias, con la *Ley física de resistencia de materiales* (18). En 1960, Hans Selye, médico austríaco, crea la primera teoría sobre el síndrome del estrés, considerándolo como una respuesta general del organismo a las demandas hechas sobre él. En otras palabras: es un conjunto de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a una demanda (o estímulo agresor). Este estímulo puede ser físico o psicológico y la reacción a esta demanda es una respuesta estereotipada que se caracteriza por modificaciones endocrinas estrechamente mezcladas, que ponen en juego el hipotálamo y las glándulas hipófisis y suprarrenales. Posteriormente, en 1966, Richard Lazarus desarrolla la primera exposición completa de una teoría sobre estrés psicológico (18, 19).

De lo anterior emerge el término *estrés laboral*, el cual es entendido como un sentimiento de displacer o tensión que se produce como consecuencia del desequilibrio entre una persona, el entorno y las demás personas. Cuando las personas se enfrentan a las exigencias de otros o a un entorno físico o psicosocial al cual se sienten incapaces de responder de manera adecuada, el organismo activa una respuesta para superar la situación (20). Entre los tipos de estresores laborales se indican los estresores del ambiente físico, los estresores personales o individuales, los estresores grupales, los estresores organizacionales o de la institución y los estresores extraorganizacionales (18, 21).

Medir y evaluar el estrés es un aspecto relevante para todos los actores (trabajador/a, organización e investigadores), por ello se mencionan algunos instrumentos conocidos actualmente (22, 23): Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), Cuestionario de Sadín y Chorot, Cuestionario de estresores laborales para enfermería de Reig y Caruana, Escala de síntomas de estrés y Escala de Seppo Aro (ESE). Es de destacar que los instrumentos citados fueron creados por los investigadores para sus estudios. Por otra parte, existen instrumentos como el ERI *Questionnaire* o el *Job Content Questionnaire* (JCQ), los cuales han sido traducidos y adaptados para la medición de estrés a nivel mundial (24, 25).

El estrés parece ser algo inevitable en los lugares de trabajo. Donde se mire, encontramos múltiples fuentes potenciales de estrés dispuestas a disminuir la alegría (26), el bienestar y perjudicar la salud física y mental de las personas que trabajan.

Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en el contexto sociocultural. Así, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste de los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de problemáticas para la salud, como el *burnout*, cuya prevalencia se ha constituido en un problema social y de salud pública (27).

En 1974, Freudenbergger acuña el término *burn-out* (28, 29), que se traduce al español como *estar quemado*. Sin embargo, Gil Monte (2005) indica que la forma más correcta de traducir el término es *síndrome de quemarse por el trabajo*, versión que ayuda a la comprensión del fenómeno al llamarlo *síndrome*, ya que da cuenta del conjunto de síntomas que lo integra. Además,

esta denominación permite desviar el foco de atención hacia el trabajo, puesto que se evita la estigmatización del trabajador, ya que las personas que padecen de este síndrome tienen mermada la capacidad de controlar situaciones, especialmente las negativas (27). El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce especialmente en las profesiones que se centran en la prestación de servicios (30). El objetivo de estos profesionales es cuidar de los intereses o satisfacer necesidades de los/as usuarios/as y se caracterizan por tener en el trabajo contacto directo con personas (31).

Los modelos que intentan explicar este síndrome son variados, entre los que se encuentran: Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del *yo* (Modelos de competencia social de Harrison, Cherniss, Thompson, Page y Cooper); Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social (destaca el Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli de conservación de recursos de Hobfoll y Fredey); Modelos elaborados desde la teoría organizacional (entre los representativos están: Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter, Modelo de Cox, Kuk y Leiter y Modelo de Winnubst). El más reciente es el Modelo estructural e integrador sobre el *burnout* de Gil-Monte y Peiró (21).

En relación con la evaluación de este síndrome, es en la década de los ochenta cuando Christina Maslach desarrolla el *Maslach Inventory Burnout* (MIB), uno de los instrumentos más reconocidos y utilizados en las investigaciones a nivel mundial (32, 33). Por ello, ha sido traducido a variados idiomas —en el 2002 se tradujo al castellano— (30, 34). Cabe destacar la importancia de efectuar mediciones locales con algunos de estos instrumentos con la finalidad de evaluar y proponer medidas orientadas a las reales necesidades de los/las trabajadores/as.

Carga mental de trabajo

La carga mental es considerada actualmente un riesgo psicosocial emergente, producto de variados aspectos como el uso de alta tecnología, trabajo repetitivo, diversas formas de contratación, concepto que se ha estudiado aproximadamente desde hace 30 años. En 1994 Gregg (citado por González) inicia los estudios de Carga mental en enfermeras. Esta investigación fue realizada en profesionales de Cuidados Intensivos, en donde se encontró carga mental elevada por factores del trabajo (35). Una característica fundamental a considerar en una persona que está realizando una tarea es su capacidad para procesar la información que ésta le plantea, lo

cual está ligado a la carga mental. Además, es conveniente considerar que la realización de tareas por parte de los seres humanos, incluso las que no impliquen actividad física, pueden verse afectadas por un gran número de variables psicológicas, fisiológicas y ambientales (36).

A pesar de su importancia, los esfuerzos investigativos y preventivos se han orientado a otros tipos de riesgos psicosociales, como estrés y *burnout*. La explicación de esto puede ser que los expertos en carga mental no han llegado a un consenso en su definición, especialmente a nivel operacional. Expertos identifican la existencia de dos enfoques: el primer enfoque considera la Carga Mental de Trabajo (CMT) como la interacción entre las exigencias de la tarea y los recursos cognitivos de la persona (interacción-exigencias-recursos); el segundo enfoque entiende la CMT como las demandas externas de la tarea que la persona debe afrontar con sus características y recursos personales, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales y sociales (exigencias de la tarea). En este sentido, las diferencias obedecen a su origen teórico y al tipo de variables que se incorporan para explicar la CMT (36, 37, 38).

Al respecto, se señala que la CMT es un constructo multidimensional, por lo que debe ser vislumbrada desde la interacción de ambos enfoques, ya que aportan a la completa comprensión del fenómeno. Considerando la idea de interacción, autores indican que la carga mental corresponde “al nivel de recursos atencionales necesarios para equilibrar los criterios de ejecución objetivos y subjetivos, que son modificados por las demandas de la tarea, el soporte externo y la experiencia” (39).

Investigadores señalan que la carga mental de una tarea es un factor importante a tener en cuenta cuando una persona tiene que realizar actividades, para lo cual Wickens propuso el Modelo de distribución de recursos (40), ampliamente utilizado en su estudio. El abordaje investigativo o la evaluación de la CMT puede efectuarse desde cuatro tipos reconocidos: evaluación de la ejecución, evaluación subjetiva, registro de parámetros fisiológicos y métodos analíticos. Aunque se analizan las ventajas y desventajas de todas ellas, autores indican que las medidas subjetivas serían el procedimiento más adecuado para la evaluación de la CMT (37, 41, 42), ya que permite conocer la percepción del/la trabajador/a respecto a la carga mental que le supone la realización de la tarea (43).

Además, los instrumentos que miden subjetivamente la carga mental de trabajo son utilizados con más frecuencia en contextos aplicados por los mínimos requisitos de

implementación, elevada aceptación por los trabajadores, validez y fiabilidad (44). En España se evaluó la carga mental en trabajadores con NASA-TLX, instrumento multidimensional que mide esta variable de forma subjetiva (41). Por otra parte, se encuentra la Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM), instrumento multidimensional creado y desarrollado por investigadoras españolas (45), el cual ha sido utilizado y validado en Chile (46).

Todos los trabajos requieren un nivel de carga física y mental. Sin embargo, son las condiciones de trabajo las que hacen que las personas se vean afectados/as por la carga mental. De esta manera, es primordial investigar sobre el tema con la finalidad de implementar programas de prevención de la enfermedad donde la enfermería en seguridad y salud en el trabajo sea un ente activo.

Factores de riesgos psicosociales y género

Género, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (47), es decir: corresponde a una construcción social. Por otra parte, el género puede verse desde un enfoque de análisis utilizado para visibilizar las desigualdades marcadas por el acceso disímil de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales, en este caso, a nivel laboral. De esta manera, las ocupaciones desarrolladas principalmente por mujeres han recibido menos atención en cuanto a la medición de las consecuencias para la salud en comparación con los hombres (31), hecho que también parece visible en la prevención, evaluación y cuidados orientados hacia los riesgos psicosociales.

En la actualidad, las mujeres representan el 40,4% de la fuerza laboral a nivel mundial, es decir: 1.200 millones de personas que trabajan son mujeres (48). A pesar del aumento de mujeres trabajadoras, la distribución general del empleo entre hombres y mujeres ha mantenido la segregación del trabajo, tanto en forma horizontal como vertical. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la participación laboral de las mujeres sigue creciendo. En el 2013, por primera vez se registran tasas promedio cercanas al 50%. Sin embargo, las mujeres siguen estando más afectadas por el desempleo y la informalidad.

En América Latina y el Caribe el 76,1% de las trabajadoras se desempeña en el sector servicio. Un alto porcentaje trabaja como empleadas domésticas y otras se

desempeñan en servicios sociales y en la comunidad (49). Entonces, los diferentes sectores, ocupaciones y tareas realizadas por mujeres y hombres en el mercado laboral colaboran con la diferenciación de los riesgos a los que estos grupos están expuestos. En este sentido, la OIT afirma de forma general que “ellos se accidentan y ellas se desgastan”. De esta manera, no es el sexo lo que determina las diferencias en los perfiles de riesgo, sino la segregación laboral causante de ello (50). Esto también se visibiliza en los riesgos psicosociales entre hombres y mujeres. Al respecto, un estudio demostró que más mujeres que hombres trabajan sin contrato, con alto esfuerzo, baja recompensa, sufriendo acoso sexual y discriminación. Por otra parte, más hombres que mujeres trabajan en turnos, con altos niveles de ruido y altas exigencias físicas (5). Sumado a lo anterior, expertos indican que los riesgos a los que están expuestas las mujeres por el tipo de tareas que desempeñan, principalmente son de tipo ergonómico y alteraciones de salud psíquica, no reconocidas legalmente como enfermedades profesionales (51).

En Latinoamérica y el Caribe, la inequidad que afecta a las mujeres trabajadoras es un factor de riesgo psicosocial, pero también lo es la forma en que se incorporan las trabajadoras al mercado laboral y las condiciones bajo las cuales deben desempeñarse: con monotonía y falta de control, asignación a puestos de baja calificación, con escasas posibilidades de realizar una carrera profesional, falta de apoyo social, escasas compensaciones y doble presencia (50). Los riesgos psicosociales están presentes en los lugares de trabajo de hombres y mujeres y son considerados un problema de salud pública principalmente por su alta incidencia, por los efectos en los/as trabajadores/as y por los conflictos que se presentan en las empresas, como baja productividad, ausentismo y disminución de los ingresos.

Riesgos psicosociales y enfermería

Como ya se indicó, la presencia cada vez mayor de los trabajos de servicios en nuestra sociedad requiere de nuevas estrategias en el análisis y la prevención de riesgos psicosociales para hacer compatible la calidad en el servicio entregado a los clientes y la promoción de la salud de los trabajadores (52). La enfermería se desempeña en esta área, por lo que los profesionales deben estar preparados, tanto para prevenir los riesgos en sus puestos de trabajo como para abordarlos desde el área de enfermería en seguridad y salud en el trabajo.

En relación con la formación, se propone que ésta deba ser enseñada a nivel de Pregrado, con la finalidad que

los/as enfermero/as en formación estén capacitados/as para enfrentar los riesgos cuando ingresen al mercado laboral. Son numerosos los estudios donde los profesionales de enfermería se ven afectados por riesgos psicosociales en sus lugares de trabajo (11, 22, 23, 32, 33). Esto justifica la incorporación en el modelo formativo de las escuelas de enfermería, la temática de seguridad y salud en el trabajo, con énfasis en los riesgos psicosociales. Estos contenidos, además de estar centrados en el conocimiento del marco legal y normativo, también debieran estar sustentados en aspectos de liderazgo y trabajo en equipo, potenciando así la gestión y permitiendo a los/as futuros/as enfermeros/as liderar equipos de seguridad y salud en el trabajo, en donde se enfatice en el cuidado de los trabajadores/as expuestos a riesgos psicosociales y sus implicancias para la salud y el bienestar. Esto permitiría a futuro contar con profesionales expertos en la temática, los cuales podrían ser actores principales en la promoción y prevención de estos riesgos, creando herramientas para hacer de sus lugares de trabajo algo grato, y así vivenciar una experiencia satisfactoria que potencie su calidad de vida.

Por otra parte, los/as enfermeros/as que se desempeñan en el área de seguridad y salud en el trabajo tienen un papel importante. La OMS indica que dentro de sus principales acciones se encuentran: la prevención de lesiones y enfermedades ocupacionales; la promoción de la salud y la capacidad de trabajo; la promoción de la higiene y seguridad en el trabajo; además de mejorar la gestión de salud ambiental (53). Es relevante que los programas de postgrado, tanto de magíster como de doctorado de la disciplina, desarrollen líneas de investigación en seguridad y salud en el trabajo que permitan disponer de fundamentos teóricos y empíricos, para proponer proyectos de mejora, medidas de evaluación, intervenciones y desarrollar investigaciones.

Actualmente la enfermería es una de las profesiones más investigadas en relación con estos riesgos, lo cual no es casual, ya que esta disciplina se reconoce como perteneciente al área de servicios, lo que conlleva a que estos profesionales estén altamente expuestos a riesgos de tipo psicosocial. Diversos estudios muestran que un alto porcentaje de enfermeros/as percibe factores psicosociales desfavorables, además indican que su trabajo les genera desgaste e influye en una condición de salud desfavorable (54, 55). Sumado a ello, autores plantean que las condiciones de trabajo de las enfermeras/as se caracterizan por sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios y carga psicológica por el manejo de situaciones críticas (56).

En este sentido, algunos/as enfermeros/as y profesionales investigadores se han preocupado por evaluar, difundir y generar debates respecto a la presencia de riesgos psicosociales en este grupo de trabajadores/as. Quizá el desafío para los tiempos actuales sea generar intervenciones exitosas que aporten al bienestar de las enfermeras/as, las cuales pudieran ser replicadas en otros lugares de trabajo. Al parecer, otras disciplinas como la Psicología pueden apoyar la enfermería al respecto y proponer intervenciones a trabajadores/as con riesgos psicosociales, sustentadas en teorías de enfermería centradas en el cuidado integral de las personas. Sumado a ello, los/as enfermeros/as investigadores/as deben visualizar la posibilidad de proponer al mundo científico teorías de rango medio para el cuidado de los trabajadores que padecen de este tipo de riesgos en el trabajo y hacer visible la disciplina de enfermería a otros saberes.

Como se observa, queda mucho por avanzar a todo nivel, pero esta evolución requiere de un esfuerzo grupal de los trabajadores, organizaciones, empresas, comunidad y academia. En relación con lo anterior, expertos indican que es necesario que desde la academia se continúe generando un soporte investigativo al ejercicio profesional, a la disciplina y al estudio de las condiciones de trabajo de los/as profesionales de enfermería, con el objetivo de cubrir los vacíos de conocimiento y proporcionar información que arroje intervenciones eficaces (57), todo ello con la finalidad de proporcionar a la enfermería y a la sociedad una mejor calidad de vida y salud.

Consideraciones finales

El objetivo del estudio fue reflexionar sobre los aspectos teóricos relacionados con los factores de riesgos psicosociales a nivel laboral. Al respecto, se indica que existen numerosos aportes, tanto teóricos como empíricos, sustentados en modelos teóricos, de los cuales emergen diversos cuestionarios o escalas para su evaluación. Los factores de riesgos psicosociales se encuentran presentes en el entorno laboral, por lo que éstos deben ser medidos, con la finalidad de proponer o implementar medidas de mejora para favorecer el estado de salud de los trabajadores, así como su bienestar y calidad de vida.

El enfoque de género demuestra las desigualdades existentes en el trabajo en relación con los factores de riesgos psicosociales. Es primordial hacer visibles estos riesgos para proteger y promover la salud de las mujeres en su lugar de trabajo, además de luchar en pro de la equidad y el respeto por parte de la sociedad hacia los/as trabajadores/as.

La enfermería es reconocida como una profesión perteneciente al área de servicios, por lo que los profesionales deben estar preparados/as desde el nivel de pregrado para prevenir los riesgos laborales propios de este sector, como los psicosociales, tanto en sus puestos de trabajo como para abordarlos desde el área de enfermería en seguridad y salud en el trabajo. Los programas de postgrado se encuentran en una posición estratégica para desarrollar la línea de seguridad y salud en el trabajo que permita abordar en profundidad los riesgos psicosociales a los que están expuestos los/as trabajadores/as y proponer programas de intervención basados en teorías de enfermería.

Referencias

- (1) Gobierno de Chile. Superintendencia de Seguridad Social. SUSESO-ISTAS 21. Manual de uso. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el trabajo [manual en Internet]. 2009 [acceso: 03 jul 2014]. Disponible en: <http://www.achs.cl/portal/Empresas/Documents/MANUAL%20SUSESO%20ISTAS%2021%20Versi%C3%B3n%20Breve.pdf>
- (2) Gil P. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2012;29(2):237-241.
- (3) Gil P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias para la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):169-173.
- (4) Cifre E, Salanova M, Franco J. Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿una cuestión de diferencias? *Gestión práctica de riesgos laborales*. 2011;82:28-36.
- (5) Campos SJ, Ronda PE, Artazcoz L, Benavides F. Desigualdad de género en salud laboral en España. *Gac Sanit*. 2012;26(4):34-51.
- (6) Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Factores Psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: OIT, OMS; 1984.
- (7) Taub M, Olivares RV. Factores Psicosociales desde una perspectiva positiva. *C y T*. 2009;11(32):27.
- (8) Meliá J, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Salanova M *et al*. Principios comunes para la evaluación de riesgos psicosociales en la empresa [libro en Internet]. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006. [acceso: 03 jul 2014]. Disponible en: <http://www.uv.es/~meliaj/Papers/2006FTNCap1.pdf>
- (9) Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic books; 1990.
- (10) Gómez OV, Moreno L. Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Univ Psychol*. 2010 may;9(2):393-407.
- (11) Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012;12:108.
- (12) Siegrist J. Advance Health Effect of High-effort/Low-reward conditions. *J Occup Health Psychology*. 1996 Jan;1(1):27-41.
- (13) Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Research on work related stress. European agency for safety & Health at work. Luxembourg: Office for official Publication of the European Communities; 2000.
- (14) Guardia OJ. Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2008.
- (15) Gobierno de Chile. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21 [cuestionario en Internet]. 2009 [acceso: 02 jun 2014]. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/_documentos/salud_docente/superintendencia_seguridad_social_cuestionario_evaluacion_riesgos.pdf
- (16) Moreno JB. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Med Segur Trab*. 2011;57(Suppl 1):4-19.
- (17) Trabajos saludables: gestionemos el estrés [página principal en Internet]. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo; [acceso: 20 may 2014]. Disponible en: <https://www.healthy-workplaces.eu/es/stress-and-psychosocial-risks/facts-and-figures>
- (18) Moran C. Estrés, *burnout* y *mobbing*: recursos y estrategias de afrontamiento. 2ª ed. Salamanca, España: Amarú Ediciones; 2009.
- (19) Meneghini F, Paz A, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto-Enferm*. 2011 apr;20(2):225-233.
- (20) Mendes AM. *Estresse Ocupacional*. Em: Editora Universidade de Brasília. Trabalho em Transicao, saúde em risco. Brasília, Brasil; 2002.

- (21) Guillén C, Guil R, Mestre J. Estrés laboral. En: P.P.U. Psicología del trabajo y organizaciones. Barcelona; 2005.
- (22) Hernández J. Estrés y *burnout* en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(2):103-110.
- (23) Zambrano PG. Estresores en las unidades de cuidado intensivo. Aquichán. 2006;6(1):156-169.
- (24) Griep RH, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos SP. Combined use of job stress models and self-rated health in nursing. Rev Saúde Pública. 2011;45(1):145-152.
- (25) Msaquel P, Keramaris NC, Apostolopoulos AP, Syrmos N, Kappos T, Tasoulis A *et al.* The effort-reward Imbalance Questionnaire in Greek: traslation, validation and psychometric proprieties en health professionals. J Occup Health. 2012;54:119-130.
- (26) Weiss B. Eliminar el estrés. Barcelona: Ediciones B, S.A.; 2004.
- (27) Gil MP. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Madrid: Ed Pirámide; 2005.
- (28) Freudenberg H. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-166.
- (29) Tomas SJ, Maynegre SM, Pérez BM, Alsina RM, Quinta BR, Granell NS. Síndrome de *burnout* y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. Enferm Clin. 2010;20(3):17-78.
- (30) Gil MP. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *burnout*) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy. 2003;1(1):19-33.
- (31) Valenzuela SS. La necesaria incorporación del enfoque de género en la investigación de enfermería en salud laboral [editorial]. Rev Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011;8(2):4-5.
- (32) Álvarez VL, Prieto BB. Prevalencia del desgaste profesional en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. Enfermer Glob. 2013;12(1):73-88.
- (33) Sánchez P, Sierra V. Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería en UVI. Enfermer Glob. 2014;33:252-266.
- (34) Martínez PA. El síndrome de *burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia [artículo en Internet]. 2010 [acceso: 20 may 2014];112:[aprox. 40 p.]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- (35) González J, Moreno JB, Garrosa HE. Carga mental y fatiga en servicio especiales de enfermería. Rev Latinoam Psicol. 2005;37(3):477-492.
- (36) Cañas J. Personas y máquinas. El diseño de su interacción desde la ergonomía cognitiva. Madrid: Ed. Pirámide; 2004.
- (37) Hacker, W. Carga mental de trabajo. En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001 [acceso: 02 jul 2014]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/29.pdf>
- (38) Díaz D, Hernández E, Rolo G. Carga mental de trabajo. España: Ed. Síntesis; 2012.
- (39) Young M, Stanton N. Mental workload: Theory, measurement and application. In: Karwowski W, editors. International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors. London: Ed. Taylor & Francis; 2001. 507-509 p.
- (40) Wickens C. Multiple resources and mental workload. Human Factors. 2008; 50(3):449-455.
- (41) Díaz RE, Rubio VS, Martín GJ, Luceño ML. Estudio psicométrico del índice de carga mental NASA-TLX con una muestra de trabajadores españoles. Rev Psicol Trab Organ. 2010;26(3):191-199.
- (42) Neill D. Nursing workload and the changing health care environment: a review of the literature. Journal: education, practice and research. 2011;1(2):132-143.
- (43) Díaz D, Hernández E, Rolo G, Galván E, Fraile, M, Loayssa G. Escala subjetiva de carga mental de trabajo [documento en Internet]. Tenerife: Instituto Canario de Seguridad Laboral. 2010 [acceso: 21 may 2014]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/cicnt/icasel/documentos/manualcarga_mental.pdf
- (44) Rubio S, Díaz E, Martín J. Aspectos metodológicos de la evaluación subjetiva de la carga mental de trabajo. Arch Prev Riesgos Labor. 2001;4(4):160-168.
- (45) Rolo G, Díaz D, Hernandez F. Desarrollo de una escala subjetiva de carga mental de trabajo (ESCAM). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2009;25(1):29-37.
- (46) Ceballos P, Paravic T, Burgos M, Barriga O. Validación de Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo en funcionarios/as universitarios/as. Cienc Enferm. 2014; 20(2):73-82.
- (47) Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud. Género [página principal en Internet]. 2014

- [actualizado 2014; acceso: 20 may 2014] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>.
- (48) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Tendencias mundiales de empleo de las mujeres, marzo 2009 [documento en Internet]. Ginebra: OIT; 2009 [acceso: 19 may 2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—dcomm/documents/publication/wcms_106195.pdf
- (49) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Panorama Laboral 2013. América Latina y el Caribe [documento en Internet]. Lima: Oficina regional de la OIT para América Latina y el Caribe; 2013 [acceso: 20 may 2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—americas/—ro-lima/documents/publication/wcms_242634.pdf
- (50) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Salud y seguridad en el trabajo desde la perspectiva de género. Módulo para la formación de hombres y mujeres sindicalistas [módulo en Internet]. Italia: Centro Internacional de Formación de la OIT; 2011 [acceso: 02 jul 2014]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local%20/MINSA/2396.pdf>
- (51) Brunel S, Moreno N. Salud, mujeres y trabajos. Guía para la mejora de las condiciones de salud y trabajo de las mujeres [guía en Internet]. España: Secretaría Confederal de la Mujer de cc. oo.; 2004 [acceso: 03 jul 2014]. Disponible en: http://www.redunidadesdeigualdad.udl.cat/fileadmin/Recursos/PRL/salud_mujeres_trabajo.pdf
- (52) Peiró J. El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Univ Psychol*. 2004;3(2):179-186.
- (53) World Health Organization (WHO). The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management [libro en Internet]. 2001 [acceso: 03 jul 2014]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf
- (54) Enríquez C, Colunga C, Preciado M, Ángel M. Factores psicosociales y estrés en el trabajo hospitalario de enfermería en Guadalajara, México. *Rev Colombiana de Salud Ocupacional*. 2009;1(1):23-26.
- (55) Melo BF, Alves SA, Araujo MD, Santos AM, Pereira AB. Significado del trabajo de los profesionales de enfermería en el hospital general. *Av Enferm*. 2010;28(2):31-39.
- (56) Malváres SM, Castrillón AM. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Serie Desarrollo de Recurso Humano [serie en Internet]. 2005 [acceso: 02 jun 2014]. N° 39:[aprox. 69 p.]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>
- (57) García UJ, Beltrán LA, Daza LM. Autoevaluación de condiciones de trabajo de enfermería en alta complejidad. *Av Enferm*. 2011;29(2):331-341.

La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería

Qualitative research: a creative act for nursing

A pesquisa qualitativa: um ato criativo pela enfermagem

MARÍA MERCEDES ARIAS VALENCIA*

DORA LUCÍA GAVIRIA NOREÑA**

Resumen

Este artículo tiene el propósito de identificar los antecedentes históricos y describir las potencialidades investigativas y las estrategias metodológicas con énfasis en la investigación cualitativa. Este énfasis obedece a la pertinencia para aportar al objeto de conocimiento y de transformación disciplinar: *el cuidado*. La investigación es un acto creativo del ser humano, pues favorece la comprensión de la realidad en sus dimensiones objetiva, subjetiva e intersubjetiva, es el arte de combinar lo real y lo imaginario, lo tangible y lo intangible, las paradojas y las certezas en medio del caos y la incertidumbre en el mundo contemporáneo. Para tal propósito, se identificaron algunos aspectos que relacionan la enfermería con la investigación cualitativa, se describieron los objetos, los métodos y la episteme o modos de conocer de la disciplina y se concluyó que varios postulados centrales de dicha perspectiva investigativa hacen parte de la formación y del *ethos* disciplinar. Se esbozaron inquietudes, recomendaciones y obstáculos para vencerlos de forma creativa y para trabajar en el contexto actual lo que es favorable a la investigación y al desarrollo disciplinar.

Palabras clave: Investigación en Enfermería; Investigación Cualitativa; Teoría de Enfermería (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

This article has the intention to identify the historical precedents and to describe the investigative potentialities and methodological strategies with emphasis in the qualitative investigation. This emphasis obeys his relevancy to contribute with the object of knowledge and transformation to discipline: the care. The investigation is a creative act of the human being, so it favors the comprehension of the reality in his dimensions objective, subjective and inter-subjective, it is the art of combining real thing and imaginary thing, tangible thing and intangible thing, paradoxes and certainties in middle of the chaos and suspense in the contemporary world. For such an intention, there are identified some aspects that relate infirmery to qualitative investigation, there are described objects, methods and episteme or ways of knowing about discipline and it ends that, several central postulates of above mentioned perspective investigative make part of formation and of the ethos of discipline. Worries, recommendations and obstacles are outlined to win in creative form and to be employed at current context that is favorable to investigation and to development to discipline.

Key words: Nursing Research; Qualitative Research; Nursing Theory (Source: DECS BIREME).

Resumo

Este artigo tem o propósito de identificar os antecedentes históricos e descrever as potencialidades investigativas e as estratégias metodológicas com ênfase na pesquisa qualitativa. Este ênfase obedece à pertinência para aportar ao objeto de conhecimento e de transformação disciplinar: o cuidado. A pesquisa é um ato criativo do ser humano, pois favorece a compreensão da realidade em suas dimensões objetiva, subjetiva e intersubjetiva, é a arte de combinar a real e o imaginário, o tangível

* Enfermera. Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Doctora en Ciencias en el Área de Salud Pública, Fiocruz, Brasil. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia E-mail: maria.arias@udea.edu.co mariamercédez619@yahoo.com

** Enfermera. Magíster en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia. Especialista en Epidemiología, Instituto de Ciencias de la Salud, CES. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. E-mail: dora.gaviria@udea.edu.co doralgaviria@gmail.com

e o intangível, os paradoxos e as certezas em meio do caos e a incerteza no mundo contemporâneo. Para tal propósito, identificaram-se alguns aspectos que relacionam a enfermagem com a pesquisa qualitativa, descreveram-se os objetos, os métodos e a episteme ou formas de conhecer da disciplina, e se concluiu que vários postulados centrais da perspectiva investigativa, fazem parte da formação e do ethos disciplinar. Esboçaram-se inquietudes, recomendações e obstáculos, para vencê-los de forma criativa e para trabalhar no contexto atual, o que é favorável à pesquisa e ao desenvolvimento disciplinar.

Palavras-chave: Pesquisa em Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Teoria de Enfermagem (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

La investigación es un medio de interacción entre la academia y la sociedad, por un lado, y entre la teoría, la disciplina y la práctica, por otro, Villalobos (2002: 13) (1). Si para el país la investigación es un asunto de sobrevivencia, para el posicionamiento social de la disciplina es un asunto de pervivencia: de sobrevivencia, por las dificultades de reconocimiento y avance de la profesión y de pervivencia, porque la investigación y el avance en el conocimiento supone el desarrollo de grupos, cuerpos académicos y formas de cooperación entre diversas instancias institucionales y de una organización del trabajo que apoye los logros presentes y potencialice los desarrollos futuros. El objetivo de este artículo es compartir algunas reflexiones sobre la importancia y la potencialidad de la investigación cualitativa para el desarrollo disciplinar, de manera que se responda a la necesidad de producir, ampliar y difundir el conocimiento de enfermería.

El énfasis en la investigación cualitativa obedece al auge que ha tenido esta perspectiva en las últimas décadas en salud y en enfermería como un método cercano a la comprensión del mundo del cuidado. Éste es, al mismo tiempo, ontológico, axiológico, ético y estético, y en este sentido constituye un asunto que compete a todos como una práctica social y por tanto, un bien social valioso (2). Los aportes provenientes de esta perspectiva han transformado los patrones de producción de conocimiento disciplinar y el establecimiento de prioridades de indagación en enfermería en busca de solucionar los problemas de salud de los colectivos humanos y sociales que se concretan en la aplicación del conocimiento en la práctica de la enfermería.

El artículo se desarrolla en cuatro apartados que integran los antecedentes históricos de la investigación en enfermería y, a pesar de que no es exhaustivo, trata de aproximar al lector a procesos notorios que influenciaron el

desarrollo investigativo; un segundo apartado expone las estrategias más utilizadas en el escenario de la investigación; uno tercero trata de analizar los desafíos para la disciplina y la práctica de enfermería; finalmente, se presentan las consideraciones finales reflexivas que nos permiten continuar en la búsqueda de investigación como sello de la excelencia.

Antecedentes históricos

Polit & Hungler (2000:715) (3), Villalobos (2001:105,51) (4) y De Oliveira, Schubert Backes, Coelho, De Cezar (2007:108,115) (5) tipifican el desarrollo de la investigación en enfermería. Polit & Hungler (2000:715) (3) ilustran sobre los diversos énfasis que ha tenido la investigación en las últimas décadas y, en este sentido, describen las siguientes etapas: En primer lugar, reconocen que heredamos las observaciones minuciosas de Florence Nightingale (6). En los primeros años del siglo veinte, de 1900 a 1940, el énfasis de la investigación se centró en la educación. En la década de 1940 la investigación se hacía primordialmente sobre las funciones, necesidades y recursos. En la década de 1950 aparece la investigación en enfermería, con capacidad para enfrentar temas y problemas y establecer proyectos. Se hacen estudios sistemáticos de actividades y las enfermeras se estudian a ellas mismas. En 1960, aparecen en la literatura marcos y modelos conceptuales y el proceso de enfermería. Se utilizan los resultados para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. En la década de los años 70, las indagaciones se sitúan en áreas afines a la investigación en enfermería; en 1980 comienza una segunda etapa de desarrollo, con cambios y preguntas fundamentales, y una reflexión acerca del objeto disciplinar.

Villalobos (4) también caracteriza las etapas del desarrollo investigativo y teórico de la enfermería y las resume en cuatro: 1) Etapa de la práctica, del Siglo XIX a 1938; 2) Etapa de la educación y la administración, de 1938 a 1950; 3) Etapa del desarrollo investigativo, de 1950 a 1965/1970; 4) Etapa del desarrollo teórico desde 1965/1970. En este período se acepta la teoría como instrumento útil, se desarrollan relaciones entre teoría, investigación y práctica y se reconoce la necesidad de indagación filosófica. Esta última etapa constituye un gran desafío, precisamente porque en ella confluyen los desarrollos y las teorías disciplinares con el desarrollo de la investigación autónoma.

Por su parte, De Oliveira VL, Schubert Backes VM, Coelho MI, De Cezar MR (5) identificaron cuatro fases en la evolución del conocimiento científico: en la primera,

el foco de la investigación se centró en el *qué hacer*; en la segunda, intentando conquistar el dominio técnico, la enfermería procuró definir *cómo hacer*; y en seguida investigó *por qué hacer*. Actualmente, la enfermería investiga *cuál es su saber propio*.

Castrillón y Nájera (2000) (7) hacen una revisión de 6 coloquios panamericanos de investigación en enfermería donde concluyen que el trabajo de investigación en enfermería que se realiza hasta esta época es sin apoyo interdisciplinario, centrado en un saber medicalizado y con poco desarrollo de los grupos y líneas de investigación.

La investigación en enfermería a su vez guarda relación con el desarrollo del país y su sistema de Ciencia y Tecnología con la organización de la investigación en las universidades; con la creación y expansión de los sistemas de postgrado, especialmente, con los programas de maestría y doctorado que constituyen verdaderas estrategias de formación de investigadores (7); con el desarrollo de la investigación formativa en el pregrado; con el avance del conocimiento disciplinar y su difusión; y por último, con el posicionamiento de éstos en las difíciles clasificaciones de los sistemas de Ciencia y Tecnología.

La investigación en enfermería tiene por lo menos dos grandes objetivos: 1) Aumentar el cuerpo disciplinar de conocimiento; y 2) Contribuir a la salud de las poblaciones para aportar en la solución de los problemas sociales (8). Puede centrarse en diferentes perspectivas: los usuarios, los servicios de salud, la prestación, organización y evaluación de éstos, la práctica de los cuidados y los efectos que esta práctica tiene para individuos, familias y grupos de la comunidad, los ámbitos y los microcontextos en que tiene lugar el cuidado, los profesionales, las profesiones y la disciplina.

Desde una visión optimista e integradora, los distintos abordajes de la investigación abren posibilidades de desarrollo para la enfermería, ya sea a través de los métodos cualitativos basados en el paradigma *naturalístico* (Lincoln & Guba, 1985:289) (9) o en el método lógico-empírico basado en el paradigma *racionalístico*. Una posibilidad es la investigación cualitativa, cualquiera que sea el tipo de estudio. Este abordaje abrió grandes posibilidades para la enfermería por varias razones, a saber: 1) Sus pioneros han sido profesores de facultades y escuelas de enfermería, es el caso de Glasser y Strauss; 2) Su desarrollo continúa por parte de investigadoras enfermeras, entre las cuales cabe destacar a Morse, Corbin y Benner; 3) La construcción de materiales académicos, en lo que se destaca el *Handbook of Qualitative Research*, (10) con la participación de sociólogos y enfermeras;

4) El trabajo de compilación y difusión del núcleo que existe entre Canadá, México y España, responsables por la organización de los Congresos Iberoamericanos de Investigación Cualitativa en Salud y autores de obras importantes, como la *Antología Iberoamericana de Investigación Cualitativa en Salud* (11, 12).

En síntesis, como lo expresa De la Cuesta (13):

La investigación cualitativa proporciona conocimiento sobre contextos y sobre las vivencias, las perspectivas y conductas de las personas permitiendo una mayor comprensión sobre ellas. Al revelar presupuestos y conductas de lo que las personas no son totalmente conscientes, los estudios cualitativos también revelan puntos estratégicos para intervenir y alternativas de acción que no se habían considerado antes. La investigación cualitativa así se convierte en un instrumento poderoso para lograr una comprensión de temas complejos y para proporcionar acceso a la acción oral y efectiva, ya que aprehende la verdadera naturaleza de la realidad.

La investigación en enfermería y el desarrollo disciplinar

La investigación en enfermería dota de sentido la discusión frente a las teorías, la construcción de los conceptos, los métodos y las técnicas y sus potencialidades para la construcción de una práctica reflexiva en lo académico y pertinente en lo social. Para De la Cuesta (14), la investigación es un acto creativo y transformador: "Investigar es un acto interpretativo producto de la interacción social, es una artesanía que se crea en el día a día. La investigación favorece la reflexividad, convierte al investigador en actor de su estudio e instrumento de indagación y el proceso reflexivo dota al investigador de capacidad, de un *self-indagador*".

El contexto actual para el desarrollo de la enfermería también se caracteriza por la incertidumbre y la complejidad, así como por las exigencias de generación de conocimiento que demanda la sociedad, a las cuales responde la investigación que se produce en medio de cambios acelerados de la tecnología, la información y la comunicación. En palabras de Morin (1991:88-234) (15): "La ciencia no es únicamente producto de una dinámica histórica, cultural y social de los tiempos modernos occidentales, sino que en sí misma se convierte en productora y transformadora de la dinámica que la produce y transforma".

En la investigación en enfermería se conjugan elementos epistemológicos, teóricos y prácticos, y opera una

compleja urdimbre de interdependencias que es necesario develar: las formas de interacción entre los que cuidan, los sujetos del cuidado, las instituciones y los que contribuyen a la generación de conocimiento. La complejidad implica relaciones que simultáneamente pueden ser, según Morin (1991:100) (15), complementarias, recursivas y antagónicas, comprende también incertidumbres, indeterminaciones y fenómenos aleatorios y el sentido del carácter multidimensional de toda realidad. Medina (16) considera que pasar del paradigma de la simplicidad al paradigma de la complejidad es uno de los desafíos para el desarrollo de la disciplina de enfermería. Supone asumir que la complejidad reside en la cotidianeidad, en la contradicción y la transformación como constitutivos de la identidad y de la multiplicidad de miradas de la realidad.

La disciplina ha identificado varios modos de conocer o epistemes que aportan a la comprensión del cuidado

desde el acercamiento a una realidad, que es al mismo tiempo objetiva, subjetiva e intersubjetiva en los diferentes escenarios de actuación. Debemos a Carper (17) la identificación de varios patrones de conocimiento disciplinares, pues en su opinión: “Enfermería depende del conocimiento científico del comportamiento humano en la salud y la enfermedad, de la percepción estética del significado de las experiencias humanas y de la capacidad de hacer elecciones en situaciones adversas”. Moran (2001: 27) (18) cita el trabajo de Carper (17) de los patrones del conocimiento y relaciona las teorías de enfermería, los modos de indagación y las evidencias, lo cual constituye un avance y a la vez una posibilidad en la concreción epistémica de la disciplina, como se describe en el Cuadro 1.

Retomando a Moran (2001:27) (18), los cuatro primeros patrones de conocimiento pueden ser vistos como “juegos” de teorías sujetos a diferentes formas de

Cuadro 1. Patrones de conocimiento (17): tipos de teorías de enfermería, modos de indagación y evidencias (Fawcett, Watson, Neuman, Hinton y Fitzpatrick, 2001) (19)

Patrón de conocimiento	Descripción	Modo de indagación	Ejemplos de evidencias
Personal	Expresión de la calidad y autenticidad del proceso interpersonal entre las enfermeras, los pacientes, las familias y los colectivos. En esencia, son las relaciones interpersonales e intersubjetivas del acto de cuidar.	Observación participante, la entrevista y las técnicas de escucha y análisis cualitativo.	Historias autobiográficas.
Estético	Expresión de las percepciones de las enfermeras de lo que es significativo en el comportamiento de los pacientes en los actos del cuidado.	Observación. Técnicas etnográficas.	Criticismo estético.
Empírico	Explicaciones o predicciones basadas en grupos de datos objetivos o subjetivos de la Ciencia de la Enfermería.	Investigación empírico-analítica.	Investigaciones cuantitativas. Ensayos clínicos.
Ético	Se enfoca en obtener conocimientos de cómo las enfermeras aprenden a ser auténticas en las relaciones con los pacientes y cómo saber expresar su preocupación y cuidado para otras personas. Descripción de los valores y las creencias del cuidado.	Análisis de las creencias y valores.	Estándares de la práctica, filosofías y códigos de ética.
Emancipador (Chinn&cramer, 2008) (20) (agregado al cuadro por las autoras)	Reconoce problemas sociales y políticos de injusticia e inequidad. Acoge la teoría crítica de la sociología clásica e integra la perspectiva posestructuralista.	Examen crítico de problemas y acciones. Análisis imaginativo de las circunstancias en las que tienen lugar los problemas de la gente. El proceso crítico, imaginativo y reflexivo es circular.	Expresiones formales. Planes de acción. Manifiestos. Análisis crítico. Visiones de futuro. Integración a la práctica.

indagación, de los cuales le subyacen diferentes formas metodológicas. Además, son las bases para la generación de formas múltiples de evidencias para la práctica de enfermería, que deben ser integrados para su comprensión. El patrón emancipador pretende integrar las necesidades, las barreras para la solución de los asuntos críticos y la reflexión sobre la acción (Chinn & Cramer, 2008:65) (20).

Por otra parte, la teoría de enfermería integrada a la práctica reflexiva es la guía para las construcciones investigativas con sentido y con excelencia. Frente a los marcos conceptuales, (Medina:31) (21) invita a los profesionales de enfermería “a analizar, comprender e interpretar la acción de la enfermera en la asistencia, en la docencia en la gestión o en la investigación”. La comprensión, según Medina, debe acercarse no a una enfermería imaginaria, especulativa o ideal, sino a “la práctica competente y virtuosa de la enfermería” (Medina:112) (21). Según el autor, “las investigaciones deben incluir el contexto como elemento constitutivo de la realidad a estudiar” (Medina:107) (21).

Castrillón MC (22) expresa que se requiere explorar cómo los conceptos y teorías dan cuenta de la dimensión de los cuidados profesionales y familiares y develan categorías como: padecimiento, trayectorias, transiciones, adaptación, autocuidado, agencia de cuidados, patrones de respuesta, bienestar, estímulos contextuales, mecanismos de afrontamiento y respuestas adaptativas.

En el ámbito de la práctica, se deben comprender las situaciones complejas y adversas del cuidado en las cuales es posible visualizar lo fundamental de la profesión y de la disciplina, y por tanto revelar el lado oculto del cuidado que está presente en los actos cotidianos Boykin (23).

Al mismo tiempo, la investigación en enfermería dota de sentido la discusión frente a los métodos, pues permite desarrollar y consolidar el cuerpo de conocimientos, así como fortalecer lo que De la Cuesta (14) denomina el *self*-investigador o indagador. “El *self* se constituye a través de un proceso reflexivo que pone a la persona en una situación de actuar hacia ella misma en vez de responder de manera automática; tener un *self* convierte a los seres humanos en una clase especial de actores”.

La reflexividad (14) involucra al investigador en un estudio no como protagonista, sino como actor. Investigar es un acto creativo. Como indican Hammersley y Atkinson (1994:213) (24), los investigadores pueden ser conscientes de sus sesgos, sus valores y experiencias: eso es lo que caracteriza la investigación cualitativa.

Ellos requieren “reconocer el hecho de que el investigador social y el propio acto de investigación son parte del mundo social, por tanto, objeto de la propia investigación” (1994:253) (24). La reflexividad convierte al investigador en actor de su estudio e instrumento de la indagación, construye el diseño como producto de las decisiones que toma (De la Cuesta, 2003) (14).

Ahora bien, en lo referente al *cuidado*, Watson(2008:313) (25) considera que es el objeto de reflexión disciplinar por excelencia y que la investigación cualitativa como modalidad investigativa hizo visibles estados y procesos dentro del *continuum* vida/muerte en que el cuidado de las personas toma preeminencia sobre los campos de acción de la profesión médica. Así mismo, ésta centra su pensamiento y su acción en las tecnologías diagnósticas y en el tratamiento farmacológico y médico-quirúrgico de la enfermedad. Lorenzini EA (26) considera que la investigación favorece la comprensión de las relaciones del ser humano y las posibilidades con el cuidado con la vida, con lo cotidiano y con la naturaleza; resalta la importancia y el compromiso en la construcción colectiva del ser ciudadano.

La investigación cualitativa es pertinente y apropiada para desarrollar la enfermería, incorpora el campo del diagnóstico y el tratamiento, además, enfatiza en el estudio de situaciones y estados vitales: dependencia del cuidado, cronicidad, discapacidad/invalidez, el cuidado en la niñez, la adolescencia y la vejez, el duelo y la muerte y las transiciones; el desarrollo de otros ámbitos de cuidado hospitalario y no hospitalario, como el domiciliario, el paliativo y el cuidado en microcontextos especiales, ya sean instituciones de asistencia, empresas, fábricas y otras modalidades de cuidado.

En resumen, la investigación cualitativa abrió otras posibilidades metodológicas y un campo para el desarrollo disciplinar; amplió el ámbito de acción en la práctica y de indagación en la organización de los servicios y en la formulación de políticas públicas y en los procesos decisorios. Por lo tanto, constituye una potencialidad aplicar, validar, construir, expandir y profundizar la teoría existente en la disciplina y en las ciencias relacionadas con la vida y la salud, como las ciencias humanas y sociales.

Las estrategias de investigación en enfermería

Las estrategias de investigación van unidas con las de formulación de teoría, a la cual muchos han aportado en ese sentido. Fawcet elabora un marco para el análisis y la evaluación de teorías de enfermería (Fawcet, 2000) (27).

Smith MJ y Liehr (2008:vi-vii) (28) destacan la importancia de la teoría en la formulación de modelos, las relaciones entre los niveles filosóficos, teóricos y empíricos y la aplicación de la teoría a la investigación y a la práctica en enfermería. Villalobos (2001:105) (4) sitúa la estrategia entre la “investigación y el desarrollo de teoría”; Espino (1992) (29), en “aprender a trabajar con problemas”; y Medina (2006:312) (30), en la “aplicación del enfoque de la complejidad y el caos en la pedagogía del cuidado y en el desarrollo de la teoría y la investigación”

De esta manera, prevalecen los estudios cuantitativos, la aplicación de sus evidencias a la práctica y los estudios cualitativos diseñados para “capturar la práctica basada en evidencia” (Leeman J, Sandelowski M, 2012:1) (31). Lorenzini Alacoque (2005:1) (32), en una investigación bibliográfica sobre tesis doctorales, resalta que las investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería “presentan diferentes abordajes filosóficos y lineamientos metodológicos, nuevas técnicas y tecnologías en el campo teórico del saber cuidar, enfocando el cuidado en el quehacer de la enfermería en diferentes contextos institucionales y sociales”.

Si bien las estrategias de investigación se encuentran en constante movimiento, en el presente texto haremos referencia a las más cercanas a la investigación cualitativa:

Villalobos (2001:104) (4) propone varias modalidades de relación entre investigación, teoría y práctica, cuyo desarrollo requiere los siguientes pasos: 1) Seleccionar un fenómeno de ocurrencia frecuente; 2) Hacer medición de todas las características; 3) Analizar cuidadosamente todos los datos obtenidos; y 4) Normalizar los patrones sistemáticos como definiciones teóricas.

El *desarrollo de la teoría* debe partir de los problemas de la práctica, ya sean fenómenos o situaciones. En una teoría bien planteada, el nivel de abstracción incluye los indicadores empíricos, las relaciones, los conceptos y los supuestos en forma coherente. En este sentido, la misma autora (Villalobos, 2001:101) (4) revisó los conceptos sobre teoría y concluyó que la teoría de enfermería se puede definir como: “La conceptualización de una realidad ideal o descubierta relacionada con enfermería, articulada y comunicada y que tiene el propósito de describir, explicar o prescribir realidades del cuidado de enfermería. La teoría de enfermería se desarrolla para contestar cuestiones centrales y fundamentales del dominio definido”.

A manera de ejemplo, para desarrollar la teoría de los *síntomas desagradables* Lenz *et al* (1995:1-13) (33):1)

definieron como síntomas desagradables el vómito, la ansiedad, la disnea y la fatiga; 2) revisaron y desarrollaron los conceptos como simples y múltiples; 3) establecieron similitudes y diferencias con otros conceptos como los de dolor, angustia y depresión, ansiedad y somatización; y 4) definieron los componentes de intensidad como síntoma agudo o crónico. Finalmente, se hizo una reunión creativa entre los resultados de la investigación y las evidencias propias y reportadas en la literatura. Esta teoría ha evolucionado en todos sus componentes hasta profundizar en el modelo para el manejo de la experiencia total de los síntomas (Lenz ER. & Pugh LC 2014:165) (34).

Espino (2003) (29) propone “aprender a trabajar con problemas”, para lo cual es necesario reunir: lo que conozco, lo que otros integrantes del equipo conocen, lo que conocemos entre nosotros, lo que los expertos conocen y lo que nosotros conocemos que se puede aplicar para su solución. Seguidamente, definir en grupo quién, cómo y cuándo se debe solucionar el problema, evaluar los resultados y aplicar las soluciones en diferentes circunstancias. Así podemos decir que *hemos aprendido*. Las estrategias enunciadas retoman elementos de otras teorías y de otras estrategias, como el aprendizaje basado en problemas (ABP) (35), y combinan la investigación, la acción, la teoría y la práctica.

La formación investigativa requiere trabajar con la construcción de objetos de reflexión, estudio y conocimiento que constituyen temas y problemas con potencialidad de estudio con aporte desde el punto de vista de la enfermería. Los que se enuncian a continuación pueden hacer parte de importantes agendas para su consolidación: la salud, el bienestar, la vida, los procesos vitales Colliere (1997) (36), la enfermedad como opuesta y como alteración de ella, la muerte, el sufrimiento y el padecimiento, el ahogo, el confort (Morse, 1992:91-113) (37), la comodidad, el alivio, la tranquilidad y la trascendencia (Kolkaba K, citado por Nava, 2010:96) (38), el afrontamiento, la asistencia, la terapéutica y la cura.

Las siguientes categorías son también objetos permanentes de investigación, a saber: las necesidades, el cuerpo, la mente, lo espiritual, lo cultural, lo social, el sentimiento, la sensación, la percepción, la promoción, la prevención, la preservación, la sobrevivencia, la resiliencia, la adaptación, el crecimiento y el cambio, lo clínico y lo patológico, lo agudo y lo crónico, el estrés y la ansiedad, el duelo y la pérdida, la compasión, la empatía y la *compatía* (acuñada por Morse, 1998:51-65) (39): la respuesta humana definida como la habilidad de sentir, percibir o compartir el dolor.

Podríamos enunciar muchos otros, como el ser humano, el ser en sí y el ser para sí (Ferrater:683-684) (40) y para otros, el autoconcepto, la autodeterminación, la unión maternal. Se puede aprender a trabajar en la investigación con estos conceptos y a partir de ellos validar la teoría, ampliarla y producir nueva teoría.

Las teorías y el enfoque de la complejidad y el caos (Medina, 2006:312) (30) aportan otra estrategia para estudiar los fenómenos desde varios puntos de vista y desde varios ángulos de análisis —es decir: no de una sola disciplina ni de una sola perspectiva teórica— y aunar las teorías de enfermería con las provenientes de otras disciplinas. Mínguez Arias J y Martínez Riera JR (2013) (41) afirman que “en el trabajo el enfermero se plantea complejas situaciones que aunque omnicomprendivas necesitan ser desmenuzadas para descifrar algunos determinantes inherentes al ser humano”.

Un ejemplo de la aplicación de perspectivas complejas en los fenómenos investigados puede ser el siguiente: tomar la reproducción en el centro y, alrededor del concepto, trabajar la salud reproductiva, mirar las dimensiones de la reproducción individual y de la reproducción de la sociedad, integrar y aplicar herramientas teórico-metodológicas provenientes de la salud y de las ciencias sociales, como antropología, sociología, demografía y epidemiología; trabajar el contexto en que se da la reproducción a partir de los pronunciamientos internacionales, tales como la integración de las teorías de género y de acciones afirmativas para el trabajo con grupos vulnerables, los modelos de asistencia, los derechos reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos, la legislación y demás pronunciamientos y conferencias internacionales. Para ello, tomar los temas y los problemas relacionados con el ciclo vital, la morbilidad relacionada con éste y la reproducción de la sociedad.

En nuestro ejemplo, los principales temas y problemas comprenden las etapas de la vida: la gestación y el nacimiento; la niñez y la juventud; la maternidad y la paternidad; la adultez, la menopausia y el clímax; las relaciones de género y de generación, la vejez —individual, programática y colectiva— y la muerte. La morbilidad comprende el aborto y la mortalidad materna, las enfermedades prevalentes (ETS/SIDA) y las neoplasias relacionadas con la reproducción.

La reproducción de la sociedad incluye los temas de familia, trabajo y sociedad: los patrones de nupcialidad y la nupcialidad juvenil, los mínimos alimentarios y sociales y los sistemas de organización jerárquicos y solidarios.

En cuanto a los métodos, las técnicas y los procedimientos, Mauthner, Birch, Jessop & Millar (2002:107) (42) destacan que en la investigación cualitativa se enfatiza en la construcción científica del contexto y los micro contextos —con herramientas que provienen de la etnografía—. Su método es primordialmente inductivo; el muestreo en la investigación cualitativa debe ser teórico y con focalización; el trabajo de campo también se constituye en el elemento integrador del proceso de investigación (43); se pretende el descubrimiento y el desarrollo de teoría; la descripción debe ser densa y la saturación debe ser teórica; se valora la existencia y la perspectiva del otro, por lo tanto asume la subjetividad y las múltiples voces; posee la interpretación y la comprensión de la realidad como objetivos terminales y como una obligación, una ética que vaya más allá de los códigos y que sea auténtica, sincera, y el compromiso social del investigador.

Como vemos, todos estos asuntos hacen parte de la formación y del *ethos* disciplinar: reforzar este campo desde la investigación y develar los valores, tener en cuenta el punto de vista de los otros, especialmente de los pacientes y de los actores institucionales y adquirir compromisos con personas, familias, grupos y colectivos humanos y sociales es uno de los desafíos desde la enfermería.

Por su parte, el abordaje hipotético-deductivo o lógico-empírico trabaja con diseños epidemiológicos, con guías y evidencias, hace énfasis en la construcción de instrumentos válidos y confiables, índices sensibles y específicos. Parte de hipótesis (conjeturas) y de pruebas para aceptar o refutar, trabaja con marcos muestrales, tiene en cuenta la aleatoriedad, la estratificación, la identificación y el control de los sesgos. Como criterios de rigor, pretende la *replicabilidad*, la comparabilidad, la validez y la confiabilidad, y como objetivo terminal genera explicaciones causales y no causales de los fenómenos.

Pero la metodología incluye aprender a develar los supuestos, alcances y limitaciones, no sólo de las herramientas de investigación, sino también de los conceptos. Un ejemplo lo constituye el reconocimiento de las limitaciones del concepto de riesgo para dar cuenta de problemas sociales y de salud. Existen emprendimientos como el de los métodos mixtos desarrollados en los últimos veinte años (Morse, 2012:27) (44), los cuales incluyen un componente cualitativo. De igual manera, se resalta el aporte de la triangulación de métodos y varios desarrollos de modelación matemática.

La triangulación teórica y metodológica (45) la clasificó Morse (1991:120-3) (46) en dos grandes modalidades, a saber: triangulación dentro de métodos (*within*) y

triangulación entre métodos (*across*). Éstas pueden ser, a su vez, secuenciales o simultáneas, lo cual daría cuatro combinaciones: 1) secuencial QUAN-qual; 2) secuencial QUAL-quan; 3) simultánea QUAN+qual; y 4) simultánea QUAL+quan, según tomen preeminencia los mapas conceptuales *a priori* o la emergencia inductiva de los datos.

Los métodos mixtos (*mix methods*), según Soares de Lima SB, Luzia U, Lorenzini EA *et al* (2010) (47), constituyen desafíos de largo alcance, tanto en el tiempo como en demandas de cantidad y calidad de recursos financieros y humanos.

Los desafíos

Hasta aquí hemos recorrido algunas estrategias; ahora veremos varios desafíos. La formación del *yo indagador* de De la Cuesta (2003) (14) constituye un gran desafío. Se debe formar en los valores de la ciencia y hacer transformaciones que atraviesan los ámbitos ontológico, epistemológico, praxiológico y axiológico, tal como lo explican Arias *et al* (2007:487-92) (48). El tránsito de profesional a investigador es ontológico, en tanto debe formarse en el pensamiento creativo y complejo y reflexionar sobre la condición humana, sobre su práctica. Se producen cambios epistemológicos de gran importancia por cuanto se complejizan las preguntas y se diseñan rutas para la comprensión y la transformación de los objetos de estudio. Esto supone una metamorfosis en la condición de profesionales en la medida en que repiensen su práctica, aportan en el campo disciplinar y se forman en la interdisciplina.

Es praxiológico puesto que se debe aprender a pasar de los problemas del quehacer práctico a los problemas del conocimiento y la transformación. Es axiológico por incluir la reflexión profunda acerca de la dupla ciencia/ética, además de desvendar las diversas moralidades que están en juego entre la realidad, internalista o *emic*, y la mirada del investigador, externa o *etic*.

Breilh J (49) nos plantea algunas claves para una investigación responsable —el cambio de la noción de lo que es práctico— que permitan abrir puentes entre lo teórico y lo técnico con un espíritu emancipador, otro aspecto es la distinción entre inequidad y desigualdad. También debe transitar de la ética de la práctica a la ética del modo de vida, de la investigación participativa a la producción intercultural del saber: un proyecto alternativo de investigación que reconozca la humanidad de los sujetos.

La formación de investigadores incluye pasar de una cultura de comunicación/información oral o gráfica a

una cultura de comunicación escrita que permita apropiarse del conocimiento y conseguir dominio progresivo sobre un campo específico del saber. Los cambios de profesional a investigador han de entenderse, no como la negación de la condición de profesional, sino al contrario, como la ampliación de marcos de explicación y trabajo profesional.

Las transformaciones se pueden dar, por lo menos, a través de las siguientes prácticas: la reflexividad, la autoorganización y la ética. La formación de investigadores requiere formación en la reflexividad, que se entiende en términos de las nuevas experiencias y prácticas de autoconocimiento y autoproducción social. Según Galindo (1994) (50), la reflexividad designa un paradigma emergente en el ámbito de la epistemología y una alternativa a los modelos lineales o simples de análisis e intervención de la sociedad. Esta práctica promueve repensar el quehacer, mirarse y ser mirado a través de los objetos de estudio y ser intervenido por los autores teóricos y por la realidad misma.

La autoorganización tiene relación directa con el principio de *autopoiesis*, de las teorías de la complejidad y el caos. La *autopoiesis* deviene de la especificidad de lo vivo, según la cual los organismos vivos son sistemas autoorganizados. En ellos, la organización es estable, lo cual se denomina *invarianza* de la organización. La estructura puede cambiar para mantener la organización y cuando un esquema ya no sirve se abandona y se construye otro más sofisticado, más creativo (Maturana, 1972) (51).

Según el autor, los organismos vivos son *autopoiéticos* en el sentido de autoorganizados. En este sentido, la formación en la autoorganización es un valor —si no podemos decir que indispensable— un valor a formar en nuestros enfermeros y en los estudiantes de pregrado y postgrado. Así, también estamos formando en la autonomía.

De las teorías de la complejidad, debemos aprender de Morin (1991) (15) a “distinguir sin separar y juntar sin confundir y a religar lo disperso”. La complejidad hace una reconstrucción *a posteriori*. Nuestra competencia debe interactuar con otras competencias sin perder la especificidad, lo cual, según el autor, se denomina *intercompetencia*. La ciencia produce conocimiento y descubre zonas enormes de desconocimiento.

La formación ética pretende que el estudiante avance en la reflexión de la dupla ética/conocimiento con el fin de formarse en la integridad como investigador. De acuerdo con esto, se pretende llegar a alcanzar los tres niveles definidos por Atlan (1991) (52), a saber: el primer

nivel, que es la “moral de la indignación”, lleva a sentir simpatía con los que sufren; el segundo nivel, o “nivel reflexivo de la ética”, que es la estrategia de aplazamiento del bien propio para dar cabida al derecho del otro, ya sea en el nivel individual o colectivo; y el tercer nivel, que es el “relativismo” o “ausencia de un criterio absoluto y la existencia de diferentes criterios de juicio moral que cada cultura vehicula y transmite”. El denominador común de la moral será la supresión del sufrimiento y la búsqueda de la felicidad. En este sentido, y guardadas las diferencias de las épocas y las perspectivas filosóficas, esta reflexión sobre la moral y la felicidad presenta coincidencias con los planteamientos de Epicuro, para quien la búsqueda de la felicidad ocupaba la parte central de su sistema filosófico (Epicuro, 2007) (53).

Consideraciones finales

De acuerdo con lo planteado, la metodología cualitativa se asocia con la evolución de las disciplinas hacia el lado humano y con la perspectiva social y cultural.

Se observa la relación entre la estrategia de humanización de la salud y el método cualitativo (Amezcuea & Carricondo, 2002:159) (54). Según estos autores, “la metodología cualitativa no ha logrado encontrar su sitio en las ciencias de la salud”, las revistas clínicas aún presentan ausencia de enfoque cualitativo y en algunos países éste se observa incipiente o en etapa de curiosidad (ibídem).

A manera de recomendaciones, se podría sugerir lo que plantean Amezcuea & Carricondo (54): 1) Construir una conceptualización propia, en el sentido de las reflexiones teóricas y de las aplicaciones; 2) Diversificar las técnicas: disminuir la hegemonía de los grupos focales, aumentar la etnografía en los contextos culturales e institucionales y como lo afirma Medina: (2009) (16) *el método biográfico reflexivo*.

Como estrategias además de las planteadas, se recomienda fortalecer la investigación en sus diversas modalidades: la investigación formativa, especialmente en el pregrado y en las especializaciones, y la investigación científica a través de los programas de maestría y doctorado; apoyar los medios de difusión de la producción académica —revistas científicas y apostarle a diversas formas de cooperación, por ejemplo: invitar a colegas de instituciones no académicas— y de la práctica profesional para participar en los grupos, los proyectos y las investigaciones. Para ello, es necesario destinar tiempo real a la investigación, asignar recursos físicos y financieros y personal de apoyo técnico.

Como desafíos finales, se plantea la necesidad de formarse en la interlocución, lo cual requiere una dosis de humildad para permitir que un/a colega practique la interlocución académica; adquirir competencia en el discurso académico, el cual se debe diferenciar de los discursos ideológicos y propagandísticos —de vender ideas, programas, etc.—. Adquirir competencia para hacer textos académicos: escribir y publicar, salir del fetiche de la *metodolatría*, pues, siguiendo a Janesick (2000:242-243) (55) es “otra forma de alejarse de la experiencia real de los participantes”, y trabajar con temas, problemas y preguntas sobre objetos de reflexión; contradecir el sesgo de la rivalidad inherente al género femenino y en cambio desarrollar *sororidad* (Lagarde, 1996) (56) y en vez de trabajar en competitividad, aunar esfuerzos para mejorar el alcance de las investigaciones; contradecir algunas prácticas como la de “borrón y cuenta nueva” —énfasis propio—, según la cual se construye demeritando lo existente y se practica la falsa autoatribución de autoría.

El contexto externo es, a la vez, desafiante y favorable a la investigación, a pesar de las dificultades en la formación y en la financiación. La investigación en enfermería es un asunto crucial para la producción, validación y ampliación del conocimiento autónomo. La disciplina tiene grandes potencialidades, y puede aprovechar sus desarrollos, así como el camino recorrido por pioneros que han generado grandes teorías, producen teorías de mediano rango y utilizan teorías de otras disciplinas.

Henderson (1994:55-75) (57) ya había advertido que “ninguna profesión, ocupación o industria puede evaluarse adecuadamente y mejorar su práctica sin investigación”; y que “las enfermeras educadas en un sistema autoritario debían pasar por un período de ‘desaprendizaje’” para poder adoptar una “actitud analítica hacia la enfermería”.

Por último, la enfermería se pone en la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades: poderse poner en el lugar de la otra persona para comprender su experiencia y utilizar la inducción para construir una teoría son dos de los elementos más importantes de los estudios cualitativos (De la Cuesta 2005:47-52) (13).

En cuanto a la acción derivada de la investigación, la aplicación de los hallazgos cualitativos es distinta a la aplicación de hallazgos cuantitativos, pues no proporciona soluciones inmediatas, sino que facilita una mayor y mejor comprensión del mundo. Ésta, a su vez, tiene un efecto práctico: permite el acceso a una acción que, en palabras de Strauss (1978:28) (58), es moral y eficaz,

pues se basará en la verdadera naturaleza de la realidad que es múltiple e interpretada por las personas.

En cuanto a las metas para el siglo XXI, Monti E y Tingen M (1999:64-80) (59) proponen la eliminación de obstáculos a la investigación en enfermería, la captación de métodos múltiples de búsqueda y la utilización de hallazgos de investigación en la práctica. Como bien recomendó Henderson (1994:49) (57), para la formación “las enfermeras se sentirían estimuladas trabajando en una atmósfera de investigación”, tal como se desarrolla la enseñanza de los estudiantes de medicina.

Finalmente, es necesario formarse en la *humildad científica* que consiste en pensar que “todos pueden enseñarnos alguna cosa” (Eco, 1998:11) (60). Por lo tanto, nos compete esforzarnos en

aprender algo de alguien, oír con respeto a todos sin dejar de expresar nuestros juicios o saber que aquel autor piensa de modo diferente del nuestro o está ideológicamente distante de nosotros. Cuando queremos hacer investigación, no podemos despreciar ninguna fuente.

Esto es lo que se debe entender por *humildad científica*, que no es una virtud de débiles, sino, al contrario, una virtud de personas orgullosas [ibíd.:11].

El mundo de la investigación es el mundo de las preguntas, en contraposición con el mundo de la formación para la asistencia, que es el mundo de las respuestas y de las soluciones eficaces que queremos dar a través de la enfermería y en *la medida* en que permita la mejor evidencia *posible* a los dilemas y a los problemas de la vida y la salud (Castiel, 1999:204) (61).

Además de las discusiones acerca de la salud y la enfermedad, la enfermería podría contribuir al desarrollo teórico, metodológico y práctico para hacer frente a múltiples temas y problemas. En sus finalidades, la enfermería hace suyos los objetivos que tiene toda sociedad de sanar, cuidar y curar.

Referencias

- (1) Durán VM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan. 2002;2(2):13-20.
- (2) Sevenhuijsen S. Citizenship and the ethics of care: feminist considerations on justice, morality and politics. London: Taylor & Francis e-Library; 2003.
- (3) Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
- (4) Durán VM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Av Enferm. 1998;16(1-2):101-103.
- (5) Oliveira GV, Schubert BV, Coelho SM, Cezar VM. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Invest Educ Enferm. 2007;25(2):108-115.
- (6) Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Masson; 2002.
- (7) Orrego S, Castrillón MC, Nájera RM. Estado del arte de la investigación presentada en los coloquios panamericanos de investigación en enfermería. En: Orrego S, Castrillón MC, Nájera RM, editores. Memorias del 7º Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá: ACOFAEN; 2000. pp. 86-94.
- (8) Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería [propuesta de Doctorado en Enfermería (inédito)]. Documento marco. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2009.
- (9) Lincoln YS, Guba E. Naturalistic Inquiry. California: Sage Publications; 1985.
- (10) Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications; 2000.
- (11) Mercado MF, Gastaldo D, Calderón LC. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: Una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2002.
- (12) Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2002.
- (13) Cuesta BC. La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. Index Enferm [revista en internet]. 2005 nov [acceso: 08 jul 2010];14(50):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200010&lng=pt
- (14) Cuesta BC. El investigador como instrumento flexible de la indagación. Int J Qual Methods [revista en internet]. 2003 [acceso: 03 jun 2009];2(4):[aprox. 27 p.]. Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
- (15) Morin E. El Método. Las ideas. Madrid: Ediciones Cátedra; 1991.
- (16) Medina JL. La deconstrucción o desaprendizaje: aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. Educare 21

- [revista en Internet]. 2003 oct;[acceso: 05 jun 2009];1. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/1021/>
- (17) Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. In: Nicoll LH, editor. *Perspectives on nursing theory*. Philadelphia: Lippincot; 1978. 216-224 p.
 - (18) Moran PL. Práctica de enfermería basada en evidencias. *Rev Mex Enferm Cardiol* [revista en Internet]. 2001[acceso: 07 jun 2009];9(1-4):[aprox 6 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4e.pdf>
 - (19) Fawcett J, Watson J, Neuman B, Hinton P, Fitzpatrick J. On nursing theories and evidence. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(2):115-119.
 - (20) Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes; 1999.
 - (21) Castrillón MC. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. Conferencia en el marco de apertura de la Maestría en Enfermería. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2005.
 - (22) Boykin A, Schoenhofer OS. *Nursing as caring: a model for transforming practice*. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2001.
 - (23) Hammersley M, Atkinson P. *Etnográfica, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1994.
 - (24) Watson J. *Nursing: philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado; 2008.
 - (25) Lorenzini EA. El ser humano y sus posibilidades de construcción desde el cuidado. *Aquichan*. 2003;3(3):49-51.
 - (26) Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis; 2000.
 - (27) Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory for nursing*. New York: Springer; 2008.
 - (28) Espino MS. Desarrollo de enfermería en la Argentina: la investigación como medio para el desarrollo de la enfermería. Buenos Aires: OPS; 1992.
 - (29) Medina JL, Sandín MP. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad. Un tránsito de los reduccionismos pedagógicos a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):312-319.
 - (30) Leeman J, Sandelowski M. Practice-based evidence and qualitative Inquiry. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(2):171-179.
 - (31) Lorenzini EA, Luzia LJ, Costa MI, Trevizan MA, Carvalho DC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003. *Cien Enferm*. 2005;11(2):35-46.
 - (32) Lenz E, Suppe F, Gift A, Pugh L, Milligan R. Collaborative development of middle-range nursing theories: toward a theory of unpleasant symptoms. *Adv Nurs Sci*. 1995;17(3):1-13.
 - (33) Lenz ER, Pugh LC. The theory of unpleasant symptoms. In: MJ Smith and P. Liehr, editors. *Middle range theory for nursing*, 3rd ed. New York: Springer; 2014. 69-90 p.
 - (34) Restrepo GB, García ON, Ceballos ME, Arango RM, Apon- te SA, Bernal AT et al. *Aprendizaje basado en problemas ABP: formación de profesionales de la salud*. Rionegro: Programa Uni-Rionegro; 2000.
 - (35) Francoise CM. *Promover la vida*. Madrid: Mc Graw-Hill/ Interamericana; 1997.
 - (36) Morse JM. Comfort: the refocusing of nursing care. *Clin Nurs Res*. 1992;(1):91-113.
 - (37) Nava GG. Estudio de caso con utilización del instrumen- to de Katharine Kolcaba Teoría de rango medio del con- fort. *Enf Neurol*. 2010;9(2):94-103.
 - (38) Morse JM, Mitcham C, Steen WJ. Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship. *J Med Humanit*. 1998;19(1):51-65.
 - (39) Ferrater MJ. *Diccionario de filosofía de bolsillo*. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
 - (40) Mínguez AJ, Martínez RJ. El ser humano y la géne- sis del trabajo enfermero comunitario. *Cultura de los Cuidados* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 06 may 2014];17(36): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http:// dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.07](http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.07)
 - (41) Mauthner M, Birch M, Jessop J, Miller T. *Ethics in qua- litative research*. London: Sage; 2002.
 - (42) Soto LV, Durán VM. El trabajo de campo: clave en la in- vestigación cualitativa. *Aquichan*. 2010;10(3):255-264.
 - (43) Morse JM. *Qualitative health research: creating a new discipline* [document on the Internet]. California: Left Coast Press, 2012 [access: 2010 Jun 23]. Available from: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/excerpt.pdf>
 - (44) Arias MM. La triangulación metodológica: sus princi- pios, alcances y limitaciones. *Invest Educ Enferm*. 2000 mar;18(1):13-26.
 - (45) Rolo G, Díaz D, Hernandez F. Desarrollo de una esca- subjetiva de carga mental de trabajo (ESCAM). *Revista*

- de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2009; 25(1):29-37
- (46) Ceballos P, Paravic T, Burgos M, Barriga O. Validación de Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo en funcionarios/as universitarios/as. *Cienc Enferm*. 2014; 20(2):73-82.
- (47) Arias VM, López MV, Jaramillo DE. Teaching research: the experience in the collective health master program at the Universidad de Antioquia, Colombia. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the Internet]. 2007 Jun [access: 2011 Jun 25];15(3):[about 5 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300019&lng=en doi: 10.1590/S0104-11692007000300019.
- (48) Breilh J. Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. *Rev Esc Enferm*. 2002;36(3):210-221.
- (49) Galindo J. La comunicación como mentalidad y como forma de vida. En: Luna C, Galindo J, editores. *Campo académico de la comunicación: hacia una reconstrucción reflexiva*. México: Conaculta/ITESO; 1994.
- (50) Maturana H. De máquinas y seres vivos: una teoría sobre la organización biológica. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1972.
- (51) Atlan H. *Tudo, Não, Talvez-Educação e verdade*. Lisboa: Instituto Piaget; 1991.
- (52) Epicuro. *Obras completas*. 7ª. ed. Madrid: Cátedra; 2007.
- (53) Amezcua M, Carricondo A. Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. En: Mercado F, Dense D, Calderón C, editores. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 159.
- (54) Janesick V. La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatría y significado. En: Denman CA, Haro JA, editores. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Sonora: El colegio de Sonora; 2000. pp. 227-251.
- (55) Lagarde M. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas; 1996.
- (56) Henderson VA. *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- (57) Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
- (58) Monti E, Tingen M. Multiple paradigms in nursing science. *Adv Nurs Sci*. 1999;21(84):64-80.
- (59) Eco U. *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: Gedisa; 1983.
- (60) Castiel LD. *A medida do possível. Saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial

Reflection on psychosocial attention centers

Reflexión sobre los centros de atención psicossocial

ÂNDREA CARDOSO DE SOUZA*

ANA PAULA DE FREITAS GULJOR**

JORGE LUIZ LIMA DA SILVA***

Resumo

Introdução: O processo de Reforma Psiquiátrica, em curso no Brasil, aponta para a construção e incorporação de novas práticas em saúde mental, como a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O Ministério da Saúde incorporou esse dispositivo como a principal estratégia de enfrentamento do modelo assistencial tradicional.

Objetivos: Este artigo tem como objetivo refletir sobre a importância dos caps como projeto político-social na produção de novos sentidos para a doença mental.

Metodologia: Trata-se de um estudo de revisão de literatura de abordagem qualitativa.

Resultados: Percebeu-se que a dificuldade de inserção desses serviços, de maneira mais ampla, no território constitui-se empecilho para a promoção de novos sentidos para a loucura. Como também, que o projeto de promover uma transformação cultural acerca de loucura ainda é incipiente.

Conclusão: Faz-se necessário que os CAPS se inscrevam de maneira mais ampla no território, aumentando sua projeção frente às políticas sociais.

Palavras-chave: Centros Comunitários de Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental (Fonte: DECS BIREME).

Abstract

Background: The Psychiatric Reform process currently underway in Brazil points to the construction and adoption of new mental health practices, among which is the implementation of Psychosocial Attention Centers (PAC). The Brazilian Health Ministry adopted this device as the main strategy for coping with the traditional welfare model.

Objectives: This article aims to perform reflection on the importance of psychosocial, political and social project in the production of new directions for mental illness.

Methodology: This is a study of literature review of qualitative approach.

Results: It was felt that the difficulty of inserting these services more widely in the territory constitutes a hindrance to the promotion of new directions for the madness. Furthermore, the project of promoting a cultural change about madness is still incipient.

Conclusion: It is necessary that the pac expand more broadly into the territory, increasing its projection in the face of social policies.

Key words: Community Mental Health Centers; Primary Health Care; Mental Health (Source: DECS BIREME).

Resumen

Introducción: El proceso de la Reforma Psiquiátrica en curso en Brasil apunta a la construcción e incorporación de nuevas prácticas de salud mental, como la implementación de los Centros de Atención Psicosociales (CAPS). El Ministerio de Sanidad de Brasil incorporó este dispositivo como la principal estrategia para hacer frente al tradicional modelo asistencial.

* Enfermeira. Doutora em Saúde Pública-Ensp/Fiocruz. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: andriacz@ig.com.br.

** Médica. Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz Hospital Psiquiátrico de Jurujuba/Fundação Municipal de Saúde de Niterói. E-mail: anapaulaguljor@gmail.com.

*** Enfermeiro. Doutorando da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio-Ensp/Fiocruz. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: jorgeluiz@id.uff.br.

Objetivos: Este artículo pretende reflexionar sobre la importancia de los CAPS como proyecto político y social en la producción de nuevos sentidos para la enfermedad mental.

Metodología: Se trata de un estudio de revisión de la literatura de abordaje cualitativo.

Resultados: Se observó que la dificultad de inserción de estos servicios, más ampliamente en el territorio, constituye un factor que impide la promoción de nuevos sentidos a la locura. Además, el proyecto de promover una transformación cultural en relación con la locura es todavía incipiente.

Conclusión: Es necesario que los CAPS se registren de manera más amplia en el territorio, incrementando su proyección frente las políticas sociales.

Palabras clave: Centros Comunitarios de Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Salud Mental (Fuente: DECS BIREME).

Introdução

No Brasil, nas últimas décadas, o campo da atenção em saúde mental tem sido marcado por um processo de críticas e de elaboração de proposições de transformação denominado de Reforma Psiquiátrica.

O movimento da psiquiatria democrática italiana foi um dos principais norteadores do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este possibilitou o surgimento de um novo modelo de assistência em saúde mental inserido no território, e constituído por diversos dispositivos de cuidado. O forte conteúdo ideológico desse processo apontava, não apenas, para o fechamento do hospício, mas, também, para uma luta contra-hegemônica pelo resgate da cidadania do “louco”.

Distante de uma perspectiva que reduz a Reforma Psiquiátrica ao “campo técnico-assistencial” evidencia-se, ao mesmo tempo, que sua efetivação exige a invenção, a concretização e a ampliação de práticas que possam superar o asilamento psiquiátrico e tecer novas formas de lidar com a experiência da loucura.

O processo de Reforma Psiquiátrica direciona-se para a construção de novos modos de atenção em saúde mental, que possam proporcionar a ruptura com o aparato institucional criado para *conter* a loucura. Assim, em alternativa ao modelo hospitalar de atenção, *a priori* excludente, foram desenvolvidas diversas experiências que objetivavam transformar as práticas e saberes relacionados à área, em que se pretendia, dentre outras coisas, a construção de novos modos de atenção em saúde mental que se diferenciasssem do que, hegemonicamente, era oferecido, quais sejam: ambulatórios superlotados, consultas breves, respostas padronizadas e internações

frequentes (2). Dentre estas experiências incluem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados como serviços de atenção diária, de base territorial (3), que trabalham na perspectiva da desinstitucionalização e têm o sujeito e sua família —e não mais a doença— como foco de atenção.

O termo CAPS, foi utilizado pela primeira vez, pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para descrever um serviço de atenção diária, com funcionamento em dois turnos, durante cinco dias na semana, que pretendia ser intermediário entre a unidade hospitalar e a comunidade. Foi definido, na época de sua implantação, como espaço de referência para o usuário, lugar para ir, encontrar pessoas, desenvolver alguma atividade, conversar, tomar um lanche, tomar remédio e ir para casa dentre outras (4).

Nestes serviços, a vida do usuário é que deve estar no centro do trabalho. Portanto, estar ou não “louco” é secundário, em relação a que tipo de vida leva esse usuário. Considera-se, enfim, o gradiente de sofrimento psíquico em que o usuário se encontra, privilegiando a pessoa que sofre e não mais a doença (5).

Mediante ao exposto, este artigo tem como objetivo realizar reflexão sobre a importância dos CAPS como projeto político-social na produção de novos sentidos para a doença mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge em decorrência do intenso debate que se propagou no país a partir dos anos setenta, frente aos movimentos de redemocratização e de luta pelos direitos humanos e civis da população. Nascido no âmbito da Reforma Sanitária, e afirmando-se como de caráter democrático e social, propõe-se a busca de melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, levando a discussões e debates acerca dos direitos civis, humanos e sociais, isto é, a questões relacionadas à conquista e exercício de cidadania, entre outras. Vislumbra a construção de formas mais humanas e mais acolhedoras de se pensar e de se promover a saúde, propondo um alargamento na concepção tanto do processo de saúde quanto no de doença, implicando na elaboração de novos modos de atenção que contemple essa perspectiva mais ampliada.

A transformação da assistência psiquiátrica, a qual denominamos de Movimento de Reforma psiquiátrica, é um processo histórico que vem ganhando força desde o

final dos anos setenta. Este foi impulsionado pela criação do movimento de trabalhadores em saúde mental em 1978, pela criação do movimento de luta antimanicomial em 1987, pela criação de serviços como os NAPS de Santos 1989, pelo CAPS de Bauru 1987 e pelo CAPS SP 1987 e recentemente com a aprovação da lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e com a implementação da portaria MS 336/02, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial.

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem proporcionado um intenso debate sobre as novas exigências políticas e éticas no contexto das transformações assistenciais propostas pela nova política nacional de Saúde Mental. Poderíamos definir que o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica constitui-se em poder transformar as relações que a sociedade e os sujeitos estabeleceram com a loucura, no sentido de garantir um novo lugar para o louco na sociedade.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira encontrou na implantação do Sistema Único de Saúde as condições institucionais de desenvolvimento. A implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde, criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais do campo da saúde mental.

A política nacional de saúde mental reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Essa reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos no país nos últimos oito anos em 26,6% no período de 1996 a 2003. Outro apontamento nesse sentido diz respeito em relação ao aumento do número de CAPS no mesmo período em cerca de 190%, observando-se uma tendência à inversão do modelo de assistência em saúde mental, havendo uma retração do modelo hospitalar em detrimento do modelo de atenção psicossocial. Esta é apenas mais uma das evidências que sugerem as mudanças na política nacional de saúde mental. Poderíamos somar a estes outros indicadores, como a redução do número de leitos, o crescimento do número de serviços como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros.

A Reforma Psiquiátrica ultrapassou os limites de uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, configurando-se como um movimento de transformações jurídico, política e cultural do lugar social atribuído à loucura.

A Reforma Psiquiátrica propõe abandonar um lugar zero de trocas sociais (o manicômio) para passarmos a um lugar múltiplo, diverso, que é o território. Propõe preocupar-se e ocupar-se do sujeito e não de sua doença. Nesse contexto a relação a ser estabelecida é com o sujeito da experiência e não mais com a doença.

E é nessa dimensão que os CAPS podem ser dispositivos altamente potentes para promoverem outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo outras relações com as diferenças, permitindo à loucura outro espaço de circulação na comunidade.

Os CAPS através do desenvolvimento de suas ações podem proporcionar o estabelecimento de relações consistentes com a comunidade, operando em seu interior, as tão almejadas mudanças e transformações sociais, e talvez por isso, possa ser o dispositivo que melhor venha atender aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, pois pode viabilizar a construção de outras representações e lugares para a loucura.

Os CAPS propõem a ruptura com os *antigos* padrões assistenciais e apontam para a superação da racionalidade médica, além de buscar a produção de modos de atenção coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social).

Os CAPS constituem-se dispositivos privilegiados da saúde mental para promover a inserção das pessoas no território de abrangência, contribuindo para a transformação cultural da sociedade em relação à loucura, dado ao modo de desenvolvimento de suas ações, tornando-se assim em um dispositivo importante na atenção psicossocial.

Resultados

CAPS: práticas para além dos serviços

Os Centros de Atenção Psicossocial surgem no Brasil, na década de 1980, como análogo, ainda incipiente, dos Centros de Saúde Mental italianos, no que tange a oferecer cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico a partir de uma lógica de inserção no território, vínculo, acolhimento e atenção diária.

Esses novos serviços podem ser denominados espaços sociais de geração de sujeitos sociais, de produção de subjetividades, de espaços de convivência, de sociabilidade,

de solidariedade e de inclusão. Os serviços substitutivos em saúde mental representam uma inovação em um contexto de prática médica tradicional (6). Dentre eles citam-se os CAPS —que têm papel estratégico para a transformação das práticas de atenção—, os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência, entre outros. Para fins deste estudo, privilegiou-se a discussão sobre os CAPS.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil —o CAPS Professor Luiz Cerqueira, inaugurado em 1987, em São Paulo, Brasil— se constituiu como projeto-piloto de atenção diferenciada ao portador de sofrimento psíquico grave, pois buscava desenvolver um dispositivo em que fosse possível o cuidado ao usuário com graves comprometimentos psíquicos, com vínculos precários e de difíceis relações sociais (7, 2).

Desse modo, a experiência se estabeleceu como dispositivo diferenciado de atenção em saúde mental, mas não como uma estratégia oficial que contemplasse intervenções mais amplas, como a estruturação de uma rede de cuidado. No entanto, teve importância estratégica, no sentido de consolidar um dispositivo que buscava o cuidado intensivo ao portador de transtorno psíquico, ainda que estabelecesse um serviço intermediário entre a internação hospitalar e o serviço ambulatorial, com equipe composta por diversas categorias profissionais e orientando-se pelo conceito de interdisciplinaridade.

Além disso, o funcionamento em regime diário, em dois turnos, permitia um suporte mais efetivo a essa clientela. Dentre seus objetivos estava o de se estabelecer como *continente* para as pessoas em sofrimento psíquico, auxiliando-as em seu cotidiano. Compunha-se em uma estratégia de cuidado para clientela que vivia à margem do sistema de saúde, a um suporte adequado à complexidade dos aspectos que envolviam o sofrimento psíquico, inexistente nos dispositivos existentes até então —hospitais psiquiátricos e ambulatorios tradicionais, nos quais a complexidade da loucura, a existência-sofrimento do portador de sofrimento psíquico não era valorizada (2).

No contexto das experiências pioneiras, deve ser mencionado o processo implementado no município de Santos (SP), com a constituição dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como a principal estratégia de atenção em saúde mental, no processo de transformação do paradigma manicomial, até aquele momento hegemônico. Esta apresenta um importante aspecto da transformação do modelo assistencial em saúde mental, qual seja, a intervenção no território com o objetivo de

desencadear mudanças na concepção da sociedade acerca da loucura (8).

Dessa forma, para além da organização de serviços, a experiência deslocava o usuário da posição de passividade para incluí-lo no movimento de transformação de seu próprio cuidado como um de seus atores, ou melhor, como seu protagonista.

Tomando por base tais experiências —os NAPS santistas e o CAPS Luiz Cerqueira (SP)—, diversas outras se desenvolveram no país, utilizando-os como referência e como campo de aprendizado. O CAPS, que na década de 1980 revelou-se como uma experiência utópica, a qual a realidade da psiquiatria parecia mostrar ser impossível, pôde demonstrar que as práticas de assistência adotadas nos asilos estavam, de fato, superadas (8, 9).

Na atual Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS firma-se como o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, ações estas que poderão conformar as seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infanto-juvenil e CAPS álcool e drogas, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (3):

- CAPS I: serviço com capacidade para atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes e em funcionamento diário por cinco dias da semana.
- CAPS II: atende a municípios com 70 mil a 200 mil habitantes.
- CAPS I e II: serviço para atendimentos a crianças e adolescentes, configurando-se referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes.
- CAPS ad II: serviço para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70 mil habitantes.
- CAPS III: tem capacidade operacional para atender municípios com população acima de 200 mil habitantes e seu funcionamento são de atenção contínua, durante 24 horas.

Nos dez anos transcorridos entre a publicação da primeira regulamentação e sua republicação, em 2002, a cartografia da Atenção Psicossocial no Brasil apresentou importantes transformações, no que diz respeito à oferta dos CAPS e o papel por este desempenhado na rede de saúde mental. Nos últimos anos, houve crescimento exponencial desses novos serviços e, hoje, participa-se da consolidação dessas experiências (10). Atualmente,

existem mais de mil CAPS em funcionamento, espalhados por todo o Brasil (11).

Refletindo sobre a temática CAPS

Os CAPS podem ser definidos como uma experiência em saúde coletiva ainda em construção. Por meio de suas ações propõem intervenção cultural, tendo como objetivo interferir na produção do imaginário social no que concerne à loucura. Com ele e outros dispositivos de atenção territorial, a sociedade, que durante toda a existência da psiquiatria aprendeu que o melhor tratamento e encaminhamento destinado ao louco seria o hospital psiquiátrico, está conhecendo outros modos de lidar com a loucura que não a segregação e a exclusão, o que traz auxílio à construção de outros circuitos, evitando institucionalização dessas pessoas.

Segundo o Ministério da Saúde são as funções do CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental em um determinado território e promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (12). A execução destas ações é garantida por incentivos repassados pelo Governo Federal (13).

Diferentemente do hospital psiquiátrico, que impunha barreiras ao intercâmbio social, às possibilidades de troca com o mundo exterior, o CAPS busca, deseja e, de certa forma, corre ao encontro da “afetação” ou da “invasão” da loucura na sociedade.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como dispositivos de cuidado cujo objetivo é firmar-se como substitutivo ao hospital psiquiátrico e, desse modo, eles encontram-se voltados para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico (14). Portanto, visam o desenvolvimento de projetos de vida, de produção social e a promoção da melhora da qualidade de vida dos usuários (15). Tendo como missão estabelecer e tecer laços para além dos serviços de saúde, os CAPS deveriam estar direcionados para

fora de si, pois necessitam manter aquecidas suas relações com a cultura local.

Os CAPS passam a ter a delegação de orientador da rede de saúde mental, adotando o princípio de saúde como direito, como o norteador das práticas. A Atenção Psicossocial trabalha para garantir uma atenção digna, acolhedora, singular e responsável a todas as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico (3).

Hoje, transcorridos vinte anos da implantação do primeiro CAPS no Brasil, poderia se interrogar sobre seu papel na construção de uma atmosfera crítica nas cidades, de exercício de cidadania e na construção de sujeitos: Qual seria, então, o lugar social do CAPS?

O projeto social e político dos CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial deparam-se hoje com desafios que requerem um novo olhar sobre o mesmo objeto o sujeito e seu sofrimento psíquico, que é discutido no campo da Reforma Psiquiátrica, há mais de duas décadas. Se, por um lado, ainda tem-se como hegemônico, apesar de extraoficial, o modelo hospitalocêntrico, por outro, a rede de Atenção Psicossocial, ao crescer envolta na perspectiva de atenção integral ao sujeito, defronta-se com demandas para além do *estar fora do hospital psiquiátrico* e inseridas em unidade de atenção.

Estas estratégias são determinantes, mas, pouco suficientes. O manejo do cotidiano, especificado como: a estruturação de uma rede social solidária em uma sociedade globalizada, regida pela lógica do individualismo; a busca por um lar em um país com tamanha desigualdade social e com mais de 20 milhões de indivíduos abaixo da linha da pobreza; a inserção laborativa no mercado competitivo e excludente do mundo contemporâneo; e, por fim, o gradual esmaecimento da ideologia da Reforma Psiquiátrica, cada vez mais compreendida como técnica pelos novos profissionais dos serviços, nos apontam para a dimensão dessa *recomplexificação*.

Outro desafio para esse dispositivo de atenção consiste em conseguir escapar do interior da *instituição*. Torna-se imprescindível que se faça dos CAPS mais que um lugar onde, simplesmente, se atende bem as pessoas. O projeto social-político dos CAPS é muito maior que o cuidar bem, que o lidar bem com a loucura. A proposta idealizada para os CAPS fundamenta-se na promoção de uma articulação social e intersetorial, evitando se limitar apenas ao restrito âmbito da saúde. É necessário estar

atento, no sentido de não incorrer no risco de reproduzir as formas de pensar e agir do modelo asilar (16).

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, atualmente pode-se observar importantes avanços no campo técnico-clínico e, sobretudo, no jurídico-político. Apesar de acreditarmos que tais avanços possuem como motriz o movimento social —no caso da saúde mental, representado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial—, ressalta-se que os *novos serviços* vem, há duas décadas, trilhando o percurso de desconstrução/reconstrução da lógica manicomial, ainda hegemônica, partindo do modelo assistencial hospitalocêntrico, em direção à construção de um projeto de cuidado pautado na lógica da atenção psicossocial (16).

Se por um lado esse momento se apresenta com resultados positivos, no que diz respeito ao crescimento do número de Centros de Atenção Psicossocial e à redução do número de leitos psiquiátricos, pode-se observar, por outro, que o eixo de intervenção na cultura da sociedade sobre o louco perde seu espaço como principal bandeira da Reforma Psiquiátrica. Esta afirmação não pretende desqualificar o mérito das transformações até então conquistadas e ainda em curso, mas, apontar para a mudança de seu enfoque.

É indispensável que se amplie a projeção dos CAPS ante as políticas sociais; faz-se necessário estender as ações e os espaços dos CAPS. Para tanto, é essencial poder estruturá-lo de forma a ocupar outros territórios, algo muito caro e desejável, no campo da atenção em saúde mental. Os CAPS precisam se inscrever, de maneira mais ampla, no processo de transformação social acerca da loucura.

Os CAPS, ao buscarem inovações em suas práticas, devem evitar prescindir do resgate de suas origens. Isto, no sentido conceitual dessas origens: o conceito de território como processo, a tomada de responsabilidade sobre a demanda, o conceito de desinstitucionalização, a dimensão cultural e ética do cuidado em saúde mental e, principalmente, a compreensão da transformação do modelo assistencial em saúde mental como um processo social.

Referências

- (1) Amarante P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): NAU. 2003.
- (2) Guljor APF. Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. Rio de Janeiro; 2003. Mestrado [dissertação], Escola Nacional de Saúde Pública. Especialização em Saúde Pública.
- (3) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional [norma em Internet]. Diário Oficial União. 34, de 20 de fev de 2002; Seção 1: 22 [acesso: 10 mar 2011]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/legislacao_det.php?co_legislacao=58
- (4) Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
- (5) Fidelis P. O desafio da produção de indicadores para a avaliação de serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. Em: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial [P. Amarante, org.]. Rio de Janeiro: NAU editora; 2003.
- (6) Yasui S. CAPS: aprendendo a perguntar. Em: Lancetti A (org.). Saúde loucura. São Paulo: Hucitec; 1989.
- (7) Goldberg J. Reabilitação como processo —O Centro de Atenção Psicossocial— CAPS. Em: Pitta AMF (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2001.
- (8) Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, ENSP, 1995.
- (9) Nicácio F, Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise. Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004;15(2):71-81.
- (10) Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Em: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior, AG, Mattos RA, (org). Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2007. pp.137-154.
- (11) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Programas da Saúde [documento em Internet]. Brasília; 2007 [acesso: 10 mar 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28447
- (12) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. CAPS [homepage on the Internet] [acesso: 10 mar 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1

- (13) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n°. 245/GM de 17 de fevereiro de 2005, destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências [norma em Internet]. Diário Oficial União.180, de 17 de set de 2004; Seção 1:51 [acesso: 10 mar 2011]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-245.htm>
- (14) Tavares CMM, Branchat MA, Conceição S, Silva B, Knust R. Therapeutical activities as technologies of caring in mental health. Online Braz J Nurs [serial on the Internet]. 2002[access: 2011 Apr 10];1(2):[about 4 p.]. Available from: <http://www.uff.br/nepae/siteantigo/objn102tavaresetal.htm>
- (15) Herrera EM, Posada MLA. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Av Enferm. 2008;26(1):112-123.
- (16) Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde Debate. 2008;32(78/80):27-37.

Contribuciones del Nuevo Modelo Pedagógico de enfermería para la carrera

Contributions of the New Pedagogic Model for nursing career

Contribuições do Novo Modelo Pedagógico de enfermagem para a carreira

ARTURO ALEXANDER SEGURA MASSÓ*

Resumen

El surgimiento de los planes de formación emergente en la capital cubana, en el año 2000 para técnicos en enfermería, exigió un redimensionamiento de la enseñanza técnica en la profesión. En el curso 2003-2004 surge el Nuevo Modelo Pedagógico (NMP) para la Licenciatura en Enfermería, en función de garantizar el ingreso y permanencia de los jóvenes que fueron la cantera fundamental de los planes de formación. En el presente trabajo el autor pretende mencionar algunas de las contribuciones más relevantes del NMP que influenciaron el subsistema de pregrado de la profesión. La literatura revisada arrojó varias de las contribuciones consistentes con las demandas del proceso formativo de la universidad médica en la actualidad, las cuales están basadas en una concepción más flexible. La integración del personal docente de la enseñanza técnica a la Educación Superior y de las estructuras administrativas en ambos niveles de enseñanza implicó un cambio de pensamiento y acción del profesor, induciéndolo en todo momento a generar, transmitir y transformar el conocimiento. Con ello se garantizó la coherencia, la calidad y la sostenibilidad del proceso docente educativo, teniendo como resultado un enfermero capaz de brindar una atención de excelencia en los años venideros y con ello preservar los logros que en materia de salud se han tenido en Cuba en los últimos cincuenta años. Esto constituye la mayor contribución que

el surgimiento del plan emergente no sólo hace al subsistema de pregrado y a la profesión de enfermería, sino también de manera general a la salud pública cubana.

Palabras clave: Educación en Enfermería; Enseñanza; Escuelas de Enfermería (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

The emergence of surging formation plans in the capital of Cuba in the year 2000 for nursing technicians demanded a remodeling of technical teaching for this profession. In the 2003-2004 period, the New Pedagogical Model (NMP) came into being for the Nursing Degree, to guarantee the entry and complete term of the young students that were the fundamental *cantera* for the formation plans. In the present work, the author tries to mention some of the most relevant contributions of the NMP which influenced the undergraduate subsystem for this profession. The consulted literature gave as a result several of the contributions consistent with the demands of the formative process of the medical university nowadays, which are based on a more flexible conception. The integration of the technical teaching personnel of Higher Education and administrative structures in both teaching levels implied a change of thought and action on behalf of the teacher, propelling him to generate, transmit and transform knowledge. With this, the coherence, quality and sustainability of the educational process can be guaranteed, having as a result a nurse capable of providing an excellent service in the subsequent years, which would help preserve the accomplishments of Cuba in the field of health in the last fifty years. This makes up the greatest contribution from the emergence of the

* Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente Facultad de Enfermería "Lidia Doce Sánchez", Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba. E-mail: jmalaura@informed.sld.cu

surging plan, not only to the undergraduate subsystem and to the nursing profession, but to the public health of Cuba.

Key words: Education, Nursing; Teaching; Schools, Nursing (Source: DECS BIREME).

Resumo

O surgimento dos planos de formação emergente na capital cubana, no ano 2000 para técnicos em enfermagem, exigiu um redimensionamento do ensino técnico na profissão. No curso 2003-2004 surgiu o Novo Modelo Pedagógico (NMP) para a Licenciatura em Enfermagem, em função de garantir o ingresso e permanência dos jovens que foram a candeia fundamental dos planos de formação. Neste artigo, o autor pretende mencionar algumas das contribuições mais relevantes do NMP que influenciaram o subsistema de graduação da profissão. A literatura revisada arrojou várias das contribuições consistentes com as demandas do processo formativo da universidade médica na atualidade, as quais estão baseadas em uma concepção mais flexível. A integração do pessoal docente do ensino técnico à educação superior e das estruturas administrativas em ambos os níveis de ensino, implicou uma mudança de pensamento e ação do professor, induzindo-o em todo momento a gerar, transmitir e transformar o conhecimento. Com isso, garantiu-se a coerência, a qualidade e a sustentabilidade do processo docente educativo, tendo como resultado um enfermeiro capaz de brindar uma atenção de excelência nos anos vindouros e, com isto, preservar os logros que em matéria de saúde tem tido Cuba nos últimos 50 anos. O anterior, constitui a maior contribuição que o surgimento do plano emergente nem só faz ao subsistema de graduação e à profissão de enfermagem, mas também, de maneira geral, à saúde pública cubana.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Ensino; Escolas de Enfermagem (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

En Cuba durante las décadas de los años 60, 70 y 80 del pasado siglo la formación de recursos humanos en enfermería, desde el punto de vista pedagógico, se desarrolló de forma ascendente, entre otros aspectos, gracias a la calidad alcanzada en el diseño de programas que conformaron el plan de estudio de la carrera, la integración docente-asistencial y la apertura de nuevas escuelas. En la década de los 90 la situación en el orden asistencial cambió radicalmente y se evidenció un déficit de enfermeros en la capital cubana, determinado por problemas de índole económica, condiciones de trabajo adversas en los centros hospitalarios y largos períodos de formación, tanto en la enseñanza técnica como en la profesional (1, 3).

En respuesta al déficit de enfermeros, en el año 2000 se comenzó en la capital cubana un plan de formación emergente de recursos humanos en enfermería. En sus inicios se diseñó para formar técnicos de nivel básico, cuyas ventajas permitieron la continuidad de los estudios de forma masiva en la profesión a jóvenes provenientes de los preuniversitarios y otros centros formadores de personal técnico. Según Bello, el plan garantizó una incorporación temprana a las actividades, en correspondencia con las necesidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) y las de los estudiantes que lo constituyeron como su fuente de ingreso, al tiempo que fue un presupuesto básico de la revolución educacional que tuvo lugar en Cuba en aquel entonces (3, 7).

Posterior a esto, surge en el periodo académico 2003-2004 el Nuevo Modelo Pedagógico para la Licenciatura en Enfermería (NMP) con el fin de garantizar el ingreso —y más importante aún, la permanencia— de los jóvenes que fueron en un inicio la material fundamental para los planes emergentes. El NMP en su concepción, y a partir de las transformaciones hechas en su diseño curricular, contribuyó a que el plan de estudios de la carrera fuera más congruente con las necesidades de aprendizaje de los estudiantes; además, exigió de los profesores un salto cualitativo y cuantitativo en su preparación, a la vez que logró la flexibilidad y por tanto la sostenibilidad de los planes previamente establecidos (5, 9). Todo lo expuesto con anterioridad justifica el interés del autor en el presente trabajo por mencionar algunas de las contribuciones que a partir de la implantación del NMP influenciaron positivamente el subsistema de pregrado de la profesión y el trabajo de los profesores.

Material y Métodos

Para la realización del presente trabajo se revisaron y seleccionaron, entre los meses de enero y marzo del año 2010, los referentes bibliográficos afines con la temática del plan emergente en enfermería y el Nuevo Modelo Pedagógico para la Licenciatura en Enfermería publicados en la Revista Cubana de Enfermería, entre los años 2000-2010. Esto se realizó considerando además la relación que las publicaciones tienen con el subsistema de pregrado y la importancia que tuvieron para la profesión en general y para alumnos y profesores en particular.

Desarrollo

En Cuba, desde la década de los años 70 hasta el surgimiento de los planes emergentes de enfermería en el año 2000, la enseñanza técnica de la profesión no

experimentó cambios significativos en sus planes de estudio, en gran parte porque los conocimientos eran más estables, el saber tenía un carácter acumulativo y el plan de estudios de la carrera se mantuvo inflexible. Paralelamente, en la misma etapa, al plan de estudios en el nivel superior de la carrera se le realizaron modificaciones que contribuyeron a mejorar significativamente el subsistema de pregrado en la enseñanza universitaria de la profesión. Entonces no pasó mucho tiempo antes de que se evidenciara una brecha significativa entre los niveles técnico y profesional en cuanto a sus características en el plano docente de manera general y en cuanto a la formación de los estudiantes y a la preparación de los profesores de manera particular (2, 7).

Es importante destacar que la enseñanza de nivel superior en enfermería en Cuba contó con un notable desarrollo desde el año 1976 con el surgimiento de la Licenciatura en Enfermería. A partir de esta fecha hubo múltiples avances, algunos de ellos contenidos dentro de una estrategia de desarrollo general para la docencia en el sector salud. Entre los más importantes se pueden citar: en 1982 se crea el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional de la Salud (CENAPET), que tiene como misión atender la formación de los técnicos de la salud, enfermeros y profesionales y otros trabajadores del sistema de salud; en 1986, la Facultad de Salud Pública como centro rector de la formación y superación de los dirigentes del sector salud, tanto médicos como enfermeros; en 1988, el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza (CENAPEM), encargado de dirigir el sistema de formación permanente o continuada de los profesionales del Sistema Nacional de Salud en Cuba (SNS) (2).

En contraste con lo anterior, poco se hizo en relación al desarrollo del nivel técnico de la enseñanza en enfermería en Cuba, el cual quedó a la zaga del desarrollo que experimentaba el superior, hecho que aumentó la brecha existente entre ambos. Ya en la década de los años noventa del siglo pasado, esencialmente por elementos de tipo económico, condiciones adversas en los servicios, los largos períodos de formación en la enseñanza técnica y profesional, entre otras causas, se generó un déficit de profesionales en los distintos niveles de atención en la capital del país.

En consecuencia, la puesta en marcha del plan de formación emergente en el año 2000 no sólo exigió un redimensionamiento de la enseñanza técnica y superior de la profesión, sino que también constituyó un reto para los docentes del gremio, porque se incorporaron a un plan de formación que requirió de ellos una

preparación adecuada y acorde a los cambios que la universidad impone, en función de preparar al egresado con un nivel cualitativamente superior desde el punto de vista personal, ético, científico y humano (5, 9). Se caracterizó por aspectos esenciales consistentes con las demandas del proceso formativo de la universidad médica cubana, que están basadas en una concepción flexible y competente. Entre sus rasgos distintivos se encontraron: la formación en masa vinculada a la universalización de la enseñanza, la integración de la enseñanza media de la carrera en la superior en el periodo 2003-2004 (6, 7, 10), lo que contribuyó a eliminar la brecha entre ambos niveles de enseñanza, produciendo un equilibrio sobre la base de los principios de factibilidad, flexibilidad y sostenibilidad.

En el periodo académico 2003-2004, la implantación del Nuevo Modelo Pedagógico para la Licenciatura en Enfermería les brindó a todos los enfermeros la posibilidad de integrarse a la enseñanza universitaria, lo que se considera la mayor contribución evidenciada en los cambios implementados en el pregrado de la Programa de Enfermería en Cuba, a partir de la aparición del plan emergente para suplir el déficit de estos profesionales en la capital del país. Según Sacazas, citado por Bello, éste surgió para dar una respuesta efectiva a la creciente demanda social de tener enfermeros de nivel profesional. Su diseño respondió a un sistema coherente que permitió y garantizó la formación, el ingreso, la permanencia y el desarrollo científico continuado de los jóvenes de la profesión, mediante un tránsito ininterrumpido de un nivel educativo a otro (4).

Desde su concepción epistemológica, el NMP fue congruente con los postulados de la escuela histórico-cultural de L. S. Vygotsky, cuyo impacto en el aspecto metodológico se concreta en propiciar la ejecución de un proceso docente, educativo, desarrollador, participativo y dialógico, en el que el alumno es sujeto de su propio aprendizaje a través de la actividad y la comunicación en el espacio de su interacción con otros sujetos, su medio y la sociedad en su conjunto (1, 3). Su aplicación supuso que el docente, además, asumiera la posición de un estudioso crítico de la realidad pedagógica en la que estuviera involucrado, a la vez que introdujera acciones para transformarla y evaluar los efectos, lo que contribuyó ostensiblemente a cambiar la imagen del proceso docente educativo para la enseñanza en la profesión de enfermería. Se concertaron además espacios para el intercambio de conocimientos y experiencias, como por ejemplo: los Comités Horizontales, los Colectivos de Año y la Comisión de Carrera, que hasta ese momento eran desconocidos para algunos docentes, que fueron

por años afectados, desde el punto de vista profesional, por la inmovilidad e inflexibilidad del trabajo en la enseñanza media.

De manera que el NMP tuvo en su estructura diversos elementos que respondieron a aspectos fundamentales como la formación general y profesional, concebidas en un perfil de egreso amplio (10, 11), preparando al estudiante para trabajar en cualquiera de los tres niveles del Sistema Nacional de Salud en Cuba, lo que garantizaba su formación continuada y el tránsito ininterrumpido de un nivel de enseñanza a otro. La estrategia docente fundamental se distinguió, entre otros aspectos, por las salidas intermedias y por la incorporación de distintos ejes que contribuyeron a alcanzar los objetivos reflejados en el modelo del profesional (5, 6, 10, 12).

Entre los ejes contenidos en el diseño curricular del NMP, se encuentra el humanístico, que es congruente con la formación general e incluyó asignaturas como Filosofía y Salud, Ética y Bioética, Historia de Cuba, Psicología y Proceso de Enseñanza-Aprendizaje. La disciplina rectora fue Enfermería, con doce asignaturas que fueron a su vez consistentes con el perfil de formación profesional. Otros de los ejes fueron: Informática e Investigación, Salud Pública, Educación Física y Deportes, Preparación para la Defensa e Idioma Inglés (4, 10). La inclusión de estas líneas temáticas dentro de la Carrera de Enfermería en Cuba arraiga el sentido de la disciplina, así como la identidad y responsabilidad profesional que debe poseer el profesional de enfermería.

En este sentido, la implantación del NMP permitió cambios que influenciaron positivamente la formación del enfermero en Cuba, según Bello, haciéndola más flexible y sostenible, porque facultó al estudiante para adaptarse a situaciones sociales, laborales e individuales dentro de las particularidades de los territorios, y así darle respuesta a las demandas de salud que distinguen a los territorios de la geografía nacional. Por otra parte, estimuló el proceso de aprendizaje durante la carrera con actividades presenciales, como fueron los encuentros semanales de los estudiantes con sus profesores para el desarrollo de actividades académicas, lo que les facilitó asumir activamente una formación centrada en el trabajo. Así mismo, propició la creación de una estructura administrativa y académica con el surgimiento de una facultad exclusiva para la formación de graduados de enfermería de nivel superior, con filiales y sedes universitarias en algunos municipios de la capital cubana.

Lo anterior no sólo facilitó el desarrollo del NMP en cuestión, sino que habilitó además la unificación de las

funciones docente, asistencial e investigativa, la articulación de la enseñanza técnica y universitaria en la carrera de enfermería en Cuba y la integración de las estructuras administrativas y académicas de los centros de enseñanza médica media y superior (6, 10, 16), de manera que el estudiante adquiriera un nivel técnico-profesional en menos tiempo y con garantías de empleo y continuidad de estudios en su egreso. Por otro lado, este proceso abarató los costos de formación porque se aprovecharon las capacidades del alumno en los servicios asistenciales y se le capacitó al mismo tiempo, permitiendo suplir el déficit de recursos humanos suscitado en la década de los noventa.

Otro de los aspectos en que la puesta en marcha del NMP contribuyó a mejorar sustancialmente el pregrado de enfermería en Cuba fue la autenticación de la premisa que plantea que la concepción curricular está fundamentada en diferentes ciencias, como la Pedagogía, la Epistemología, la Sociología y la Psicología, en las que la enfermería actúa como ciencia sobre la base de las características de la sociedad en la que se desarrolla y el nivel alcanzado como profesión. Del mismo modo, dio paso a la combinación de cursos regulares por encuentros; a la flexibilización o personalización del tiempo, de manera que el educando dispusiera de él para vencer la asimilación de las distintas materias; a la complementación de las actividades presenciales con las no presenciales; y a la garantía de la obtención de un tutor para la adquisición de habilidades (6, 10, 16).

Las salidas intermedias fueron otro tipo de los procedimientos que contribuyeron positivamente a renovar el subsistema de pregrado de la profesión de enfermería en Cuba con la implementación del NMP. Por ejemplo: en el primer año de formación, el estudiante alcanza la titulación de enfermero básico —o *técnico básico*, como también se le conoce en el argot de la profesión dentro del país—; durante el segundo y tercer año, se posibilita la formación técnico-profesional, de manera que amplía su formación técnica y lo lleva a alcanzar el estadio de técnico medio, lo cual ha sido congruente con la formación científica representada por las materias de ciencias básicas y las asignaturas específicas de la profesión; finalmente, en el cuarto año comienza la formación profesional, que culmina en el quinto año en el que consolida la formación técnica con una práctica preprofesional en los servicios hospitalarios (6, 10, 16).

Otro de los elementos que reformó ostensiblemente el pregrado en enfermería en Cuba con la implementación del NMP fue el fortalecimiento en su diseño la relación *problema profesional de enfermería-perfil del egresado*, que hasta ese momento estaba muy empobrecida al cumplir

con los postulados de las teorías modernas del diseño curricular. Berdayes en este sentido expresa que la relación *problema profesional de enfermería-perfil del egresado* es esencial para esclarecer qué tipo de profesional se requiere y cómo debe formarse, por lo que, si no es considerada adecuadamente dentro del diseño curricular, su perfeccionamiento se debilita. Incluso, la práctica indica que son los enfermeros quienes identifican las situaciones en las que el individuo, la familia y la comunidad precisan su intervención, es decir: ellos son los encargados de comprobar e identificar la existencia de problemas de enfermería en la cotidianidad a través del cumplimiento estricto de su objeto de trabajo (14).

Lo señalado por Berdayes apunta claramente a la necesidad que han tenido los enfermeros de poseer la libertad de incluir como problemas profesionales aquellos factores identificados en la praxis que aquejen al paciente, su familia y su entorno, planteados sobre bases científicas concretas que permitieron su solución a través del Proceso de Atención de Enfermería. Lógicamente, para cumplimentar con lo anterior, se consideró que la autonomía en la toma de decisiones para el ejercicio del cuidado sólo es posible si se cuenta con un modelo de formación del profesional que le aporte todas las herramientas necesarias desde el punto de vista científico-técnico, lo que es consistente con las características del NMP, que en su concepción como modelo formativo del profesional ofreció soluciones prácticas a los problemas de los profesionales de enfermería en relación con el perfil de egresados.

De igual manera, les concedió a los estudiantes que, una vez recibida la preparación correspondiente al plan de estudios conforme al NMP, tuvieran las determinantes fundamentales de la conducta ética, que son: la personalidad del sistema de valores morales (principios y convicciones), la educación formal y el uso correcto del uniforme (15, 17). Con esto, los estudiantes adquirieron los conocimientos científicos y las habilidades que en las condiciones socio-históricas de Cuba permiten que tanto la profesión como el profesional de enfermería autentiquen su identidad en el modo de actuación, diferenciándola de la medicina y otras ciencias de la salud, y convirtiendo a los enfermeros en personas con cualidades especiales desde lo profesional, lo científico y lo humano, con imaginación crítica y sin omitir el cuidado del individuo, la familia y la comunidad.

Carrillo y Rubiano, citando a Villalobos, plantean que la enfermería es reconocida como una disciplina profesional y científica, que desarrolla actividades para lograr la promoción, el mejoramiento de la salud y el

bienestar de los seres humanos. Como disciplina, es un cuerpo de conocimientos que evoluciona independientemente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado de los seres humanos como forma unitaria y procesal, enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de la salud (15). Como ciencia, es indispensable contar con un modelo formativo del profesional que contribuya a desarrollar en el estudiante el pensamiento científico humanista y un método científico propio de solución a los problemas profesionales que se le presenten al enfermero en su accionar diario.

El autor desea señalar la importancia que tuvo el rol desempeñado por los profesores en la puesta en marcha del plan emergente de enfermería y el surgimiento del NMP, teniendo en cuenta la integración del nivel de enseñanza técnico con el superior mencionado con anterioridad, pues contribuyó de manera esencial a que los profesores se prepararan con mayor rigor, lo cual enriqueció la labor que realizan. Según Carrillo y Rubiano, en la enseñanza de la profesión de enfermería se resaltan los patrones del conocimiento, la forma de ver el mundo, los valores y las creencias (15). El profesor actúa como nexo entre el alumno y esta filosofía, de ahí el valor que se le atribuye al papel de los docentes en la consecución de los objetivos que persiguen ambas disposiciones.

El proceso de enriquecimiento al que se hizo referencia con anterioridad actúa en dos sentidos: para el profesor y para el estudiante, y está sustentado en los paradigmas de categorización, integración y transformación (18, 24), lo que ha ayudado a los docentes de la profesión no sólo a prepararse más y mejor, sino también a generar conocimientos, transmitirlos y transformarlos. Esto se traduce en un enfermero capaz de brindar una atención de excelencia y seguridad al paciente en el acto de cuidar, que comprende los valores éticos y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, el grupo y la comunidad, referentes a la salud, su promoción, conservación y restablecimiento (20, 24).

Las transformaciones en el orden del conocimiento y la forma de pensar de los docentes de enfermería quedaron avaladas, de hecho, a partir de un plan de estudios en el pregrado de la carrera de enfermería que es flexible en su contexto y coherente con su objeto de estudio, lo que produce unidad y continuidad, y es al final del proceso de formación que se facilita la caracterización del objeto de estudio, la apropiación de un quehacer profesional y por tanto la formación de la identidad profesional (14).

Consideraciones finales

Se considera muy positivo para la profesión de enfermería en Cuba la creación de los planes emergentes de la profesión y la posterior implantación del Nuevo Modelo Pedagógico (NMP), así como la integración entre la enseñanza técnica y la superior. La integración del personal docente de la enseñanza técnica con la Educación Superior y con las estructuras administrativas en ambos niveles de enseñanza implicó un cambio de pensamiento y de acción del profesor, induciéndolo en todo momento a generar, transmitir y transformar el conocimiento. Con ello se garantizó la coherencia, calidad y sostenibilidad del proceso docente educativo, cuyo resultado ha sido un enfermero capaz de brindar una atención de excelencia en los años venideros, y así preservar los logros que en materia de salud se han tenido en Cuba en los últimos cincuenta años. Esto constituye la mayor contribución que el surgimiento del plan emergente hace no sólo al subsistema de pregrado y a la profesión de enfermería, sino también de manera general a la salud pública cubana.

Referencias

- (1) González MV. La educación de los valores en el currículo universitario: un enfoque psicopedagógico para sus estudios. *Rev Cubana Educ Super*. 1999;19(2):27-36.
- (2) Zubizarreta EM, Fernández VC, Sánchez RN. La educación avanzada en enfermería. Realidad y desafíos. *Rev Cubana Educ Med Super* [revista en Internet]. 2000 sep [acceso: 11 jul 2014];14(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000300004&lng=es
- (3) Lazo MJ. El objeto relación universidad-sociedad como sistema. *Rev Pedagogía Universitaria* [revista en Internet]. 1996 mar [acceso: 11 jul 2014];1(3):[aprox. 26 p.]. Disponible en: <http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/viewFile/112/104>
- (4) Bello FN. Diseño curricular en correspondencia con los perfiles ocupacionales de los egresados [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2005 [acceso: 11 jul 2014];21(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100002&lng=es
- (5) Niebla EA. Época Revolucionaria. En: Trigo MM, editor. *Historia de la enfermería en Cuba*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. pp. 35-117.
- (6) Bello FN, Fenton TM. Nuevo Modelo Pedagógico para enfermería: un gran reto [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2006 dic [acceso: 11 jul 2014];22(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400002&lng=es
- (7) Zubizarreta EM, Cabrera SE, Fernández GL, Durán GF. Experiencia cubana en la formación de recursos humanos de enfermería [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2005 ene [acceso: 11 jul 2014];21(1):[aprox. 21 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100004&lng=es
- (8) Valdés MC, Machado MM, Enríquez BH. Enseñanza por problemas como medio de elevar el desempeño y la competencia profesional. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2002 abr [acceso: 11 jul 2014];18(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000200005&lng=es
- (9) Rivero GO. La docencia en enfermería [editorial]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2007 jul [acceso: 11 jul 2014];23(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300001&lng=es
- (10) Bello FN, Fenton TM, Zubizarreta EM. Elementos de transformación y humanización de la enseñanza de enfermería universitaria: Cuba. 1976-2006 [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2007 mar [acceso: 11 jul 2014];23(1):[aprox. 20 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100004&lng=es
- (11) Hernández CA, Guardado PC. La enfermería como disciplina profesional holística [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2004 ago [acceso: 11 jul 2014];20(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es
- (12) León RC. Los problemas profesionales generales de enfermería en el diseño curricular. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2005 abr [acceso: 11 jul 2014];21(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100008&lng=es
- (13) León RC. El uniforme y su influencia en la imagen social. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2006 mar [acceso: 11 jul 2014];22(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es
- (14) Berdayes MD. El problema profesional, la investigación y la práctica clínica en enfermería. En: *Bases conceptuales de enfermería*. Cuba: Ciencias Médicas; 2008. pp. 185-192.

- (15) Carrillo GG, Rubiano MY. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2007 sep [acceso: 11 jul 2014];23(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es
- (16) León RC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2006 sep [acceso: 11 jul 2014];22(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es
- (17) León RC. Enfermería, ciencia y arte del cuidado [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2006 dic [acceso: 11 jul 2014];22(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es
- (18) Abascal RM, Acosta SJ. Consideraciones acerca de la aplicación de una ética renovada al proceso de atención de enfermería [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2001 ene [acceso: 11 jul 2014];17(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000100004&lng=es
- (19) Palacios CD. Implicaciones éticas del uso de la técnica y la tecnología en la aplicación de cuidados. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2008 mar [acceso: 11 jul 2014];24(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000100007&lng=es
- (20) Massó BE, Fernández GJ, Macías BC, Betancourt BY. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana [reflexión y debate]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2008 dic [acceso: 11 jul 2014];24(3-4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300007&lng=es
- (21) Rodríguez RN, Ruiz VY, Rodríguez TE. Influencia del modelo nightingeliano en la imagen de la enfermería actual: Municipio Camajuaní, marzo-diciembre 2006. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2007 sep [acceso: 11 jul 2014];23(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300008&lng=es
- (22) Acosta GM, Guillén FM. La enfermería cubana inmersa en el paradigma de la transformación [editorial]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2005 may [acceso: 11 jul 2014];21(2):[aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200001&lng=es
- (23) Agramante SA, Melón RR, Peña FA. Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería [resumen]. *Rev Cubana Enfermer* [revista en Internet]. 2005 ago [acceso: 11 jul 2014];21(2):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200007&lng=es
- (24) Martínez PM. Hacia la consolidación de paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza. *Rev Méd Electrónica*. 2008 [acceso: 11 jul 2014];30(2) [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema11.htm>

La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo

The nursery situation: “a miracle of life” in the integral application of the concept of mourning

A situação de enfermagem: “um milagre da vida” na aplicação do conceito de luto

NORMA YANETH NOGUERA ORTIZ*
CATALINA PÉREZ RUIZ**

Resumen

El duelo por la muerte es una situación que se encuentra inmersa en el diario vivir del personal de salud, es inherente a los procesos de enfermedad, hospitalización y muerte. Por tal motivo, es indispensable que los profesionales de enfermería tengan conocimiento, desarrollen habilidades y destrezas con relación a esta temática. En el presente artículo se describe la situación de enfermería “Un milagro de vida” en la que se narra la muerte de un hijo recién nacido. Posteriormente, se plantea el análisis y la formulación del concepto *duelo*, a partir de la revisión bibliográfica y la experiencia personal.

Palabras clave: Duelo; Muerte; Recién Nacido; Cuidado de Enfermería (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Grief is a situation that is immersed in the daily life of health, is inherent in the processes of illness, hospitalization and death, among others. For this reason it is essential that nurses

have knowledge, develop skills and abilities regarding this topic. This article describes the nursing situation “A life miracle” which recounts the death of a newborn child and then raises the analysis and formulation of a concept of *grief*, from the literature review and personal experience.

Key words: Grief; Death; Infant, Newborn; Nursing Care (Source: DECS BIREME).

Resumo

O luto pela morte, é uma situação que se encontra imersa no diário viver do pessoal de saúde, é inerente aos processos de doença, hospitalização e morte. Por esse motivo, é indispensável que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento, desenvolvam habilidades e destrezas com relação a esta temática. Neste artigo, se descreve a situação de enfermagem “Um milagre de vida” em que se narra a morte de um recém-nascido. Posteriormente, plantea-se a análise e a formulação do conceito “luto”, a partir da revisão bibliográfica e a experiência pessoal.

Palavras-chave: Luto; Morte; Recém-Nascido; Cuidados de Enfermagem (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

La práctica de enfermería implica vivir experiencias que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; éstas se originan en el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto (1). Es aquí donde

* Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Enfermería Materno Perinatal con Énfasis Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Docente Instructora, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Enfermera, Clínica de Marly, Servicio de Ginecobstetricia. E-mail: nogueran@javeriana.edu.co nnoguerao@unal.edu.co

** Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Fundación Hospital de la Misericordia. Email: cperezru@gmail.com

se origina la *Situación de enfermería*, entre las cuales se encuentra “Un milagro de vida”. A través de la situación de enfermería la enfermera trae en su ser la persona cuidadora que es y que llega a conocer al otro como cuidador que se expresa de una manera única en su vivir y crecer en el cuidado. Es en este momento que la enfermera atiende llamadas de cuidado, creando respuestas que nutren a la persona. Es también allí donde la enfermera expresa la totalidad del conocimiento estético de enfermería (2).

En la situación de enfermería planteada se identifica el concepto principal de *duelo*, el cual es producido por la muerte de un recién nacido; además, se puede reconocer la experiencia vivida, el rol de la enfermera y las intervenciones de cuidado que se brindan a la pareja que es afectada por el fallecimiento de su hijo. Teniendo en cuenta que la situación descrita puede causar grandes repercusiones sobre la salud del sujeto de cuidado, es indispensable que los profesionales de enfermería cuenten con conocimientos y destrezas para apoyar a las personas que están viviendo el proceso de duelo, tanto en ámbitos hospitalarios como comunitarios.

Un milagro de vida

Era una noche del mes de mayo y me encontraba de turno en el servicio de obstetricia. Estaba realizando notas de enfermería cuando ingresó Ana¹, paciente de 41 años que venía acompañada de su esposo quien le contenía con voz de aliento y le limpiaba suavemente las lágrimas que salían de sus ojos. Ana era una mujer conocida en el servicio de obstetricia, pues dos años atrás había sido atendida por la pérdida de su hijo. Había tenido cuatro gestaciones, las tres primeras finalizaron antes de cumplir 12 semanas de gestación, todo atribuido al Síndrome Antifosfolípido y a la incompetencia cervical. Hasta este momento, para Ana todo era incertidumbre aunque día a día vivía con la esperanza de que nada malo pasaría.

En este día la esperanza perdida era su compañera; cursaba una gestación de 28 semanas —concebida con tratamiento de fertilidad— y consultaba por presentar salida de líquido amniótico, por lo cual se hospitalizó y se inició la medicación para la maduración pulmonar fetal, tratamiento antibiótico, vigilancia de aparición de signos y síntomas de infección y vigilancia del bienestar fetal.

El ginecólogo de turno informó a Ana que había una alta probabilidad de parto prematuro por la ruptura

de membranas y que por su edad gestacional la posibilidad de sobrevivencia del bebé por nacer (Mariana²) era mínima. Ana se aferró a los brazos de su esposo en busca de consuelo. El ginecólogo y yo nos acercamos, tomé a Ana de la mano y ella me sostuvo fuertemente buscando apoyo en mí.

Como Ana era una paciente conocida, yo sabía que tenía fuertes creencias religiosas y antes de iniciar el tratamiento hicimos junto con su esposo una oración que alivió un poco el dolor que tenían en su corazón. En ese momento quería que Ana y su esposo encontraran en mí apoyo y fortaleza frente a su dolor.

Durante la noche, Ana se encontró inquieta y angustiada, su rostro y el de su esposo no sonreían, aunque él se veía un poco más fuerte. Al finalizar el turno, Ana se despidió con voz pausada y con desánimo; el esposo se acercó a mí, me agradeció y me pidió que orara para que todo saliera bien y el embarazo se pudiera prolongar. Entregué turno a mis compañeras; a ellas y a mí nos preocupaba la situación, sabíamos que había un riesgo altísimo de pérdida del bebé y sabíamos que las posibilidades de una nueva gestación viable eran poco probables.

En la noche siguiente cuando llegué al hospital, Ana ya no estaba en su habitación, mi colega me informó que estaba en cesárea por una infección intraamniótica. Pasada aproximadamente una hora de haber recibido el turno, Ana regresó al servicio llorando y nos decía: “quisiera dormir y despertar hasta cuando todo esté en calma, junto a Mariana”. Mariana, la hija recién nacida de Ana, fue llevada a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; por la edad gestacional no tenía una adecuada maduración pulmonar, era de bajo peso y tenía una infección pulmonar.

Ese día a la media noche el neonatólogo se acercó a Ana y a su esposo, les comentó el estado de Mariana y les informó las posibles complicaciones. Ana estaba cada vez más abrumada, pasé por su habitación y me comentó que tenía mucho dolor físico pero que el dolor del corazón era mucho más fuerte. Brindé los cuidados necesarios para disminuir su dolor físico, hablé con ella por largo rato y le apoyé en el mantenimiento de la fe, haciéndole ver que debía mantenerla ahora más que nunca. Ana intentaba conciliar el sueño pero el imaginar qué pudiese pasar con Mariana, no le permitió dormir esa noche.

1 El nombre original se ha cambiado para proteger la identidad.

2 El nombre original se ha cambiado para proteger la identidad.

En la mañana siguiente, Ana y su esposo se veían agotados, pero la ilusión de ver a Mariana los reconfortaba. Me despedí de Ana, tomé su mano y le dije que no se preocupara, que todo saldría muy bien. Salí de la habitación y el esposo de Ana una vez más me agradeció por el acompañamiento y el apoyo. Con esas palabras del esposo de Ana entendí que lo que yo estaba haciendo era muy importante para ellos y para mí.

Justo antes de salir de la clínica, pasé a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y mi colega me informó que Mariana cada vez decaía más y que no sabía si iba a soportar. En la mañana siguiente llamé a la clínica y pregunté por Mariana, pero las noticias no eran buenas: su estado de salud iba empeorando.

En la noche llamé a la enfermera que me estaba reemplazando para saber cómo iba todo, me comentó que Mariana en la tarde había muerto, la corta edad gestacional y la infección no permitieron que siguiera luchando. Supe que Ana y su esposo estaban muy afectados, en este momento se veía frustrada la ilusión de ser padres y la tristeza se acentuaba cada vez más.

Cuando volví a turno Ana ya no estaba, pero sabía que ella y su esposo vivían un inmenso dolor en sus corazones. A la semana siguiente, Ana nos envió una carta de agradecimiento por el acompañamiento y el apoyo recibido por parte de las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los médicos.

Días después, cuando Ana ya se sentía un poco más recuperada de la pérdida de Mariana, volvió a la clínica, nos agradeció por haber estado acompañándola en momentos tan difíciles y nos contó que junto con su esposo habían renunciado a la posibilidad de ser padres. Ocho meses después Ana volvió a la clínica y nos dijo que Dios había obrado un milagro en ella, pues estaba embarazada sin buscarlo. En esta ocasión no hubo tratamiento de fertilidad, sólo fue cuestión del azar de la vida que ahora les daba una nueva oportunidad.

Este embarazo transcurrió con muchos más cuidados que los anteriores, siempre que consultaba estuve presta a dar educación a partir de mi conocimiento, a brindarle apoyo y a permitirle acrecentar su fe en Dios para que todo llegara a un feliz término.

Finalmente Ana, su esposo y la colaboración de todos nosotros lograron que la gestación llegara a las 37 semanas y así fue como llegó Milagros, una pequeña que para esta pareja encarnaba un largo sueño al fin hecho realidad.

El concepto de duelo y la Situación de enfermería

La pérdida de gestaciones, sobre todo si sucede con repetición, es considerada uno de los principales factores desencadenantes de duelo en la vida adulta (3). Las pérdidas tardías de la gestación se asocian con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas, dado que los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo (4). Ambas situaciones fueron identificadas en la presente situación de enfermería.

La muerte de un hijo es devastadora para los padres, experimentan una pena que es penetrante, intensa, compleja y constante. Se acompaña además por una multitud de pérdidas secundarias, incluyendo la pérdida de esperanzas y de sueños, la pérdida de la experiencia de criar un niño y la pérdida del sentido de seguridad en el mundo (5). Desde la perspectiva parental, el duelo es un proceso emocionalmente difícil para los padres, que deben enfrentarse al ver truncadas sus esperanzas y sueños construidos durante el embarazo y comprender que no tendrán la oportunidad de disfrutar el futuro en compañía de su hijo (6).

El concepto del duelo es fundamental en cuanto al arte del cuidado humano se refiere, pues al entender el continuo de la vida como una experiencia integral, el enfermero adquiere la capacidad de realizar una intervención trascendente y valiosa para el ser humano que vive esta situación o para el familiar que acompaña el proceso de nacimiento, salud, enfermedad y muerte.

El duelo no se encuentra ligado estrictamente a la definición de pérdida de un ser querido o a la muerte, sino al proceso desencadenado por la pérdida de cualquier elemento sobre el cual se tenga gran valía o expectativa: una oportunidad, un objeto, una capacidad o el estado de salud. El nacimiento de un hijo es una experiencia cargada de mucha ilusión y esperanza, que puede ser devastadora para los padres cuando no llega a feliz término.

La revisión en bases de datos (Cochrane) sobre el apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (2009) pone en evidencia que la pérdida de un hijo durante este periodo es devastadora para los padres y la familia. Se piensa que aproximadamente una de cada cinco familias sufre excesivamente en cuanto a la prolongación e intensidad del duelo y otros resultados adversos psicológicos si el recién nacido muere (7).

Para entender el concepto de duelo en el presente artículo, se toma como referencia el trabajo realizado por

la psiquiatra Elizabeth Kübler Ross en el año 1969 (8), en donde la autora define el *duelo* y tipifica sus etapas así:

- **Negación:** el doliente se niega a aceptar la situación de pérdida que atraviesa, sea real o potencial. Duración esperada: desde horas hasta una semana.
- **Ira:** la persona afectada culpa a los demás por la pérdida; se descarga emocionalmente la responsabilidad en otros. Duración esperada: desde horas hasta días.
- **Pacto:** el doliente hace un acuerdo consigo mismo para iniciar el entendimiento de la experiencia que atraviesa. Se realiza como mecanismo para retrasar la depresión que genera la pérdida.
- **Depresión:** se vive con sentimientos de desamparo, desesperanza, impotencia, dolor y tristeza. Duración esperada: no determinada.
- **Aceptación:** es la fase final del proceso de duelo donde el doliente recuerda a su ser querido, habla de su experiencia de pérdida pero no se revive el dolor ni se hacen planes hacia el futuro frente a la recuperación de lo perdido. Duración esperada: no determinada.

Teniendo en cuenta estas etapas y las complicaciones que se pueden presentar en cada una de ellas, es claro que el personal de salud debe estar atento a los siguientes signos de duelo (9):

- Prolongación de la fase inicial.
- Charla sobre el fallecido como si aún estuviera vivo.
- Ira extrema y duradera.
- Aislamiento prolongado.
- Incapacidad para llorar.
- Necesidad permanente de usar medicación sedante.
- Apoyo inexistente.
- Regresión en las etapas.

Al respecto, el Dr. Torres M. señala que el duelo es un proceso indispensable de adaptación a la pérdida, por lo tanto, sus etapas deben ser atravesadas y resueltas. En caso contrario, si los sentimientos no son expresados, si la angustia se mantiene oculta, la tristeza no es consolada o si la culpa transcurre en silencio, es mucho más frecuente que se presenten complicaciones psiquiátricas posteriores (en particular, depresión prolongada y enfermedades psicosomáticas) (10).

Retomando la narrativa, el proceso de duelo fue detectado durante la hospitalización, durante las pérdidas de gestaciones anteriores y al nacimiento de la hija pretérmino. El duelo, por ser un proceso inherente a la vida misma, ha sido estudiado desde diferentes disciplinas, entre ellas: psicología, antropología,

medicina y enfermería, en las que se encuentran diferentes interpretaciones. Al respecto, el psicoanalista Sigmund Freud en su obra *Duelo y melancolía* (1915) introdujo el término *duelo* para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como “Reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”

Lindemann, citado por Fernández, señala que el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por: a) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos); b) preocupación por la imagen del difunto; c) culpa; d) reacciones hostiles; y e) desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que puede acompañarse de la aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental para facilitararlo (11).

Desde otra perspectiva, Carpenito, citado por Novel (12), define el duelo como “un estado en el que el individuo o la familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones) o estado en el que el individuo o la familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado); concepto que amplía la definición del duelo hacia el contexto de la pérdida de objetos o posiciones sociales que para el individuo o la familia son apreciados”.

El duelo ha sido abordado integralmente desde diversos puntos de vista: pasa a ser considerado antiguamente como un evento para acallar con medicamentos sedantes y evitar negando el contacto de los familiares con el recién nacido muerto (13), hasta lo que hoy se acepta dentro del proceso de elaboración. Lo realmente importante en nuestro caso es entender que es una vivencia en la que el personal de enfermería puede participar, facilitando el espacio para que se superen las etapas una a una de manera saludable, sin olvidar que el proceso está siendo experimentado de igual manera por madre y padre, quienes deben ser atendidos por personal calificado en el manejo del trauma agudo a través de técnicas psicoterapéuticas, con el fin de disminuir las complicaciones, los riesgos y los efectos devastadores del duelo mal elaborado.

A partir del *constructivismo* se pueden ubicar cuatro elementos esenciales por los que se debe propender cuando se identifica que algún sujeto de cuidado atraviesa por un periodo de duelo real o potencial (11):

1. Construir un mundo en el que la persona pueda vivir sin el objeto perdido.
2. Dar sentido a los sentimientos desencadenados por la pérdida y apropiarlos a la nueva vida.
3. Ejecutar autónomamente las tareas que antes dependían de la persona u objeto perdido.
4. Sentir afectos semejantes al entregado al objeto o persona perdida, ahora a un nuevo objeto o persona sin pretender reemplazar su presencia.

Atributos del concepto en la *Situación de enfermería*

Teniendo en cuenta la literatura, en esta narrativa se pudieron identificar los siguientes atributos del concepto: desesperanza, inquietud, cansancio, angustia, llanto, tristeza, dolor en el corazón e ilusión, los cuales se manifiestan de la siguiente manera:

Ilusión de prolongar la gestación hasta garantizar la viabilidad del recién nacido y posterior a su nacimiento de terminar la hospitalización pronto con un hijo sano camino a casa.

Desesperanza, identificada con la pérdida de la motivación por tener un hijo biológico, generada por la muerte del neonato.

Inquietud ante la vulnerabilidad de la salud del recién nacido pretérmino.

Cansancio posterior a la experiencia del trabajo de parto y el nacimiento, con la noticia del riesgo inminente de muerte del recién nacido.

Angustia frente al pronóstico de salud del recién nacido.

Llanto por las emociones desencadenadas con la pérdida.

Tristeza por la pérdida del recién nacido y por la pérdida de la oportunidad de ser padres biológicos.

Dolor en el corazón como percepción somática de las emociones desencadenadas ante todos los eventos experimentados.

La literatura muestra que la familia en duelo puede manifestar diversos sentimientos, desarrollar diversas cogniciones y manifestar diferentes sensaciones físicas y de conducta, dentro de las que se pueden encontrar: tristeza, culpa, ansiedad, sensación de impotencia, *shock*, anhelo, confusión, debilidad anímica, falta de energía y debilidad muscular (9).

Del mismo modo, Araya señala que el dolor que causa la posibilidad de perder un hijo produce manifestaciones físicas, emocionales y espirituales en los padres y familiares cercanos, las cuales pueden perdurar varios meses o incluso años. En ocasiones, el duelo mal sobrellevado puede convertirse en estrés, depresión o algún otro trastorno psicológico grave, motivo por el que durante esta

dolorosa experiencia la gestante y su familia deben recibir apoyo del personal de salud capacitado, de manera que se encarguen de aclararles sus dudas, favorecer la comunicación, brindar contención y acompañamiento cuando se requiera (14).

El Dr. Brockington, en el artículo titulado *Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de alimentación y pérdidas perinatales*, afirma que el duelo de los padres se presenta cuando ocurre la muerte del recién nacido y es similar a otros duelos, con una respuesta inicial enmudecida, seguida de una enorme tristeza duradera y algunas veces con culpa y enojo. Pero el duelo tiene una característica especial: puede haber alucinaciones de duelo en relación con el bebé, por ejemplo, de movimientos fetales, ver la cara del bebé, oírlo llorar o jugar en su cuna (15).

En relación con el antecedente de pérdida perinatal, González *et al.* señalan que las parejas que han sufrido una pérdida perinatal manifiestan temor sobre el resultado del siguiente embarazo y presentan mayores síntomas depresivos y de ansiedad, por lo que los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre una nueva gestación (16).

Intervenciones de enfermería y cuidados frente a la muerte del recién nacido

Frente a la muerte de un recién nacido, el profesional de enfermería debe estar en la capacidad de brindar cuidado a los padres y a la familia, con el fin de lograr una adecuada elaboración del duelo, propendiendo por disminuir las complicaciones para la salud que éste conlleva.

Oviedo *et al.*, en su artículo titulado *Duelo materno por muerte perinatal*, señalan que el personal de salud necesita preparación emocional para mitigar el duelo materno en una mujer que ha perdido un hijo justo al nacer, contribuyendo a que los padres afronten el duelo con respeto y acompañándolos para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de la pareja. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda para enfrentar la muerte del hijo, siempre respetando la decisión de recibir o no apoyo psicológico y espiritual (17).

A continuación se describen las intervenciones de enfermería en relación al duelo identificadas en la narrativa:

- Identificación de la paciente, de su pareja y su hijo por nacer como una familia que requería cuidado de enfermería.

- Escucha activa a partir del interrogatorio habitual y de procesos de comunicación asertivos.
- Integración con el sujeto de cuidado, a partir de compartir creencias y valores trascendentales para su desarrollo integral.
- Comunicación terapéutica, con el fin de brindar apoyo emocional y espiritual para Ana y su pareja.
- Apoyo emocional y espiritual.

Intervención de enfermería y resultados esperados

El profesional de enfermería es actor principal a comienzos del duelo (muerte del hijo anhelado en la situación de enfermería descrita) y puede propender por que las etapas iniciales del proceso transcurran con mayor fluidez y se elaboren con más facilidad. Las habilidades de intervención terapéutica inherentes al ejercicio del cuidado pueden hacer que el duelo inicie (hablando del contexto hospitalario) de manera más adecuada y evolucione mejor, partiendo del concepto de *la relación terapéutica*, fundamentada en principios como la empatía, el respeto, la confianza y el autoaprendizaje.

El trabajo interdisciplinario, sumado a medidas de cuidado para la salud mental de familiares y pacientes —facilitar el ingreso a familiares durante el proceso de muerte, permitir el contacto físico, reducir el dolor, el frío y la asfixia en el agonizante—, puede hacer de la experiencia de muerte un evento humanizado que reduzca en los dolientes las emociones negativas relacionadas y como consecuencia, lograr que el proceso de duelo transcurra de manera más saludable para el paciente y su familia, consiguiendo una posición ante la muerte positiva y una mejor aceptación del duelo.

Es importante entender que como profesional de enfermería se es partícipe en la formulación de políticas institucionales frente a la atención de pacientes, por lo que es importante mantener una permanente actualización académica, que acompañada del interés actual de las instituciones por lograr una atención integral y humanizada, puedan lograr que tanto la experiencia de muerte como la hospitalización misma —entendida como un evento que potencialmente puede desencadenar duelo— se vivan de manera más sensible, humanizada, empática, natural y cercana a la cultura o a la forma en que el paciente y su familia entienden la muerte. En cuanto a la situación de enfermería descrita, es importante entender que la presencia materna durante la hospitalización y muerte de Mariana facilitó que ella de una u otra manera viviera más saludablemente el proceso de duelo y pudiera regresar a

la institución hospitalaria posteriormente sin recordar con amargura su experiencia pasada.

Partiendo de los principios adecuados, se puede brindar un atención holística al paciente que se ve enfrentado, en el caso particular, a la pérdida del hijo recién nacido, teniendo en cuenta la importancia de la integración de la teoría con la investigación y la práctica como pilares del cuidado de enfermería. Sin lugar a dudas, la intervención y el apoyo del profesional de enfermería son fundamentales para el afrontamiento precoz del duelo, lo cual implica la permanente capacitación del personal frente a este tema, con el fin de garantizar cuidados de calidad que permitan abordar a la mujer, a la pareja y a la familia desde una perspectiva de integralidad. En este sentido, Pastor *et al.* (2011) (18) señalan que acompañar y cuidar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal no es algo que deba improvisarse, por lo que es necesaria una formación específica sobre el duelo perinatal, las habilidades de comunicación y las técnicas de relación de ayuda. Esta formación permitirá a los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo la pérdida perinatal.

Conclusiones y Recomendaciones

Teniendo en cuenta el argumento teórico y a partir del análisis de la situación de enfermería, a continuación se sugieren algunos cuidados de enfermería para facilitar el proceso de acompañamiento a padres que se enfrentan a la muerte del hijo recién nacido:

Brindar un ambiente adecuado. Es indispensable proporcionar un espacio que promueva tranquilidad y privacidad para que los dolientes puedan manifestar sus sentimientos y emociones de manera segura.

- Valorar integralmente la pareja y la familia con el fin de identificar problemas reales y potenciales, así como posibles complicaciones derivadas de la elaboración del duelo.
- A partir de la valoración de enfermería, el profesional debe concretar prioridades, definir objetivos, establecer intervenciones, ejecutar las acciones planeadas y modificar planes y objetivos futuros atendiendo a los resultados obtenidos.
- Facilitar una adecuada comunicación entre los padres y el equipo interdisciplinario de salud. Esta comunicación debe estar fundamentada en el respeto, la empatía y la confianza, con el fin de lograr que la pareja y la familia logren elaborar funcionalmente el duelo, logrando óptimos resultados para las personas afectadas por la situación. Al respecto, Rengel Díaz menciona la necesidad de acompañar y ofrecer apoyo psicológico a la pareja y la familia,

brindándoles confianza para permitir que expresen sus miedos y temores (19).

- Es necesario que el profesional de enfermería permita a los padres expresar sus sentimientos y emociones, manteniendo una actitud de escucha empática, de modo que el inicio del duelo curse naturalmente y su resolución se vea potencializada en el apoyo recibido por el equipo de salud.
- Proporcionar el aporte humano necesario. En el momento de brindar cuidado de enfermería a la pareja o familia que se ven enfrentados a la muerte del recién nacido, es necesario posibilitar el trabajo interdisciplinario y el trabajo en equipo, en donde se vinculen profesionales de la salud idóneos.

Las situaciones adversas, aunque puedan parecer en un momento insuperables para un grupo familiar, pueden ser en realidad la oportunidad para fortalecer sus recursos y vínculos, de modo que se puedan preparar para afrontar estos momentos y los que se presenten en su devenir como familia (20).

Es importante tener en cuenta que los enfermeros requieren contar con una salud integral que: incluya lo mental y lo emocional para responder adecuadamente a los retos del cuidado humano como ser holístico, se permita que su ser crezca con cada experiencia de cuidado, se faciliten espacios terapéuticos individuales y grupales cuando se realice el acompañamiento a pacientes y familiares en el proceso de muerte, se mantenga actualizado frente a técnicas de intervención, se nutra su ser con experiencias que le sean gratas, se apoye y motive a su personal auxiliar para que acompañe efectivamente a los pacientes en sus necesidades de cuidado, se invite a todo el equipo de salud para discutir temas relacionados con el duelo y el manejo del mismo en su institución para determinar conceptos comunes, ser líder frente al cuidado y sobre todo evitar que las presiones laborales del diario vivir debiliten el sentido humanitario que caracteriza la enfermería.

Referencias

- (1) Mejía LM. Aplicación de algunas teorías de enfermería en la práctica clínica. *Index Enferm*. 2008;17(3):197-200.
- (2) Boykin A, Schoenhofer S. *Enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica* (traducción de Beatriz Sánchez). New York: National League for Nursing Press; 1993.
- (3) Flórez S. Duelo. *Anales Sis San Navarra*. 2002;25(Supl. 3):77-85.
- (4) García MC, Yagüe FA. Duelo perinatal. *Revista Escuela Universitaria Enfermería Albacete*. 1999;10(1):17-22.
- (5) Montesinos A, Román NA, Muñoz M, Elías BL. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Rev Chil Pediatr* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 26 may 2010];84(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v84n6/art08.pdf>.
- (6) Kamei L, Torres C, Kimelman M. Duelo en una unidad de neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* [revista en Internet]; 2013 [acceso: 26 may 2010];24(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202013-2.pdf#page=39>
- (7) Flenady V, Wilson T. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal [revisión traducida]. *La Biblioteca Cochrane Plus* [base de datos en Internet]. 2008 [acceso: 26 may 2010];3(1):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000452>
- (8) Kübler RE. *Sobre la muerte y los moribundos*. 4ª. ed. Barcelona: Grijalbo; 1994.
- (9) Latiegi A. Cuidados paliativos en enfermería. En: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E, editores. *Papel de la enfermería en el duelo*. Donsotia: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003. pp. 269-287.
- (10) Torres M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(3):263-84.
- (11) Fernández L, Rodríguez V. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam* [revista en Internet]. 2002; [acceso: 26 may 2010];12(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=es.
- (12) Novel G. *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona Elsevier Masson; 2000.
- (13) Cordero M, Palacios BP, Mena NP, Medina HL. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento del recién nacido. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75(1):67-74.
- (14) Araya CZ. Fuentes de apoyo recibidas por las gestantes en el duelo prenatal. *Rev Actual Costa Rica* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 26 may 2010];26(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/13698-23509-1-SM.pdf>

- (15) Brockington I. Problemas de conductas adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de alimentación y pérdidas perinatales. *Rev Perinatol Reprod Hum.* 2008;22(2):132-134.
- (16) González CS, Suárez LI, Polanco TF, Ledo MJ, Rodríguez VH. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria.* 2013;19(2):113-117.
- (17) Oviedo SS, Urdaneta CE, Parra FM, Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatr.* 2009;76(5):215-219.
- (18) Pastor MS, Romero SJ, Hueso MC, Lillo CM, Vacas J, Rodríguez TM. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(6):1405-1412.
- (19) Rengel C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Rev Enferm Docente.* 2010;91(2):37-43.
- (20) Walsh F. Resiliencia familiar, estrategias para su afrontamiento. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica semestralmente y recibe artículos en español, portugués e inglés. Al enviar los artículos para publicación, tenga en cuenta los aspectos relacionados con el proceso:

TIPOS DE ARTÍCULOS PARA PUBLICACIÓN (SEGÚN COLCIENCIAS)

1. *Artículo de investigación científica y tecnológica.* Documento original que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Número mínimo de referencias: 25.

2. *Artículo de reflexión.* Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25

3. *Artículo de revisión.* Documento que resulta de una investigación en la cual se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de mínimo 60 referencias.

Otras contribuciones no derivadas de investigación

1. *Editorial.* Documento escrito por el/la Editor/a Jefe, un/a Editor/a Asociado/a, un miembro del Comité Editorial o un/a investigador/a invitado/a sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

2. *Documento de reflexión no derivado de investigación.* Documento tipo ensayo que no es producto de una investigación. Utiliza la perspectiva analítica del autor sobre un tema específico a partir de fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25.

3. *Reporte de caso (Situaciones de enfermería).* Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referencias: 15.

4. *Traducción.* Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

5. *Reseña bibliográfica.* Síntesis concreta con una visión crítica de una publicación estilo libro que describe la importancia, los aspectos destacados y los aportes particulares de la publicación.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS ARTÍCULOS

El material que se ponga a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

1. *Claridad y precisión en la escritura:* la redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

2. *Originalidad:* el documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.

3. *Objetividad y validez:* las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.

4. *Importancia y aportes al conocimiento:* el documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Los artículos deben ser enviados únicamente a través del sistema ojs (*Open Journal System*):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

El autor de un artículo debe remitirlo con una carta en la cual indique su dirección, teléfono y correo electrónico vigente. Si el artículo es de varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo. Para el caso de los informes de investigación, el investigador principal asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son autores, y se listan en los reconocimientos. Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada en relación con la aceptación o rechazo de su artículo.
- De publicarse, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

PROCESO DE ELECCIÓN Y REVISIÓN DE ARTÍCULOS

El procedimiento para la revisión y posterior elección de los artículos a incluir en la revista *Avances en Enfermería* es el siguiente:

1. Una vez sometidos a través del sistema OJS, todos los artículos remitidos al Comité Editorial son revisados inicialmente por el/la Editor/a Asistente para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en las *Instrucciones para los autores*. De no cumplir con estos criterios, el documento será rechazado para continuar con el proceso de evaluación. Si las falencias son mínimas, el manuscrito será enviado a su/s autor/es con indicación de corregirlas antes de seguir el proceso.

2. Si cumple con los requisitos formales, el documento será sometido al sistema anti-plagio de la revista y se le hará un exhaustivo seguimiento de las referencias bibliográficas, luego de lo cual el/los autor/es recibirá/n una notificación de recibido por medios electrónicos.

3. Acto seguido, el artículo se remite al Comité Editorial para que designe dos (2) pares evaluadores para su revisión: uno de ellos docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y otro externo a ésta —nacional o internacional—, los cuales deben ser expertos en el tema que trata el artículo. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa uno tercero, y con base en su concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. La identidad del autor de un artículo no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos al primero. El plazo para la emisión de conceptos que se dan a los pares evaluadores será de quince (15) días calendario y será notificada a cada par evaluador la fecha estimada de recepción del concepto.

4. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una comunicación electrónica en la que se le indican los conceptos de los pares evaluadores, se señala la decisión tomada y, de ser aceptado, se le informan las sugerencias y cambios a que haya lugar antes de publicar el artículo.

5. Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que dé su aprobación en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles. El autor debe enviar la autorización y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo las que han sido sometidas a cambios por el/la corrector/a de estilo o Editor/a Asistente.

6. Si cinco (5) días hábiles después de la recepción del documento el autor no se pronuncia al respecto, el Comité Editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se hicieron sobre el manuscrito.

7. El autor debe enviar al Comité Editorial sus datos en el formato Publindex.

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- Carta de cesión de derechos: los artículos deberán ser remitidos con una carta de los autores, manifestando que los materiales son inéditos. Adjuntarán hoja de vida.
- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni las 25 páginas tamaño carta, debe estar escrito en letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los 4 lados.
- Las páginas del documento deben estar numeradas.

Portada

Título: Debe aparecer el *título*, el cual debe ser preciso, no tener más de 80 caracteres y venir en español, inglés y portugués. Dentro del texto NO debe describirse la presentación del/los autor/es, sino incluirse en un archivo aparte y constar de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está/n vinculado/s, dirección electrónica vigente para contactarlo/s, ciudad y país.

Resumen: El artículo incluirá un *resumen* en español, inglés y portugués y no debe contener más de 250 palabras. Debe plasmar el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo. En caso de artículos originales, el resumen debe estar estructurado por los apartados Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y la conclusión.

Palabras clave (o descriptores): Se deben incluir de 3 a 5 descriptores o palabras clave en el idioma original, que correspondan a los DeCS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Nota: El documento NO debe señalar nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.

Ayudas y subvenciones

Si el trabajo es derivado de investigación se debe incluir el nombre de la investigación original. Para el caso de investigaciones que hayan tenido patrocinio o subvención de instituciones, se debe adicionar esta información.

Conflicto de intereses

Los autores deben diligenciar la CERTIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD. Consultar: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ESTRUCTURACIÓN Y
PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES (FORMATO *LMRYD*)

1. *Introducción*: en esta sección el autor debe incluir el problema, el objetivo o propósito del estudio y la argumentación lógica.

2. *Materiales y Métodos*: incluye el tipo de estudio, el fenómeno estudiado, las medidas, los análisis de datos y el proceso de selección de la muestra del estudio, especificando el tiempo y el lugar. También, instrumentos utilizados y métodos de análisis empleados. Si es el caso, los aspectos éticos contemplados en el estudio y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

3. *Resultados*: deberán ser presentados en forma lógica, con las directrices del propósito y con las respuestas a la pregunta de estudio. Deben contener los datos y sus respectivos análisis. En el caso que se utilicen tablas, cuadros, gráficas e imágenes, éstos deben estar numerados de acuerdo a como han sido citados en el texto, contener su respectivo título, el cual será breve y claro, y la fuente de la información. Además, las gráficas, diagramas, imágenes, dibujos lineales, mapas y fotografías deberán presentarse en el programa original que se utilizó para elaborarlas (*Excel, Word, Power Point, Paint*, etc.).

4. *Discusión*: en ésta se destacarán las consideraciones nuevas y más importantes de la investigación, además de las conclusiones que de ella surjan. Deberá dar cuenta de las interpretaciones del autor y de las explicaciones en relación con sus hipótesis originales y con las fuentes bibliográficas estudiadas, las cuales deberán ser consistentes con la investigación. Podrá incluir las implicaciones para la práctica clínica y las recomendaciones para futuros estudios.

5. *Referencias*: la revista *Avances en Enfermería* sigue las orientaciones sobre referencias bibliográficas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por lo cual se exige que el manuscrito se complemente estrictamente con las *Normas Vancouver*. Consultar: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Las referencias bibliográficas deberán numerarse consecutivamente, entre paréntesis y en tamaño normal, de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto. A continuación se presentan ejemplos de la forma de presentación de los documentos y referencias respectivas:

- *Artículo de revista*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título abreviado de la revista. Año;volumen

(número):página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después del éstos las palabras la abreviatura *et al*.

- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación: editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título del capítulo. La palabra "En": director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.
- *Ponencias*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. "En": título oficial del Congreso, Simposio o Seminario. Lugar de publicación: editorial, año, página inicial y página final de la ponencia.
- *Artículo de revista en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [serie en Internet]. Año [día mes año de consulta];volumen(número):página inicial-final. "Disponible en: (URL)"
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; fecha de publicación [día mes año de última actualización; día mes año de consulta]. "Disponible en: (URL)"
- *Material audio visual*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, DISQUETE según el caso) Edición. Lugar de edición: editorial y año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre del boletín oficial. Número y fecha de publicación.
- *Tesis de doctorado/maestría*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría o doctorado]. Lugar de publicación: editorial, año. Paginación.
- *Material no publicado*: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. "En prensa". Fecha.

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada seis meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspectos relativos ao processo:

TIPOS DE ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO (SEGUNDO COLCIENCIAS)

1. *Artigo de pesquisa científica e tecnológica.* Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. *Artigo de reflexão.* Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. *Artigo de revisão.* Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integramos resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

1. *Editorial.* Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

2. *Documento de reflexão não derivado de pesquisa.* Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. *Relatório de caso.* (*Situações de enfermagem*) Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

4. *Tradução.* Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

5. *Resenha bibliográfica.* Síntese concreta com uma visão crítica de uma publicação estilo livro que descreve a importância, os aspectos destacados e os aportes particulares da publicação.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ARTIGOS

O material que for colocado para apreciação do Comitê Editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

1. *Clareza e precisão na redação:* a redação do documento deve ser coerente como conteúdo e clara para o leitor.

2. *Originalidade:* o documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

3. *Objetividade e validade:* as afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

4. *Importância e contribuições ao conhecimento:* o documento faz contribuições interessantes para modernizar o tema objeto de pesquisa.

INFORMAÇÃO DO AUTOR

Os artigos devem ser enviados por meio do sistema OJS (*Open Journal System*):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone, fax e e-mail. Se o artigo é de vários autores, é preciso identificar a contribuição de cada autor no trabalho. No caso dos relatórios de pesquisa, o pesquisador principal assumirá a responsabilidade sobre a integridade e confiabilidade dos dados compilados. Se a autoria de um artigo é grupal, é preciso nomear um ou mais autores para assumirem a responsabilidade em nome do grupo. Nesse caso, os outros membros não são autores, e serão incluídos na lista de reconhecimentos. Quando um artigo for submetido à apreciação do Comitê Editorial, seu autor aceita que:

- Sob nenhum conceito receberá pagamento algum pela inclusão de seu documento na publicação.
- Não poderá apresentar o mesmo documento à consideração de comitês de outras publicações até não obter resposta escrita sobre a decisão tomada a respeito da aceitação ou recusa de seu artigo.
- Caso o artigo for publicado, ele torna-se propriedade permanente da Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia e não poderá ser publicado em outro meio sem licença escrita do autor e da Universidade.

PROCESSO DE SELEÇÃO E REVISÃO DE ARTIGOS

O procedimento para eleger os artigos a serem incluídos na revista *Avances en Enfermería* é o seguinte:

1. Todos os artigos encaminhados ao Comitê Editorial da revista são revisados inicialmente pelo/a Editor/a Assistente a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas *Instruções para os autores*. Caso o artigo não obedecer esses critérios, o documento será rejeitado para continuar o processo de seleção. Se as falências forem mínimas, o escrito será devuelto ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação, com indicação de corrigi-las antes de continuar o processo.

2. Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requisitos formais, o documento será submetido ao sistema

anti-plágio da revista, e se fará um exaustivo seguimento das referências bibliográficas, depois o/s autor/es receberão uma notificação de recebido por meio eletrônico.

3. Logo depois, o artigo se remite ao Comitê Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão: um deles docente da Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia e outro pessoal externo à universidade —nacional ou internacional— ambos com grande saber notório na área do artigo. Se o artigo é avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide a inclusão do documento na publicação. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro. O prazo para a emissão de conceitos que se dão aos pares avaliadores será de quinze (15) dias calendário e será notificada a cada par avaliador a data estimada de recepção do conceito.

4. Com base nos conceitos dos pareceristas avaliadores, o comitê decide se o artigo será publicado ou não. Em ambos os casos, o autor recebe uma comunicação eletrônica que inclui as opiniões dos pareceristas e a decisão tomada. Se o artigo for aceito, o autor recebe confirmação sobre as sugestões e correções aplicáveis antes de publicar o artigo.

5. Depois de receber as correções aplicadas pelo autor, o Comitê Editorial envia o documento a um corretor de estilo ou editor de documentos. Quando acaba a edição correspondente, o artigo é devolvido ao autor, quem terá prazo de cinco dias úteis para dar a aprovação final. O autor deve enviar a autorização e apontar claramente as correções não aceites, dado que com isso, ele fica responsabilizado por todas as afirmações feitas no artigo, incluindo aquelas que foram mudadas ou corrigidas pelo/a corretor/a de estilo ou Editor/a Assistente.

6. Se nos 5 dias úteis posteriores ao recebimento do documento o autor não se pronunciar ao respeito, o Comitê Editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.

7. O autor deve enviar os dados do formato Pubindex ao Comitê Editorial.

REQUISITOS PARA PRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

A revista *Avances de Enfermería* e seu conteúdo são propriedade da Universidad Nacional de Colombia.

Antes de enviar um documento, verifique a observância com as seguintes especificações:

- Carta de atribuição de direitos: os artigos deverão ser enviados com uma carta dos autores, afirmando que os materiais são inéditos. O currículo deve estar juntado.
- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos 4 lados.
- As páginas do documento devem estar numeradas.

Capa

Título: Deve aparecer o título, que deve ser claro, não conter mais de 80 caracteres e estar em espanhol, inglês e português. Dentro do texto NÃO deve descrever-se a apresentação do/s autor/es, já que esta deverá incluir-se em outro arquivo e conter: nomes e sobrenomes completos, titulação acadêmica, cargo atual e vinculação institucional, bem como endereço eletrônico vigente para contatá-lo/s, cidade e país.

Resumo: O artigo deve incluir resumo em Espanhol, Inglês e Português, não deve ter mais de 250 palavras.

Nele tem que se encontrar o objetivo, os pontos focais e as conclusões do artigo. Nos artigos originais, o resumo deve ser estruturado de modo a definir o Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Para artigos de revisão, reflexões e traduções, o resumo deve incluir Objetivos, Resumo e Conclusão.

Palavras-chave (ou descritores): O artigo deverá incluir de 3 a 5 descritores ou palavras chave no idioma original, que correspondam aos DeCS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Atenção: O documento NÃO deve apontar os nomes comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, a menos que seja absolutamente necessário.

Subvenções e subsídios:

Se o trabalho for o resultado de uma pesquisa deverá incluir o nome da pesquisa original. Para o caso das pesquisas que tiveram patrocínio ou financiamento de instituições, deve-se incluir esta informação.

Conflito de interesse

Os autores devem preencher a CERTIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE. Consultar em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

DIRETRIZES GERAIS PARA A ESTRUTURAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS ORIGINAIS (FORMATO IMRYD)

Introdução: Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

Materiais e Métodos: Inclui o tipo de estudo, o fenômeno estudado, as medidas, os análises de dados e o processo de seleção da população do estudo, especificando o tempo e lugar. Além disso, deve incluir Instrumentos utilizados, os métodos de análise utilizados. Se for o caso, os aspectos éticos abordados no estudo e aprovação do Comitê de Ética pertinente.

Resultados: devem ser apresentados de uma forma lógica, com as diretrizes do propósito e com as respostas à pergunta de estudo. Deve conter os dados e os análises dos mesmos. Caso forem usadas tabelas, quadros, gráficos e imagens, devem ser

numerados de acordo com a ordem como foram citadas no texto, conter o respetivo título, que deve ser breve e claro devendo aparecer a fonte de informação. Além disso, os gráficos, diagramas, imagens, desenhos lineares, mapas e fotografias, deverão apresentar-se no programa original que usou-se para elaborá-las (*Excel, Word, Power Point, Paint*, etc.).

Discussão: Nesta se dará destaque às considerações novas e mais importantes da pesquisa, além das conclusões que dela surjam. Deverá dar conta das interpretações do autor e das explicações em relação com suas hipóteses originais e com as fontes bibliográficas estudadas, as que deverão ser consistentes com a pesquisa. Poderá se incluir as implicações para a prática clínica e as recomendações para futuros estudos.

Referências: A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, pelo que se exige que o escrito se complemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- *Artigo de Revista:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Abreviatura internacional do título da revista. Ano, volume (número): página inicial e final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras et al serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias:* Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação: editora e ano.
- *Capítulo de Livro:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do capítulo. Palavra “Em”: Diretor/Coordenador/ editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: editora; ano. Página inicial e final do capítulo.
- *Palestras:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. “Em”: título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação: editora, ano, página inicial e final da palestra.
- *Artigo de revista on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo, título abreviado da revista [periódico na Internet], ano [dia mês ano de consulta]; volume (número): páginas inicial e final. “Disponível em: (URL)”
- *Livro ou monografia on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet] Volume. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. [dia mês ano da última atualização; dia mês ano de consulta]. “Disponível em: (URL)”
- *Material audiovisual:* sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, DISCO segundo o caso) Edição. Local de edição: editora e ano.
- *Documentos legais:* Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome do diário oficial. Número e data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado ou doutorado]. Local de publicação: editora, ano. Paginação.
- *Material inédito:* refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Nome da publicação. Na imprensa. Data.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published twice a year and receives articles written in Spanish, Portuguese and English. When sending articles to publication, please consider the following features about the process:

ARTICLES TYPES TO PUBLICATION (ACCORDING TO COLCIENCIAS)

1. *Scientific and technological research article*. Original manuscript that presents in detail the original results of research projects. The structure generally used contains four important sections: Introduction, Materials and Methods, Results and Discussion. Minimum of bibliographic references required: 25.

2. *Reflection article*. Document that presents research results from the author's analytic, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. *Literature review article*. Document that results from investigation in which the results of published or unpublished investigations are analyzed, systematized and integrated on a field of science or technology in order to report on advancement and development trends. Its main characteristic is to present a careful bibliographic review of at least 60 references.

Other contributions not derived from researches

1. *Editorial*. Document written by the Chief Editor, an Associated Editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher, about orientations in the subject domain of the journal.

2. *Reflection document not derived from investigation*. Manuscript like essay not resulting from a research. It applies interpretative analytic perspective or critics of the author on a specific topic based on original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. *Case report (Nursing situations)*. Document that presents the results of a study regarding a particular situation in order to show technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a commented systematic review of the literature on analogue cases. Minimum of bibliographic references required: 15.

4. *Translation*. Translations of classic or current texts or transcripts of historic documents or texts for particular interest on the journal's publication domain.

5. *Bibliographical outline*. Specific synthesis with a critical view for a book publication that describes significance, outstanding topics and characteristic contributions of the publication.

ARTICLES SELECTION CRITERIA

The material submitted to Editorial Committee should meet the following criteria:

1. *Clear and precise writing*: The document's wording should provide coherence on the contents and clarity to readers.

2. *Originality*: The document must be original, that is to say: it must be produced directly by the author, it should not be an imitation of other documents.

3. *Objectivity and validity*: The statements should be based on valid data and information.

4. *Importance and contribution to knowledge*: The document makes interesting contributions to the state of art of the object of the study.

INFORMATION OF AUTHORS

Manuscripts must be submitted only through ojs system (Open Journal System):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

Authors must send articles forward them accompanied with a letter indicating their address and updated electronic mail. If the article has several authors, each author's contribution should be identified. In case of investigation reports, the main researcher shall assume the responsibility over the integrity and reliability of the collected data. If the article was produced by a group, one or more researches should be designated to assume the responsibility on behalf of the group. In this case, the other members are not perceived as authors, and they shall be listed on the acknowledgement list. When submitting an article to the Editorial Committee, its author accepts that:

- In no case shall he/she receive any payment for the inclusion of the article in the publication.
- He/she can not submit the same article to the consideration of other publications' Editorial Committee until he/she obtains an answer in writing on the decision made regarding acceptance or rejection of his/her article.
- In case of publication, his/her article becomes permanent property of the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia and cannot be published in any other media without written permission from its autor and the University.

ARTICLES SELECTION AND REVISION PROCEDURE

The procedure to select articles and ensuing revision for inclusion in *Avances en Enfermería* is as follows:

1. As soon as manuscripts are submitted through OJS, they are sent to Editorial Committee and shall be initially reviewed by the Editor Assistant to verify that they comply with the formal elements required in the *Instructions to authors*. Should

they not fulfill those criteria, the document shall be excluded of the selection process evaluation. If errors are minor, manuscript will be returned to the author, indicating the failures found in the first evaluation.

2. If it complies with the formal requirements, the document is then submitted to our Non- Plagiarism System and its bibliographic references will be thoroughly revised. Subsequently, we sent an email to inform authors manuscript was received.

3. Immediately, manuscript is sent to two peer evaluators appointed by Editorial Committee for its review: one of them shall be a professor at the Universidad Nacional de Colombia and the other from outside the university —foreign or native— who should be experts on the topic addressed in the article. If manuscript is positively evaluated by one evaluator and negative by other, one third is appointed, and based on his/her opinion the document inclusion is decided in the publication. The author's identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluators' names shall not be disclosed to the author.

4. Based on the evaluators' opinion, Committee shall decide if the article is published or not. In any case, the author shall receive an email indicating the opinion of the peer evaluators, stating the decision made and, if it is accepted, the appropriate suggestions and changes shall be confirmed to the author before article is published.

5. Once changes are received from the author, Editorial Committee shall send the manuscript to copyeditor and/or proofreader. Once corresponding edition is completed, manuscript is returned to the author for his/her approval in a term no longer than five (5) working days. Authors should send authorization and state precisely the changes he/she does not accept, this authorization makes him responsible for all the statements made in his/ her article, including those submitted to changes by copyeditor and/or proofreader and authorized by authors.

6. If five (5) working days after reception of document, author/s have/s not made any statement regarding contents, Editorial Committee shall assume that he/she/they accept/s editorial changes that were made.

7. Authors should forward the Publindex form data to Editorial Committee.

REQUIREMENTS TO SUBMIT MANUSCRIPTS

The journal *Avances en Enfermería* and its contents are property of Universidad Nacional de Colombia. Before submitting a document, please verify if it satisfies the following specifications:

- Letter of assignment of rights: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials

are unpublished. A curriculum vitae must be attached by authors.

- Document shall not exceed 5 000 words or 25 letter-size pages. It is typed in Times New Roman font size 12, double space/writing (2,0), and using 2.5 cm margins for all four sides of the format.
- Document pages should be numbered.

Cover

Title: title must be visible, which should be accurate, no more than 80 characters, and translate from native language into English, Spanish and Portuguese. Within the text should NOT describe the presentation of author/s, but it should included in a separate file and consist of: full names, educational background, current position and job institution he/she/they is/ are part of, updated email address to contact him/her/them, city and country.

Abstract: manuscript will include abstract in Spanish, English and Portuguese, must have no more 250 words which should capture the article's objective, key points and conclusions of research. In original articles, abstract structure must present the Purpose, Methods, Results and Conclusions. For review articles, reflections, translations, the abstract must include purpose, summary and conclusion.

Key words (or descriptors): manuscript must include from 3 to 5 descriptors or key words in Spanish, English and Portuguese and they must match up with DeCS (BIREME). Website at: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>

Note: Document does not mention any commercial names of drugs, equipment or material, unless it is strictly necessary.

Grants and subsidies: If the writing is a result of a research work it should include the name of the original research. For the case of sponsored research that have been sponsored or funded by any institution, manuscript has a final section in which the sponsor is mentioned.

Conflict of interest (COI)

Authors must fill the CERTIFICATION OF ORIGINALITY. Visit: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

GENERAL GUIDELINES FOR STRUCTURE AND SUBMITTING ORIGINAL ARTICLES (IMRAD FORMAT)

1. **Introduction:** In this section authors should include the objective or purpose of the research and logical argument.

2. **Materials and Methods:** It includes the type of study, phenomenon studied, process of selection of the study population specifying time and place as well instruments and methods of analysis used. If it is applicable, the ethical aspects covered in the study and approval of corresponding Ethics Committee must be included.

3. *Results*: Results should be logically organized, with guideline of purpose and answers of research question. They must contain data and their corresponding analysis. In case tables, charts, graphs and images are used, they must be numbered following the order they were quoted in the text. The titles should be brief and clear. In addition, source of figures, graphs charts, images, sketches, line drawings, maps, photographs information should be presented on the file program used to create them (*Excel, Word, Power Point, Paint*, etc.).

4. *Discussion*: In this section new and main considerations from research will be highlighted, along with the conclusions that be arised from them. It should point out the authors' interpretations and explanations related to their original hypotheses and studied literature sources, which must be consistent with research. It may include the implications for clinical practice and recommendations for future investigations.

5. *Bibliographic references*: The journal *Avances en Enfermería* follows the guidelines for bibliographical references of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Standards). See: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Bibliographic references should be numbered consecutively in brackets and in normal size, according to the order of appearance of the citations in the text. Examples of the presentation of documents and corresponding references are presented as follows:

- *Journal article*: Name and two initials of the names of autor/s. Title of article. International abbreviation of the journal name, year, volume, number, first and last page. When the article has more than six authors, the words *et all* shall be written after the sixth author's name.
- *Books and monographs*: Last name, two initials of the names of autor/s. Title. Edition. Place of publication: publisher and year.
- *Chapter of book*: Last name and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. "In": Director/ Coordinator/editor/ compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication: publisher, year. First page of the chapter-end page of the chapter.
- *Presentations*: Last name and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. "In": Official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication: publisher, year, first and final page of the paper.
- *Online Journal Article*: Last name and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article, abbreviated title of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(number):first page-end page. "Available from (URL):"
- *Book or monograph online*: Author/s.Title [document on the Internet]. Volume. Edition. Place of publication: Publisher, date of publication [Date of last update; date of our consultation]. "Available from (URL):"
- *Audio-visual material*: Last name and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, DISK as the case may be). Edition. Place: publisher and year.
- *Legal documents*: Full name of the country. Name of emission law institution. Title of law, ordinance, oficial journal name, number and date of publication.
- *Master-Doctoral thesis*: Last name and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master or doctoral thesis]. Place of publication: publisher, year. Pages.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Author. Title. Name of publication. "In press". Date.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN
AVANCES EN ENFERMERÍA

El autor y coautores del artículo _____

_____ certificamos que es original, es una producción intelectual resultado de _____, en donde todos y cada uno de sus elementos responden a la normalización adoptada por la revista.

El documento se encuentra libre de derechos de autor, reúne el requisito de consentimiento informado y garantizamos que no hay relación de conflictos de interés. En caso de presentarse algún cuestionamiento al respecto, la responsabilidad será asumida por nosotros y exoneramos de cualquier responsabilidad a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Al presentar el documento para el arbitraje y posible publicación en la revista *Avances en Enfermería*, comprendemos y aceptamos que:

- En ningún caso recibiremos ni aceptaremos pago por la inclusión del documento en la publicación
- No podremos presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones, hasta tanto no obtengamos respuesta escrita de la decisión tomada con relación a la aceptación o rechazo del artículo.
- Autorizamos la publicación del artículo a nivel nacional o internacional en diferentes bases de datos- e Índices Bibliográficos on line.
- Recibiremos un (1) ejemplar del número de la revista en que aparezca publicado el artículo

En constancia de lo anterior, se firma la presente certificación en _____ (Ciudad)

_____ (Día, mes y año).

Nombres y apellidos

Firma

Tipo de documento de identidad y número

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, Oficina 804

Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17018

Correo electrónico: revavenf_febog@unal.edu.co

Bogotá D. C., Colombia, Suramérica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ORIGINALITY CERTIFICATE OF ARTICLES PUBLISHED IN
AVANCES EN ENFERMERÍA

The author and coauthor of Article _____

_____, hereby certify that it is original; it is an intellectual production resulting from _____, in which each and all elements thereof respond to the standardization adopted by the Journal.

The document is free from author rights, it fulfills the requirement of informed consent and we hereby guarantee that there is not conflict of interest relation. Should there be any question about it, any responsibility whatsoever shall be assumed by us and we hereby exonerate the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá of any responsibility.

Upon submitting the document for arbitration and possible publication in the Journal *Avances en Enfermería* we understand and accept that:

- In no case shall we receive or accept any payment for the inclusion of the document in the publication.
- We may not submit the same document to committees of any other publication prior to receiving an answer in writing regarding the decision taken regarding acceptance or rejection of the article
- We hereby authorize the publication of the article at the national or international
- level in different on line databases and bibliographic indexes.

We shall receive one (1) issue of the Journal in which the article is published

Certificate signed in attestation in _____ (City)

_____ (Day, month and year).

Names and Surnames

Signature

Type and Number of ID Document

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, Oficina 804

Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17018

Correo electrónico: revavenf_febog@unal.edu.co

Bogotá D. C., Colombia, Suramérica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICADO DE ORIGINALIDADE DE ARTIGOS PUBLICADOS EM
AVANCES EN ENFERMERIA

O autor e coautores do artigo _____

_____ certificamos que ele é original, e que é uma produção intelectual decorrente de _____, onde todos e cada um dos elementos respondem a normalização adotada pela revista.

O documento é livre de direitos de autor, reúne o requisito de consentimento informado e garantimos que não tem relação de conflitos de interesse. Caso houver algum questionamento nesse respeito, a responsabilidade será assumida por nós e exoneramos de qualquer responsabilidade a Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Com a apresentação do documento para apreciação e possível publicação na revista *Avances en Enfermería*, entendemos e aceitamos que:

Em caso nenhum iremos receber nem aceitar pagamentos pela inclusão do documento na publicação

Não poderemos apresentar o mesmo documento para consideração de comités de outras publicações, até não receber resposta escrita sobre a deliberação tomada a respeito da aceitação ou recusa do artigo.

Autorizamos a publicação do artigo a nível nacional ou internacional em diferentes bancos de dados – e índices bibliográficos on-line.

Receberemos um (1) exemplar do número da revista em que o artigo for publicado.

Em fé do anterior, subscreve-se a presente certificação em _____(Cidade)

_____ (Dia, mês e ano).

Nomes e sobrenomes

Assinatura

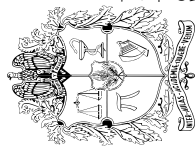
Tipo de documento de identidade e número

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, Oficina 804

Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17018

Correo electrónico: revavenf_febog@unal.edu.co

Bogotá D. C., Colombia, Suramérica



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ



Revista Avances en Enfermería ***Formulario de suscripción***

Para suscribirse, diligencie este formulario y consigne el valor de la suscripción en la cuenta de ahorros No. 01272009-0 del Banco Popular, a nombre del Fondo especial de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Remita vía fax 57-1-3165499 y al fax 316 5000 extensión 17021 o por correo (Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Carrera 30 No. 45-03, Bogotá, Colombia), este formulario de suscripción con la copia del recibo de consignación.

Los suscriptores fuera de Colombia deben solicitar en un banco internacional que se haga la transferencia del dinero a la cuenta bancaria arriba señalada, cancelando el valor de la suscripción a la T.R.M. del día.

Nombres y apellidos del suscriptor:	Organización	Código postal
Dirección para envío de la revista:	Teléfono:	Fax:
Ciudad:	País:	Fecha de pago y periodo de suscripción:
Correo electrónico:		
Cargo que desempeña, institución y dirección del trabajo:		

**Valor suscripción anual (3 números con envíos incluidos): nacional \$90.000 pesos colombianos,
internacional US\$90 dólares**