



REVISTA

Cuidado & Ocupación Humana

VOL 6 2017



ISSN 2322-6781.



Facultad de Salud
Universidad de Pamplona
Pamplona, Colombia
ISSN 2322-6781.

Volumen 6
2017

RECTOR

IVALDO TORRES CHAVEZ

DECANO FACULTAD DE SALUD

RAUL RODRIGUEZ

VICERECTOR DE INVESTIGACION

OSCAR EDUARDO GUALDRÓN GUERRERO

VICERECTOR ACADÉMICO

LAURA PATRICIA VILLAMIZAR CARRILLO

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE TERAPIA
OCUPACIONAL**

Dra. MAGDA MILENA CONTRERAS J.

dto@unipamplona.edu.co

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA**

Mg. JUDITH PATRICIA MORALES V.

dcuidados@unipamplona.edu.co

EDICIÓN Y COORDINACIÓN GENERAL
DEPARTAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y
ENFERMERÍA.

HECHO EN COLOMBIA

Made in Colombia

Revista Cuidado y Ocupación Humana

Versión digital – ISSN- 2322-6781

rcoh@unipamplona.edu.co

PAGINAS WEB

http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/index

http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_253/publicacion/publicado/index.htm

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
CIUADELA UNIVERSITARIA
PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER,
COLOMBIA
TELEFONONO
5685303B5685304B -5685305FAX: 5682750
www.unipamplona.edu.co

COMITÉ EDITORIAL

Dra. MAGDA MILENA CONTRERAS J.

Mg. JUDITH PATRICIA MORALES V.

Esp. CARLOS ALBERTO YAÑEZ S.

Esp. ANDREA PEDRAZA MENDOZA

COMITÉ CIENTIFICO

Dra. SANDRA VERÓNICA VALENZUELA SUAZO

Universidad de Concepción - Chile

Dra. OLIVIA INÉS SANHUEZA ALVARADO

Universidad de Concepción - Chile

Dra. MARÍA NELCY MUÑOZ ASTUDILLO

Fundación Universitaria del Área Andina

Dra. JOSE GERARDO CARDONA TORO

Fundación Universitaria del Área Andina

Dr. MARCO FREDDY JAIMES L.

Docente Unipamplona

Mg. MARTHA JUDITH ARISMENDI

Magisterio docente, grupo CISMAG.

Mg. EDGAR MARTINEZ ROSADO

Grupo salud Santander – UIS

Mg. JENNIT LORENA CORDOBA CASTRO

Universidad de Pamplona

Mg. JAVIER MARTÍNEZ TORRES

Universidad de Antioquia

**SE AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O
PARCIAL DE LA OBRA SOLO PARA FINES
NETAMENTE ACADEMICOS, SIEMPRE Y
CUANDO SE CITE LA FUENTE.**

Presentación

La Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona con el apoyo del equipo de trabajo, representado en los ocho (8) departamentos que la conforman, ha alcanzado un posicionamiento en la región gracias a las producciones académicas, científicas y de interacción social, a lo largo de sus doce años de existencia; desarrolló la revista *Cuidado y Ocupación Humana*, que hace parte de las necesidades y consolidación políticas de calidad y reforzamiento académico que han venido adoptando los miembros de la Facultad y, que sin lugar a dudas, abre puertas para convertirse en un escenario de divulgación y visibilidad, no solo de los alcances científicos de nuestra Universidad, los departamentos de Terapia Ocupacional y enfermería; sino también de todos aquellos profesionales y estudiantes que cuenten con producciones dirigidas a la innovación en salud, el análisis, valoración, resolución de necesidades de las comunidades, técnicas de intervención o perfeccionamiento del abordaje individual y colectivo en materia de salud.

El escenario que se materializa en la revista *Cuidado y Ocupación Humana* como derivación epistemológica y bioética, ofrece como valor agregado la posibilidad de publicar los trabajos investigativos de estudiantes de pregrado, postgrado, docentes e investigadores externos, reconociendo el estatus de autor y la propiedad intelectual, con lo cual se estimula la calidad en los artículos presentados, en el mismo sentido se tiene la posibilidad de presentar sus experiencias de innovación e investigación en calidad de artículos originales, estudios de caso, revisiones de literatura, entre otras experiencias científicas significativas, que sin lugar a dudas enriquecerán el esfuerzo que los programas fundadores de este espacio, imprimen en su creación, mantenimiento y mejoramiento permanente.

El nombre de la revista enmarca dos de las preocupaciones más grades y más sentidas que se tienen en el Oriente colombiano, de una parte el cuidado, referido al cuidado integral de las personas, sus familias y comunidades; las pretensiones de su alcance reviste una ardua labor “concernos cada vez más”; en este sentido en las cartografías sociales dirigidas al análisis situacional en salud, varias de ellas desarrolladas por la Facultad de Salud, es claro que las particularidades de los habitantes de un eje fronterizo categorizado como uno de los más dinámicos del país, determinan el punto de partida fundamental para la estructura de los planes de salud tanto de atención primaria como en salud pública, de esta forma, se espera que el aporte al conocimiento que suministran los investigadores e investigadoras, posibilite el diseño de estrategias de cuidado que respondan al bienestar de los individuos y las comunidades. En cuanto a la ocupación, entendida no solo en el marco del trabajo sino en todas las dimensiones que favorecen el desempeño ocupacional, el rol laboral, el ocio, las actividades de la vida diaria y el bienestar de los usuarios, se asume teniendo en cuenta nuestro contexto social de desarrollo que parametriza el espíritu de la revista y el deseo de una facultad que crece, que impulsa un mundo abierto, libre, en paz, sin limitaciones, ni fronteras.

Raúl Rodríguez Martínez
Decano Facultad de Salud UP

Editorial

Los Programas de Terapia Ocupacional y Enfermería de la Universidad de Pamplona en su trayectoria académica e investigativa desde el año 2005 hasta la fecha ha hecho hincapié en la formación de profesionales en las áreas de salud, educación, industria, rehabilitación psicosocial y comunitaria así dando abordaje total a las áreas del ejercicio profesional permitiéndonos ser un programa innovador y con trabajo interdisciplinario.

En consonancia con el currículo y el proyecto educativo de los programas se gesta la investigación formativa en los procesos de prácticas encaminados por niveles de complejidad donde el estudiante y docente proporciona una estrategia investigativa que desarrolla en el escenario generando un producto final (artículo, cartilla, protocolo, guía), en proyectos de aula con la intensidad que el estudiantado adquiera las competencias investigativas básicas para realizar el trance del conocimiento. El cuerpo docente motivado e incentivado a la investigación propone proyectos donde se incluyen los estudiantes del programa de pregrado u otros programas, para facilitar la trasdisciplinariedad y generar impacto a nivel local, regional, nacional e internacional en el desempeño ocupacional.

Día a día los programas buscan generar mayores estrategias para que todo el colectivo este inmerso en la investigación notando sus frutos en la presentación regional, nacional e internacional de semilleros de investigación, ponencias nacionales e internacionales de los docentes investigadores o estudiantes, libros y material gris, convirtiéndonos en un programa líder en el conocimiento científico que aporta la disciplina y al perfeccionamiento del quehacer profesional.

La revista de Cuidado y Ocupación Humana, exalta y reconoce el trabajo de directivos, docentes y estudiantes para mantener en pie una idea que surgió en este programa, y que hoy por hoy se convierte en uno de los medios para divulgar los avances científicos que se desarrollan inter-tras disciplinariamente facilitando el posicionamiento de los programas.

Es por esto que a través de este medio de divulgación del conocimiento científico y técnico estudiantes y docentes, del área de la salud, las ciencias sociales, de desarrollo humano y áreas a fines, pueden compartir sus experiencias investigativas, dando una visibilidad nacional e internacional, a sus trabajos de campo, investigaciones, estudios de caso y demás producciones científicas, con énfasis en las nuevas tendencias de la investigación parametrizados por los entes de creación del conocimiento.

Comité Editorial

Contenido

- **Conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales frente a la prevención de la maternidad precoz y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en universitarios de dos instituciones públicas de la ciudad de Cúcuta**
N. A. Torres*
- **Estrategias de afrontamiento en adultos jóvenes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/sida de la Fundación Hoasis en la ciudad de Cúcuta**
A.V. Hernández*, K. Penagos**, C. Posada***.
- **Cuidados de enfermería para mejorar la calidad de vida en una paciente con Síndrome Down**
Soto Ballesteros Jenny Lizbeth*, Wilmer Velasco*
- **El funcionamiento ocupacional y su influencia en la competencia ocupacional de los indígenas inga del municipio de San José De Cúcuta-Norte De Santander**
R. N. Calvo*, M. Monsalve**, Y. Bohórquez***, M. Jaimes****
- **Manejo del tiempo libre: actividades recreativas y de ocio para la promoción del bienestar mental en escolares.**
L. Suárez E*, I. Flórez**, N. García***.
- **Control prenatal la morbimortalidad materna y perinatal de la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona**
J. Fernández*, A. Navarro**, M. Lara***, Y. Rivera****
- **Medidas de comodidad que brinda la enfermera al adulto con deterioro de la deambulaci3n.**
G. Ram3rez.*, Y. Galvis**
- **Sistema de inclusi3n, y encuesta de percepci3n en el tema de discapacidad aplicada a decanos, directores de programa y docente de la universidad de pamplona.**
A. Paternina*, S. Bolivia**
- **Intervenciones de enfermer3a en una paciente con diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensi3n arterial, bajo la teor3a de Nola J Pender a nivel domiciliario**
L. Lizarazo*, Y. Galviz**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES
FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA MATERNIDAD PRECOZ Y DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN UNIVERSITARIOS
DE DOS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE CUCUTA**

Nataly Torres Villamizar*

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo describir los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales frente a la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual en un grupo de estudiantes de las Universidades Francisco de Paula Santander y Universidad de Pamplona. La metodología fue cuantitativa, investigación de campo, descriptiva. La población fue mil ciento cincuenta y seis (1156) estudiantes del segundo semestre, periodo académico 2017, la muestra fue de trescientos noventa y cuatro (394) jóvenes en edades de 18 a 25 años. El estudio se estructuró en cinco fases: Datos sociodemográficos, Conocimientos sexuales, Actitudes sexuales, Comportamientos sexuales y Salud Sexual reproductiva. La mayoría de los participantes piensa que en una relación sexual las caricias, los besos y la masturbación mutua pueden ocasionar tanto placer como la penetración (coito), sin riesgo a un embarazo o a una ITS; respecto a los métodos anticonceptivos, consideran que no todos previenen las infecciones de transmisión sexual. El número de compañeros sexuales para la mayoría de las mujeres es de 1 a 2; en los hombres es de 5 o más. El 14,86% de las estudiantes han estado embarazadas, la mayoría no planificó el embarazo, una proporción significativa de las embarazadas se le dificultó continuar sus estudios. La investigadora concluye que, se deben promover programas de prevención y atención de salud sexual reproductiva (SSR) a la población en general donde se involucren la familia y los docentes con el impulso al sistema de información en salud (SIS).

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Actitud, Comportamiento sexual, Salud Sexual y Reproductiva.

ABSTRACT

The objective of the study was to describe the knowledge, attitudes and sexual behaviors against the prevention of pregnancies and sexually transmitted infections in a group of students from the Universities Francisco de Paula Santander and Universidad de Pamplona. The methodology was quantitative, field research, descriptive. The population was one thousand one hundred and fifty six (1156) students of the second semester, academic period 2017, the sample was three hundred and ninety four (394) young people between 18 and 25 years old. The study is structured in five phases: Sociodemographic data, Sexual knowledge, Sexual attitudes, Sexual behaviors and Sexual reproductive health. Most participants think that in a sexual relationship caresses, kissing and mutual masturbation can cause both pleasure and penetration (intercourse), without risk of pregnancy or STI; Regarding contraceptive methods, they consider that not all of them prevent sexually transmitted infections. The number of sexual partners for most women is 1 to 2; in men it is 5 or more. 14.86% of the students have been pregnant, the majority did not plan the pregnancy, a significant proportion of the pregnant women found it difficult to continue their studies. The researcher concludes that prevention and sexual reproductive health (SRH) programs should be promoted to the general population where the family and teachers are involved with the promotion of the health information system (SIS).

KEY WORDS: Knowledge, Attitude, Sexual Behavior, Sexual and Reproductive Health.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos en los que se hace explícito el reconocimiento del “otro” a partir del contacto subjetivo y emocional es la sexualidad, pues el sujeto dirige sus acciones hacia el encuentro con otra persona para darle continuidad y disfrute a su existencia. No obstante, su naturaleza parece infringir repetidamente contra sus deseos, en la medida en que sus impulsos van en contra de la posibilidad de extender su tiempo de permanencia en el mundo, pues la relación sexual, una de las tantas fuentes de placer que media la expresión emocional en una relación con el “otro”, se ha convertido en un núcleo de amenaza cuando no se consideran los métodos más adecuados para mantener una relación íntima.

Asimismo, el impulso sexual es una motivación humana intensa y persistente que posee efectos en la conducta y la personalidad, pues, los impulsos sexuales de manera inadecuada están muy extendidos y provocan numerosos sufrimientos y conflictos, por cuanto, la conducta sexual es una actividad humana que se manifiesta dentro de una gama muy amplia de formas de expresión, siendo unas más frecuentes o comunes que otras, presentándose en diferentes grados y en ocasiones, dentro de un momento y espacio determinado en forma constante y en otro de manera pasajera.

Por consiguiente, las formas de expresión sexual se ve influida por varios factores como la edad, el sexo, la época y la cultura, por lo que se puede inferir que una conducta sexual sea más común en un determinado grupo social y no lo sea en otro, o en algún momento de la historia aunque no rija actualmente. Las características de la expresión sexual es que puede manifestarse de diferentes formas a lo largo de la vida, sin embargo, es importante aclarar que es completamente natural que, los seres humanos muestren en la conducta sexual, una combinación de rasgos, actitudes y comportamientos de las diferentes expresiones sexuales.

Ahora bien, los comportamientos sexuales forman parte de los patrones sexuales presentados por individuos y comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles, no obstante, una de las fuerzas del placer que media

la expresión emocional en una relación con el otro, se ha convertido en una amenaza, en consecuencia aparecen las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado, lo cual constituye una de las tantas expresiones negativas que se derivan del encuentro sexual con el otro. En este sentido, el comportamiento sexual acarrea riesgos para la integridad del ser humano, donde se hace necesario enfatizar en las consecuencias negativas que conllevan tanto las prácticas como las conductas sexuales de riesgo.

Debido a la importancia de la temática abordada, en esta investigación se planteó como propósito fundamental describir los conocimientos, actitudes, comportamientos sexuales frente a la prevención de la maternidad precoz y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes del segundo semestre de las Universidades Francisco de Paula Santander y Universidad de Pamplona, ubicadas en Cúcuta Norte de Santander. Así mismo, el estudio fue desarrollado dentro de la metodología cuantitativa, mediante una investigación descriptiva, con un diseño no experimental o transversal de campo.

Finalmente, para alcanzar el propósito de la investigación, la misma se estructuró en cinco capítulos: Capítulo I: contiene el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación; Capítulo II: Marco Referencial que involucra los antecedentes y las bases teóricas. En lo que se refiere al Capítulo III: Marco Metodológico, se desglosa en naturaleza y tipo de investigación, el diseño, la población y muestra, la técnica e instrumento para la recolección de los datos, la validación y confiabilidad de los Instrumentos aplicados en el estudio, procesamiento y análisis de los datos.

En el Capítulo IV, se encuentra el análisis e interpretación de resultados, con el análisis de las encuestas estandarizadas por estratos, los gráficos y los cuadros con los resultados, asimismo, las conclusiones y recomendaciones. Para finalizar, las referencias y los anexos.

MARCO METODOLÓGICO

Naturaleza y Tipo de Investigación

En el presente estudio se abordó una investigación con metodología cuantitativa, tipo de investigación descriptiva, diseño no

experimental, transeccional o transversal de campo, que según Hernández Sampieri, Fernández Callado, & Baptista Lucio (2010)¹ plantean relaciones entre variables con la finalidad de arribar a proposiciones precisas y hacer recomendaciones específicas.

En este sentido, se consideró el método cuantitativo, pues, el mismo permite según Stracuzzi (2010)² “...cuantificar la relevancia de un fenómeno, midiendo la reducción relativa o absoluta del riesgo... se aplican instrumentos que brindan la posibilidad de arrojar altos niveles de confiabilidad en los resultados obtenidos... parte del principio de que la realidad es objetiva” (p. 42). Es decir que la investigadora precisó con claridad y objetividad el objeto de estudio, para ello elaboró un instrumento que le permitió medir y asignar valores numéricos a los resultados para su posterior interpretación.

Así mismo, el estudio se apoya en una investigación descriptiva, tal como lo refiere Arias (2006)³ cuando expone que “...consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (p. 24). Su objetivo es identificar las características, componentes y procedimientos presentes en la variable conocimientos, actitudes, comportamientos sexuales frente a la prevención de la maternidad precoz y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes del segundo semestre de las Universidades Francisco de Paula Santander y Universidad de Pamplona, ubicadas en Cúcuta Norte de Santander, de acuerdo a los objetivos específicos.

Por otra parte se estableció una investigación de campo, pues, según Arias F. (2006)⁴ “...consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos...” (p.31). En otras palabras, la investigadora realizó la investigación en un espacio y tiempo real, específicamente en dos Universidades públicas: Francisco de Paula Santander y Universidad de Pamplona, ubicadas en Cúcuta.

Diseño de investigación

El diseño de investigación señala la forma en la cual se llevó a cabo la investigación, por lo tanto, la investigadora seleccionó el diseño no

experimental, el cual para Hurtado I. (2007)⁵ es el indicado cuando: “...se busca establecer el grado de relación entre variables, pero sabiendo que dicha relación no se puede manipular y/o cambiar” (p. 103). En este sentido, la autora solo midió las variables como se presentan en los sujetos de estudio (estudiantes del segundo semestre en las carreras de Administración Pública, Comercio y Relaciones Internacionales, Pedagogía Infantil y Lengua Castellana y Comunicación), sin ningún tipo de manipulación.

De igual modo, el diseño es transaccional o transversal, tal como lo refiere Palella y Martins (2006)⁶ al mencionar que: “...este nivel de investigación se ocupa de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único” (p. 104). La autora aplicó un instrumento tipo cuestionario que le permitió obtener una medición única y simultánea a todos los datos disponibles, para describir la variable en los sujetos del estudio.

Sistematización de variables (Operacionalización)

Cuando se explica lo referente a las variables del estudio, se toma en consideración lo referido por Hernández y colaboradores (2003)⁷, cuando señalan que una variable: “...es una propiedad que puede variar (adquirir diversos valores) y cuya variación es susceptible de medirse (p.77). Tomando como referencia esta definición, la autora del estudio la operacionalizó tal como se señala a continuación.

Cuadro 1.

Operacionalización de la Variable

Objetivo General:

Describir los conocimientos, actitudes, comportamientos sexuales frente a la prevención de la maternidad precoz y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes del segundo semestre de las Universidades Francisco de Paula Santander y Universidad de Pamplona, ubicadas en Cúcuta Norte de Santander.

Variable	Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores
Conocimientos, actitudes, comportamientos sexuales	Identificar los conocimientos sexuales frente a la prevención de la maternidad precoz y las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes universitarios	Conocimientos sexuales	-Sexualidad -Derechos sexuales -Infecciones de transmisión sexual
Frente a la prevención de la maternidad precoz y las infecciones de transmisión	Definir las actitudes sexuales de los estudiantes universitarios, frente a la prevención de la maternidad precoz y las infecciones de transmisión sexual	Actitudes sexuales	-Componente cognitivo -Componente afectivo-evaluativo -Componente conductual
Sexual	Determinar los comportamientos sexuales de riesgo frente a la prevención de la maternidad precoz en los estudiantes universitarios del estudio.	Comportamientos sexuales de riesgo	-Tipos de comportamiento sexual -Factores de riesgo -Conducta sexual de riesgo

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2003)

Población y muestra

Para Véliz, (2009)⁸, la población es: "...cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar, alguna o algunas de sus características" (p. 79). En el caso objeto de estudio, la población está constituida por mil ciento cincuenta y seis (1.156) estudiantes universitarios del segundo semestre, de las Universidades Francisco de Paula Santander y la Universidad de Pamplona; los cuales forman parte del total de estudiantes que la investigadora logró agrupar para la investigación.

Cuadro 2
Distribución de estudiantes por sexo y edad.

Grupo de edad	Sexo				Total	%
	Hombre		Mujer			
	Total	%	Total	%		
17-20	93	23,60 %	128	32,49 %	221	56,09 %
21-25	97	24,62 %	76	19,29 %	173	43,91 %
Total	190	48,22 %	204	51,78 %	394	100,00 %

Fuente: Periodo académico 2011. Universidad Francisco de Paula Santander y Universidad de Pamplona

Respecto a la muestra, por considerarse de una población de fácil acceso para la autora de la investigación, se toma la consideración de los planteamientos de Rodríguez F. (2005)¹⁰ quien propone que: "...cuando los elementos en su totalidad son identificables por el investigador, por lo menos desde el punto de vista del conocimiento que se tiene sobre su cantidad total, la población se considera finita" (p.92).

En este sentido, la población se constituyó de 1.156 jóvenes universitarios matriculados en el segundo periodo académico de 2011 de dos universidades públicas de Cúcuta; por consiguiente, la muestra fue de 394 jóvenes que en su totalidad aceptaron responder el cuestionario aplicado de manera anónima. La muestra se calculó con una probabilidad (p) de 0.5, un error absoluto del 5%, un valor de Z de 1.68 y un valor de N de 28.992,

Cuadro 3
Distribución de estudiantes del segundo semestre por carrera y Universidad

Carreras	Universidad Francisco de Paula Santander	Universidad de Pamplona
Administración Pública	343 estudiantes	
Comercio y Relaciones Internacionales	323 estudiantes	
Lic. En Pedagogía Infantil		270 estudiantes
Lic. En Lengua Castellana y Comunicación		220 estudiantes
TOTAL:	666 estudiantes	490 estudiantes
TOTAL GENERAL	1156 estudiantes	

Fuente: Datos obtenidos en cada una de las Universidades seleccionadas para el estudio. Periodo Académico 2011

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta es la parte operativa del diseño investigativo, pues se selecciona la población adecuada al problema planteado, para la recolección de la información, con la aplicación de las técnicas adecuadas; en este orden, Zapata O. (2006)¹², expresa que, las técnicas de investigación comprenden:

"...un conjunto de procedimientos organizados sistemáticamente que orientan al investigador en la tarea de

profundizar en el conocimiento y en el planteamiento de nuevas líneas de investigación. Pueden ser utilizadas en cualquier rama del conocimiento que busque la lógica y la comprensión del conocimiento científico de los hechos y acontecimientos que nos rodean” (p. 4).

Para llevar a cabo esta investigación se implementaron dos técnicas básicas para la recolección de la información como lo son la técnica de la encuesta, el instrumento tipo cuestionario y la observación directa.

De acuerdo a la naturaleza de esta investigación, para recolectar los datos se empleó la técnica de la encuesta, la cual según Alvira C. (2011)¹³ consiste en “...requerir información a un grupo socialmente significativo de personas acerca de los problemas en estudio para luego, mediante un análisis de tipo cuantitativo, sacar las conclusiones que se correspondan con los datos recogidos” (p. 78) mediante la encuesta se recabo la información necesaria para describir la participación de los jóvenes, en las relaciones sexuales que tienen con parejas de la misma institución universitaria o de forma aislada.

Así mismo, en relación al instrumento, García F. (2012)¹⁴ señala que: “...son los medios que utiliza el investigador para medir el comportamiento o atributos de las variables” (p.173) en el presente estudio se diseñó como instrumento, un cuestionario estructurado en cinco partes: *Primera parte*: nueve preguntas abiertas y cerradas de identificación sociodemográfica de los encuestados. *Segunda parte*: diecisiete preguntas cerradas que determinaron los conocimientos sexuales de los participantes. *Tercera parte*: veinte preguntas abiertas y cerradas de caracterización de las actitudes sexuales. *Cuarta parte*: catorce preguntas abiertas y cerradas que describieron los comportamientos sexuales y, la *Quinta parte*: diecinueve preguntas cerradas acerca de la salud sexual y reproductiva de los encuestados. El mismo fue dirigido a los jóvenes para describir la participación del ejercicio de la función sexual en conocimientos, actitudes y comportamientos.

TÉCNICA DE LA OBSERVACIÓN.

En relación a la investigación realizada, se cumplió con la fase de observar, el cual consiste en percibir y captar sistemática y detenidamente

cómo se desarrolla el fenómeno que le interesa al investigador estudiar en su proceso natural, sin manipularlo ni modificarlo, tal como ocurre en la cotidianidad. En este sentido, Zapata O. (2005)¹⁵ dice que, “la observación directa y de primera mano se inicia siempre con la observación cercana y detallada de los hechos” (p. 144).

Igualmente, Martínez M. (2007)¹⁶ describe que, la observación con los registros en el diario de campo va orientada hacia la definición de un problema de investigación. Referente a la observación se hace una conceptualización desde dos perspectivas: a) Observar para participar; y b) Participar para observar, en consecuencia, se hizo uso de este instrumento para recolectar la información a través de la observación directa que se realizó a los estudiantes en la cotidianidad universitaria, de modo que se recolectara información importante para la ejecución del estudio.

Esta actividad se centra en la etapa de la investigación de campo, su valor en consecuencia se debe al hecho de permitir al investigador ser el único mediador entre el comportamiento del fenómeno y los datos que se recogen.

Validez y Confiabilidad

Según Landeau G. (2013)¹⁷, la validez se refiere: “...al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p. 243) Para efecto de este estudio, la validez fue determinada a través del Juicio de tres (03) expertos, tanto del área temática como del área metodológica, a quienes se les presentó un instrumento de validación, mediante el cual los jueces expresaron su opinión respecto a la pertinencia de los ítems del cuestionario con relación a los indicadores, las dimensiones, las variables en estudio y el objetivo general de la investigación, así como la adecuada redacción de los mismos; las observaciones emitidas por los expertos permitieron el mejoramiento y enriquecimiento del cuestionario.

Por otra parte, en cuanto a la confiabilidad, según Landeau (ob.cit)¹⁸ es considerada como “...el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 242) en el presente estudio, para hallar la confiabilidad se aplicó una *prueba piloto* a sujetos no pertenecientes a la población

en estudio pero con las mismas características a cuyos resultados se les aplicó el coeficiente Alfa Cronbach por ser un cuestionario de varias alternativas de respuesta. En el procedimiento, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de $r = 0,81$ señalando de esa forma que el instrumento es altamente confiable de acuerdo la escala establecida por Según Ruiz M. (2002)¹⁹

TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Luego de aplicado el instrumento a los jóvenes, se procedió a realizar las siguientes actividades:

- Se tabularon y codificaron de manera secuencial.
- La tabulación se realizó mediante la ayuda del programa estadístico SPSS “Statistical Package for the Social Sciences”, y transcritos sus resultados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.
- Para las variables cualitativas se empleó el estadístico Chi-cuadrado, así como en determinar la relación entre las mismas.
- En las variables cuantitativas como los años en que una mujer debe tener hijos, se empleó la prueba t de muestras independientes. Para ambas pruebas el nivel de significación establecido fue de 0,05, donde: si el valor de P (de la Prueba) era menor a 0,05 indicaba significancia estadística, ya sea para la relación o para el promedio de las variables cuantitativas.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio, se analizan e interpretan los resultados obtenidos del proceso de recolección de la información, los mismos son expuestos siguiendo el orden de la estructuración del cuestionario, donde se elaboraron cuadros y gráficos con su correspondiente análisis, a fin de determinar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz y las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes universitarios, se aplicó un cuestionario a 394 jóvenes de las universidades públicas de Cúcuta. La media de edad fue de 20,49 años y la mediana de 20 años.

Es de hacer notar que con base en los datos recogidos, a través del instrumento aplicado, los datos se tabularon en una matriz para tal fin con

la finalidad de calcular los valores porcentuales para tal fin.

Característica Demográfica

Sexo y Edad

De los 394 estudiantes, el 51,78% son mujeres y el 48,22% hombres. El promedio de edad fue de 20,49 años y la mediana de 20 años. El valor de la mediana permitió agrupar la edad en dos grupos: el primero, con estudiantes universitarios con edades entre los 17 y 20 años que representan el 56,09% del total y, un segundo grupo, conformado por estudiantes con edades entre 21 y 25 años que representan el 43,91% de la muestra.

Distribución de estudiantes universitarios por sexo según grupo de edad, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Estado Civil

El 94,16% de los estudiantes universitarios son solteros; el 2,54% están casados (as) y, el 3,30% en unión libre.

Estrato social de los hogares de los estudiantes universitarios

De acuerdo a la clasificación establecida en Colombia sobre los estratos socioeconómicos de los hogares, los estudiantes de las universidades públicas de Cúcuta tienen la siguiente distribución: el 45,43% corresponden al estrato social 2 (bajo); el 28,94% al estrato social 3 (medio-bajo); el 17,77% al estrato social 1 (bajo-bajo); el 7,61% al estrato social 4 (medio) y, el 0,25% al estrato 5 (medio-alto).

Cuadro 4

Distribución de hogares de estudiantes universitarios por estrato socio-económico, universidades públicas de Cúcuta. Año 2011

Estrato socio-económico	Total	%
1 (Bajo-bajo)	70	17,77%
2 (Bajo)	179	45,43%
3 (Medio-bajo)	114	28,94%
4 (Medio)	30	7,61%
5 (Medio-alto)	1	0,25%
Total	394	100,00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e infecciones de transmisión sexual en universitarios.

Fuente: Información reflejada en el cuestionario acerca de los conocimientos, Actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e ITS

Seguridad social en salud

El 33,76% manifestaron contar con seguridad social subsidiada; el 29,44% contributivo; el 18,53% vinculado y, el 18,27% declararon no tener seguridad social (gráfico 3).

Semestre académico en curso

Los estudiantes entrevistados corresponden a distintos semestres. La distribución en los distintos semestres es equilibrada a excepción del último semestre, décimo, donde apenas se pudo entrevistar a siete estudiantes.

Cuadro 5

Distribución de estudiantes universitarios según semestre académico, universidades públicas de Cúcuta, año 2011

Semestre	Total	%
1	40	10,15%
2	35	8,88%
3	52	13,20%
4	75	19,04%
5	58	14,72%
6	31	7,87%
7	45	11,42%
8	31	7,87%
9	20	5,08%
10	7	1,78%
Total	394	100,00%

Fuente: Información reflejada en el cuestionario acerca de los conocimientos, Actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e ITS

Conocimientos frente a la maternidad precoz y las infecciones de transmisión sexual

Los estudiantes fueron consultados en aspectos relacionados con los conocimientos frente a la maternidad precoz y las ITS, los cuales se desagregaron por sexo y grupo de edad para determinar si existe relación con estas variables. Se empleó la prueba chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05.

En relación a los conocimientos frente a la maternidad precoz, se observó: para el conocimiento de los días fértiles de una mujer $P(0,032)$ y la edad en que un hombre puede ser padre $P(0,018)$, relación con el sexo. Es decir, el nivel de conocimientos sobre los días fértiles de una mujer es mayor en las mujeres (63,73%) que en los hombres (52,63%). Caso contrario ocurre en la edad en la que el hombre puede ser padre, en este caso el nivel de conocimiento de

los hombres (84,74%) es mayor que el de las mujeres (75,00%).

Los ítems donde se observó debilidades en el conocimiento fueron:

1. Si la mujer hace el acto sexual con penetración y no llega al orgasmo no puede quedar embarazada.
2. En el acto sexual, si el hombre eyacula por fuera de la vagina evita el embarazo.
3. Determinar los días fértiles de una mujer.

Cuadro 6

Relación entre conocimientos frente a la maternidad precoz y el sexo, universidades públicas de Cúcuta, año 2011

Conocimientos frente a la maternidad precoz	Sexo	
	Hombre	Mujer
¿Cree usted que en la primera relación sexual (con penetración) se puede presentar un embarazo?		
Sí	91,00%	91,67%
No	6,35%	7,84%
No sabe	2,65%	0,49%
¿Cree usted que si una mujer hace el acto sexual con penetración y no llega al orgasmo no puede quedar embarazada?		
Sí	47,37%	41,38%
No	45,79%	52,71%
No sabe	6,84%	5,91%
¿Cree usted que si la mujer se lava la vagina (ducha vagina) después del acto sexual con penetración evita quedar embarazada?		
Sí	10,00%	6,37%
No	84,74%	89,71%
No sabe	5,26%	3,92%
¿Cree usted que si en el acto sexual el hombre eyacula por fuera de la vagina se evita un embarazo?		
Sí	37,89%	34,32%
No	56,85%	57,35%
No sabe	5,26%	8,33%
¿Sabe a partir de qué edad puede una mujer quedar embarazada?		
Sí	84,74%	86,21%
No	15,26%	13,79%
¿Sabe cómo determinar los días fértiles de una mujer?		
Sí	52,63%	63,73%
No	47,37%	36,27%
¿Sabe a partir de qué edad un hombre puede ser papa?		
Sí	84,74%	75,00%
No	15,26%	25,00%

Conocimientos frente a la maternidad precoz	Grupo de edad		P
	17-20	21-25	
¿Cree usted que en la primera relación sexual (con penetración) se puede presentar un embarazo?			
Sí	89,55%	93,64%	0,226
No	9,09%	4,62%	
No sabe	1,36%	1,73%	
¿Cree usted que si una mujer hace el acto sexual con penetración y no llega al orgasmo no puede quedar embarazada?			
Sí	45,45%	42,78%	0,320
No	46,82%	52,60%	
No sabe	7,73%	4,62%	
¿Cree usted que si la mujer se lava la vagina (ducha vagina) después del acto sexual con penetración evita quedar embarazada?			
Sí	7,69%	8,67%	0,016*
No	85,07%	90,17%	
No sabe	7,24%	1,16%	
¿Cree usted que si en el acto sexual el hombre eyacula por fuera de la vagina se evita un embarazo?			
Sí	39,37%	31,79%	0,238
No	53,39%	61,85%	
No sabe	7,24%	6,36%	
¿Sabe a partir de qué edad puede una mujer quedar embarazada?			
Sí	82,73%	89,02%	0,085
No	17,27%	10,98%	
¿Sabe cómo determinar los días fértiles de una mujer?			
Sí	54,30%	63,58%	0,065
No	45,70%	36,42%	
¿Sabe a partir de qué edad un hombre puede ser papa?			
Sí	76,92%	83,24%	0,131
No	23,08%	16,76%	

* Significancia estadística $P < 0,05$

Fuente: Información reflejada en el cuestionario acerca de los conocimientos, Actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e ITS

En los grupos de edad, se observó diferencias significativas en el conocimiento de los estudiantes para la pregunta: la limpieza vaginal (ducha vaginal) después del acto sexual con penetración evita quedar embarazada con $P (0,016)$. Donde el 90,17% del grupo de edad entre 21 a 25 y el 85,07% del grupo de edad entre 17 a 20 años, respondieron correctamente. Sobre el resto de conocimientos evaluados los resultados fueron similares a los observados por sexo anteriormente.

Relación entre conocimientos frente a la maternidad precoz y grupo de edad, universidades públicas de Cúcuta, año 2011

Métodos Anticonceptivos (Ítem 17-18)

El método anticonceptivo más conocido por los estudiantes es el preservativo (condón) con el 57,37% en los hombres y 37,75% en las mujeres. El 31,58% de los hombres y 45,10% de las mujeres manifestaron conocer toda la lista de anticonceptivos presentados.

Se preguntó a los universitarios sobre el uso del anticonceptivo de emergencia de última generación o método del día después (post-day). Se observó diferencias significativas con $P (0,020)$ sobre su uso: el 52,45% de las mujeres contestaron correctamente, contra el 40,53% de los hombres. Es decir, que estadísticamente las mujeres tienen mejor conocimiento sobre el uso de este anticonceptivo.

Cuadro 7

Relación entre conocimientos sobre el uso del método del día después y sexo, universidades públicas de Cúcuta 2011

Conocimiento sobre el uso del método del día después (post-day)	Sexo		P
	Hombre	Mujer	
Correcto (Antes de las 72 horas después de la relación sexual)	40,53%	52,45%	0,020
Incorrecto (Demás opciones)	59,47%	47,55%	

* Significancia estadística $P < 0,05$

Fuente: Información reflejada en el cuestionario acerca de los conocimientos, Actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e ITS

Otros de los conocimientos evaluados están asociados a las ITS, donde la prevención del VIH/SIDA por uso del preservativo (condón) presentó significancia estadística con respecto al sexo con $P (0,037)$. Al observar las respuestas a esta pregunta se obtuvo: el 89,69% de las mujeres respondieron correctamente, en contraste con el 82,22% de los hombres. De los otros conocimientos evaluados no se encontró

significancia estadística en relación al sexo de los participantes, sin embargo, se observó un bajo nivel de conocimientos sobre al practicar sexo oral, como medio de infección de transmisión sexual y acerca de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las personas.

Enfermedades De Transmisión Sexual (Ítems 20 al 22)

Relación entre conocimientos frente a las infecciones de transmisión sexual y sexo oral, universidades públicas de Cúcuta, año 2017

En cuanto al tópico de la sexualidad, los estudiantes fueron evaluados sobre la definición de este concepto y se observó, por sexo, diferencias significativas con $P(0,000)$; donde el 73,53% de las mujeres definieron/respondieron correctamente la sexualidad, en contraste al 53,16% de los hombres. Por otra parte, se consultó sobre la necesidad de incrementar los conocimientos sobre la sexualidad. Los resultados obtenidos muestran que el 85,79% de los hombres y el 91,18% de las mujeres manifestaron tener esta necesidad formativa.

Relación entre conocimiento de sexualidad y sexo, universidades públicas de Cúcuta, año 2011

La familia y el colegio fueron las principales fuentes donde los estudiantes recibieron información sobre la sexualidad. Posteriormente, se tiene a los amigos, familiares y la universidad en un quinto lugar con un 16,67% para las mujeres y un 7,79% para los hombres; por último, a las instituciones de salud y medios de comunicación. Un porcentaje muy bajo (menor al 2%) de los participantes, declaró no haber recibido educación en sexualidad.

Actitudes sexuales

Sobre las actitudes ante la sexualidad, se observó diferencias significativas en las maneras de cómo los adolescentes perciben la sexualidad, según el sexo, para los siguientes aspectos: 1. Con $P(0,000)$ los hombres, 34,74%, dan más importancia a la penetración en un relación sexual que las mujeres, 14,71%; 2. Con $P(0,000)$ las mujeres, 80,88%, consideran más importante que el amor exista para tener relaciones sexuales con respecto a los hombres, 49,47%; 3. Con $P(0,049)$ se tiene que las mujeres, 75,14%, consideran en una relación sexual que las

caricias, los besos y la masturbación mutua pueden ocasionar tanto placer como el de la penetración (coito), sin riesgo a un embarazo o a una ITS; mientras que en los hombres el 65,75% está de acuerdo.

Relación entre actitud ante la sexualidad y el sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

La actitud de los estudiantes universitarios ante los métodos anticonceptivos presentó diferencias significativas para la prevención de ITS mediante los métodos anticonceptivos con $P(0,006)$, donde: el 94% de las mujeres consideran que los métodos anticonceptivos no previenen las ITS, en contraste con el 85% de los hombres que piensa lo mismo.

Para las demás actitudes relacionadas con los métodos anticonceptivos, no se encontró relación. Sin embargo, se observó discrepancias entre los estudiantes del mismo sexo para las actitudes relacionadas con: 1. Sobre el uso del preservativo (condón) y mantener relaciones sexuales seguras; 2. Sobre el uso del preservativo (condón) y su efecto en una relación sexual placentera; 3. Sobre la pérdida de la espontaneidad en la relación sexual por el uso de los métodos anticonceptivos.

Relación entre actitud ante los métodos anticonceptivos y el sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Sobre la influencia del entorno en las actitudes sexuales de los estudiantes, se tiene un valor de $P(0,058)$, el cual se encuentra cerca de la zona de rechazo, en la influencia de grupos sociales como estimulantes para tener relaciones sexuales. En este caso, aunque no hay significancia estadística, se obtuvo que las mujeres (19,61%) son menos influenciadas por el entorno con respecto a los hombres (27,89%). Por otra parte, con $P(0,005)$, el 31,58% de los hombres consideran que el alcohol, la marihuana, cocaína o cualquier otro estimulan y ayudan a tener una relación sexual placentera, respecto al 19,21% de las mujeres encuestadas.

Relación entre actitud sexual por influencia del entorno y el sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Al evaluar la satisfacción y responsabilidad sexual, se tiene con $P(0,025)$ que los hombres (88,89%) están más satisfechos en su vida sexual que las mujeres (80,30%), Respecto a la afectación de las relaciones familiares ante un embarazo, se tiene con $P(0,002)$ que las mujeres (75%) se verían más afectadas que los hombres (60%). No se observaron diferencias en los demás aspectos relacionados con la responsabilidad sexual, aunque se destaca que la mayoría de los estudiantes, independientemente del sexo, consideran que la responsabilidad de evitar un embarazo es tanto del hombre como de la mujer y, un embarazo no planificado afectaría sus metas en el horizonte temporal.

Relación entre satisfacción y responsabilidad sexual y el sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Al explorar los resultados anteriores por grupo de edad, se encontró significancia estadística para la satisfacción sexual con $P(0,002)$, donde los estudiantes con edades entre 21 y 25 años (90,75%) se sienten más satisfechos en sus vidas sexuales que los de 17 y 20 años (79,45%); asimismo, se encontró significancia con $P(0,000)$ para la afectación de las relaciones familiares ante un embarazo, donde el grupo de estudiante entre 17 a 20 años, 76,92%, se vería más afectado que los de 21 y 25 años, 56,07%.

Los estudiantes fueron consultados sobre la edad adecuada para el inicio de las relaciones sexuales y la edad en que les gustaría tener hijo(s). Se empleó la prueba t de muestras independientes para determinar si la edad varía según el sexo de los estudiantes, con nivel de significación de 0,05.

Relación entre satisfacción y responsabilidad sexual y grupo de edad, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Los resultados obtenidos muestran con $P(0,000)$ diferencias significativas en la edad promedio de tener la primera relación sexual: para los hombres esta se debería dar a los 17,64 años y, para las mujeres a los 18,47 años; Con $P(0,001)$ se tuvo diferencia en la edad de tener hijos: los hombres consideran una edad promedio de 28,29 años, mientras que en las mujeres la edad promedio es de 27,13 años.

Comparación de la edad para el inicio de las relaciones sexuales y procrear por sexo, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Comportamiento sexual

Sobre la libertad de hablar de sexualidad, la mayoría de los estudiantes se sienten más cómodos hablando de este tema con los amigos: 44,61% las mujeres y 45,49% los hombres; seguidamente se tiene las parejas: 24,02% mujeres y 13,76% hombres; el 16,67% de las mujeres y 17,99% de los hombres manifestaron que pueden hablar de sexualidad con cualquier persona. Los estudiantes por lo general no hablan de este tema con sus padres, compañeros sexuales y docentes. El 5,88% de las mujeres y el 5,29% de los hombres declararon no hablar con nadie de la sexualidad.

Se determinó la relación entre el comportamiento sexual y el sexo de los estudiantes, los resultados obtenidos muestran lo siguiente: 1. Con $P(0,000)$ se tiene que el porcentaje de hombres (88,95%) que ha tenido alguna vez relaciones sexuales es mayor que el de las mujeres (73,04%); 2. Con $P(0,000)$ el 91,21% de las mujeres, duró meses (54,05%) y años (37,16%) saliendo con la pareja sexual antes de la primera relación, mientras que el 47,93% de los hombres permaneció en este mismo lapso de tiempo con su primera pareja sexual, meses (34,91%) y años (13,02%); 3. Sobre conversar sobre los métodos anticonceptivos con la primera pareja sexual, se tiene con $P(0,001)$ diferencia: donde las mujeres (57,53%) hablaron más de los métodos anticonceptivos que los hombres (38,13%); 4. Con $P(0,000)$ se observó que los hombres (18,34%) tienen menos dificultades de acudir a establecimientos a comprar pastillas o preservativos (condones) que las mujeres (31,54%); 5. Con $P(0,000)$ las mujeres (64,43%) han tenido menos compañeros sexuales (uno a dos compañeros) comparados con los hombres (75,15%), 3 a 4 parejas (30,77%) y 5 o más parejas el (44,38%).

Relación entre comportamiento sexual y sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011

En cuanto a la edad de la primera relación sexual, se encontró diferencias significativas con $P(0,0009)$; la primera relación sexual de los hombres, en promedio, se dio a los 15,29 años, mientras que en las mujeres se dio a los 16,96 años.

Cuadro 8.

Comparación de la edad de la primera relaciones sexuales, según sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Sexo de los estudiantes	Media (años)	DE (años)	P
Hombre	15,29	2,33	0,000*
Mujer	16,96	1,92	
Fuente: Cálculos propios			
* Significancia estadística $P < 0,05$			

Fuente: Información reflejada en el cuestionario acerca de los conocimientos, Actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e ITS

La mayoría de los estudiantes declaró que la primera relación sexual fue con su pareja: mujeres 85,25% y hombres 41,07%. Otro grupo manifestó que fue con amigo(a): mujeres 7,38% y hombres 27,38%).

En la primera relación sexual, los estudiantes universitarios en su gran mayoría, declararon que utilizaron métodos anticonceptivos para evitar un embarazo o ITS o para evitar ambas.

Al consultar con quién fue su última relación sexual, la mayoría respondió: novio (a): mujeres (78,52%) y hombres (60,36%); amigo (a): mujeres (6,71%) y hombres (21,30%).

El 61,74% de las mujeres y el 56,80% de los hombres manifestaron no consumir sustancias psicoactivas antes de las relaciones sexuales. Sin embargo, el 34,91% de los hombres y el 34,23% de las mujeres han consumido alcohol. El 4,14% de los hombres y el 2,68% de las mujeres consumieron marihuana.

Salud sexual y reproductiva

El 96,24% de los universitarios declaró no haber tenido infecciones de transmisión sexual; el 0,31%, es decir un estudiante, declaró haber presentado gonorrea; el 3,14% (10 estudiantes) manifestaron haber tenido otro tipo de infección. Las principales fuentes de información de los estudiantes universitarios sobre el tema de la salud sexual y reproductiva son: el internet, los amigos, las instituciones de salud y los folletos.

Cuadro 9.

Distribución porcentual de universitarios según fuente de información sobre temas de salud sexual y reproductiva, por sexo de los estudiantes, universidades públicas de Cúcuta, año 2011.

Fuente de información sobre temas de salud sexual y reproductiva	Hombre	Mujer
Docentes	1,75%	0,68%
Libros	4,09%	4,73%
Familia	5,85%	5,41%
Otros medios de comunicación	6,43%	2,70%
Otra	6,43%	2,70%
Folletos	7,02%	6,76%
Institución de salud	7,60%	15,54%
Amigos	24,56%	26,35%
Internet	36,26%	34,46%

Fuente: Información reflejada en el cuestionario acerca de los conocimientos, Actitudes y comportamientos sexuales frente a la maternidad precoz e ITS

Caso: Las mujeres Encuestadas

El perfil de las estudiantes en relación al embarazo muestra las siguientes características: el 14,86% de las estudiantes han estado embarazadas, de las cuales el 95,45% no planificó el embarazo y al 27,27% de las embarazadas se le dificultó continuar sus estudios universitarios.

De las estudiantes embarazadas, el 90,91% ha presentado un solo embarazo y el 9,09% dos embarazos.

Sobre el apoyo durante el embarazo, el 40,91% de las estudiantes embarazadas contaron con el apoyo del padre del hijo, el 27,27% de la familia, el 22,73% de los padres y 9,09% de amigos.

Al ser consultadas las estudiantes sobre si han tenido algún aborto, el 9,09% manifestó haber abortado alguna vez.

Caso: Los hombres encuestados

Las características de los estudiantes del sexo masculino muestran que el 5,99% tiene hijos; de los cuales el 77,78% tiene un solo hijo y 22,22% más de tres hijos. Sobre la manutención de sus hijos, el 40% aporta dinero, el 30% dinero y

alimentos, el 10% solo alimentación y el 20% no aporta nada.

De los estudiantes masculinos entrevistados, el 8,88% manifestó haber propuesto a su pareja que abortará. De los estudiantes hombres el 45,45% recibió apoyo de su familia ante el hecho de ser padre.

CONCLUSIONES

Posterior al análisis y la interpretación de los resultados de la presente investigación, se determinan las siguientes conclusiones:

La edad promedio de los estudiantes participantes fue de 20 años.

La mayoría de los universitarios son solteros (as). La mayor proporción de los universitarios(as) provienen del sector urbano, corresponden a un estrato social 2 (bajo) y cuentan con seguridad social subsidiada.

Un gran porcentaje de los universitarios entrevistados creen que en la primera relación sexual con penetración se puede presentar un embarazo, evidenciándose en un mayor porcentaje en el grupo de estudiantes en edades entre los 21 a 25 años.

En cuanto a los conocimientos referente a la limpieza vaginal (ducha vaginal), después del acto sexual con penetración como prevención para un embarazo, se observó diferencias significativas entre los grupos de edades. El grupo entre los 17 a 20 años tiene menos conocimientos en cuanto a la prevención del embarazo que el grupo de universitarios de 21 a 25 años.

El método anticonceptivo más conocido por los estudiantes, en mayor proporción los hombres, es el preservativo (condón). La mayoría de los universitarios desconoce el uso correcto del método de emergencia (post-day), con mayor desconocimiento entre los hombres.

En relación a los conocimientos asociados a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, se presentó significancia estadística con respecto al género: mayor conocimiento por parte de las mujeres.

Una cifra significativa de estudiantes desconocen los derechos sexuales y reproductivos. El 73,53% de las mujeres conocen sobre lo que es la

sexualidad, en contraste con el 53,16% de los hombres.

La mayoría de los universitarios manifestó la necesidad de aumentar los conocimientos sobre sexualidad. Además, las principales fuentes de información sobre sexualidad son en su orden: los padres, el colegio, los amigos, familiares, la universidad y por último, las instituciones de salud y los medios de comunicación.

Para el caso de las actitudes se evidenciaron diferencias significativas en cómo los adolescentes perciben su sexualidad según el género, en los siguientes aspectos: los hombres le dan más importancia a la penetración en una relación sexual que las mujeres; para ellas es más importante que el amor exista para tener relaciones sexuales.

El 75,14% de las mujeres consideran que en una relación sexual las caricias, los besos y la masturbación mutua pueden ocasionar tanto placer como la penetración (coito), sin riesgo a un embarazo o a una ITS; mientras que el 65,75% de los hombres no piensan lo mismo; actitud que se puede convertir en una práctica de riesgo para contraer una infección de transmisión sexual.

Ante los métodos anticonceptivos se hallaron diferencias significativas para la prevención de ITS: la mayoría de las mujeres consideran que los métodos anticonceptivos no previenen las ITS a diferencia de un porcentaje menor de los hombres que piensan lo mismo. Además el 46,77% de los hombres sostiene que utilizar el preservativo (condón) no permite tener relaciones sexuales placenteras.

Las mujeres de este estudio se ven menos influenciadas por el grupo social como estimulante para tener relaciones sexuales respecto a los hombres. Por otra parte, los hombres consideran más que las mujeres que el alcohol, la marihuana y la cocaína o cualquier otro estimulante ayudan a tener una relación sexual placentera.

La mayoría de las mujeres consideran que un embarazo no planeado en este momento afectaría sus metas a corto, mediano y a largo plazo, además de influir negativamente en las relaciones familiares. Los hombres manifestaron que la edad promedio en la que les gustaría tener un hijo

es a los 28 años y las mujeres a los 27 años de edad.

En cuanto a los comportamientos sexuales, se encontró diferencias significativas con el promedio de edad según el género de los estudiantes: la primera relación sexual de los hombres, en promedio se dio a los 15 años, en las mujeres a los 17 años de edad. En su mayoría, los universitarios declararon que utilizaron métodos anticonceptivos para evitar un embarazo o una ITS durante su primera relación sexual.

Referente al consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, el 34,91% de los hombres y el 34,23% de las mujeres manifestaron haber consumido alcohol; en un menor porcentaje, tanto hombres como mujeres, declararon haber consumido marihuana antes de las relaciones sexuales.

A nivel de la salud sexual y reproductiva, la mayoría de los participantes declararon no haber tenido ITS. Un estudiante reportó haber tenido gonorrea; diez estudiantes manifestaron otro tipo de infección. Las principales fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva para los estudiantes son en su orden: padres, colegio, amigos, familiares y universidad.

Con relación al embarazo, el 14,86% de las estudiantes del estudio han estado embarazadas, de las cuales la mayoría no planificó la gestación, dificultándoseles continuar con sus estudios. El 40,91% de ellas contaron con el apoyo del padre de su hijo, seguido de la familia, los padres y los amigos. El 9,09% manifestó haber abortado alguna vez.

El 5,99% de los hombres de la muestra tiene hijos y la mayoría tiene un solo hijo. En cuanto a la manutención de sus hijos, la mayor parte de los hombres aportan dinero y casi la mitad de los adolescentes recibieron apoyo de su familia ante el hecho de ser padres. El 8,88% manifestó haber propuesto a su pareja que abortara.

Recomendaciones

Según las conclusiones descritas, a continuación se exponen las siguientes recomendaciones:

En el sector educativo:

Diseñar e implementar estrategias educativas acerca de la salud sexual y reproductiva que incluyan todos los aspectos en sexualidad y

reproducción con énfasis en la difusión de los derechos sexuales y reproductivos en los universitarios teniendo en cuenta:

El fortalecimiento en los jóvenes el proyecto de vida en articulación con el colegio y la familia.

Brindar información veraz y oportuna acerca del uso adecuado de los métodos anticonceptivos y el método de emergencia (post-day).

Proporcionar información veraz y oportuna de los factores de riesgo para contraer ITS.

Orientar acerca de los comportamientos sexuales saludables para la prevención de embarazos no planeados e ITS.

Las instituciones de educación superior, el personal docente y estudiantil deben promover y difundir acciones en prevención de la problemática planteada en el estudio de investigación, a fin de disminuir las enfermedades de contagio en los jóvenes y el embarazo precoz.

En el campo de la Investigación

Es de gran importancia que se continúen los trabajos de investigación en las instituciones de educación superior públicas y privadas, con el fin de identificar las necesidades de los jóvenes acerca de su sexualidad y a su vez, generar conocimiento en salud sexual y reproductiva.

A nivel asistencial

El profesional de la salud debe garantizar cuidado directo, individualizado y oportuno a los jóvenes en lo referente a la sexualidad y reproducción.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

UNESCO. *Datos sobre la sexualidad de los jóvenes* [en línea]. 2016. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1622 de 2013 (29 Abril, 2013). *Por la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil* Bogotá, 2013.

GARCÍA ROCHE R., CORTES ALFARO A., VILLA AGUILERA L., HERNÁNDEZ SÁNCHEZ M., MESQUIA VALERA A. *Comportamientos sexuales y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de*

un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006; 22 (1): 1-7.

GERSTENBLUTH MARIANA, FERRE ZULEIKA, ROSI MÁXIMO, TRIUNFO PATRICIA. *Impacto de la maternidad adolescente en los logros educativos* [en línea]. 2009 abril. Disponible en: http://www.academia.edu/4298556/Impacto_de_la_maternidad_adolescente_en_los_logros_educativos

POPULATION REFERENCE BUREAU. *Los jóvenes en el mundo cuadro de datos*. 2013. Disponible http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf

MARÍA R., ESTUPIÑAN APONTE, LUCÍA RODRÍGUEZ. *Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas*. Revista Salud Pública, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UPTC-. 2009; 11(6): 988-998.

CALDERÓN J., ALZAMORA L. *Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006; 23 (4): 247-258.

ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA – PROFAMILIA-. *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS- 2010. Fecundidad de adolescentes*. Bogotá: 2010; p. 108-109.

QAIMBAYO L, FANDIÑO V, JAIMES M. *Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes*. Rev. Cuid 2012; 3(3):308-19

CARIDAD SANTANA SERRANO, LEIDY MARÍA SANTANA RIVERO, LIC. LIUDIMILA SANTANA RIVERO, ELIDA ÁREA HERNÁNDEZ, MÉRIDA REYES JUSTY. *Embarazo en adolescentes en Nuevitas*. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. Com. [En línea]. 2009; Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/embarazo-en-adolescentes/4/>

CUENCA CHUNI KARINA, ESPINOSA FAICAN MAYRA. *Repercusiones del embarazo y la maternidad en el rendimiento académico de las estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Cuenca*. 2014. Lima. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21245/1/Tesis.pdf>

ESTUPIÑÁN APONTE MARÍA ROSA, VELA CORREA DIANA ROCÍO. *Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias*. Rev. Colomb. Psiquiat 2012; 41(3). Disponible

en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a06.pdf>

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual* [internet]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/index.html

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel* [internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Infecciones de transmisión sexual*. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud Sexual de la mujer* [internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH*. Bogotá: 2011 [en línea]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Resumen de la situación epidemiológica del VIH/Sida en Colombia 2012*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: 2012 [en línea]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%201%20mayo_2012.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 – 2011*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: 2012 [en línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf

LÓPEZ RODRÍGUEZ YAMILET. *Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo*. Rev.

Cubana Enfermer 2011; 27(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-03192011000400011

CONTRERAS BRITTO JUAN B. *Prevalencia de embarazo en adolescentes en la ESE Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008-2009* [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011

EL UNIVERSAL. *En Colombia, los jóvenes inician su actividad sexual a los 14 años*. [En línea]. Bogota 2014. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/salud/en-colombia-los-jovenes-inician-su-actividad-sexual-los-14-anos-165766>

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Boletín Congreso Visible. *El embarazo en la adolescencia* [internet]. Bogotá; 2010 [consultado el 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.congresovisible.org/agora/post/el-embarazo-en-laadolescencia/275/>.

NAVARRO ABAL Y., CARRASCO GONZÁLEZ A., SÁNCHEZ GONZÁLEZ J., TORRICO LINARES E. *Comportamientos y actitudes Sexuales en adolescentes y jóvenes*. Archivo hispanoamericano de sexología. 2004; 10 (2): 167-182.

CHÁVEZ M., PETRZELOVÁ J., ZAPATA J. *Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios*. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2009; 14 (1): 137-151

GONZÁLEZ F. *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca*. Acta Colombiana de Psicología. 2004; 12 (4): 59-68.

OSPINA DÍAZ J., MANRIQUE G. *Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios*. Revista avances en enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2007; 25 (2): 101-111.

DÍAZ CÁRDENAS S., GONZÁLEZ MARTÍNEZ F., RAMOS MARTÍNEZ K. *Historia de embarazos en estudiantes de programas de salud en una universidad pública del Caribe Colombiano*. Revista clínica de medicina de familia, Universidad de Cartagena. 2010; 3 (3): 163-169.

VÁSQUEZ MUNIVE M., ROMERO CÁRDENAS A., RIVAS CASTRO A. *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual entre estudiantes de los primeros semestres de enfermería*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Duazary, Universidad del Magdalena. 2010; 7 (2): 211-218.

HERNÁN M, RAMOS M, FERNÁNDEZ A. *Estudio salud y juventud. Consejo de la juventud de*

España [en línea]. 2001. Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/cje0029.dir/cje0029.pdf

AGUINAGA J., ANDRÉU J., CHACÓN L., COMAS D., LÓPEZ A., NAVARRETE L. *Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud [en línea]. 2005. Disponible en: <http://infojove.caib.es/informejuventudespana2004.pdf>

VELANDÍA MORA M. *Estrategias docentes de enfermería para el abordaje de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva en adolescentes y jóvenes* [tesis]. España: Universidad de Alicante, 2011 [en línea]. Disponible en: http://www.academia.edu/1744151/Estrategias_docentes_de_enfermeria_para_el_abordaje_de_la_sexualidad_la_salud_sexual_y_la_salud_reproductiva_en_adolescentes_y_jovenes._Tesis_doctoral

TARAZONA CERVANTES D. *Estado del arte sobre el comportamiento sexual adolescente*. Revista Electrónica Instituto de Psicología y Desarrollo. 2005; 2 (6): 1-18.

OPS: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud sexual*. Asociación Mundial de Sexología. Guatemala, 2000.

SÁEZ SESMA SILBERIO, FRAGO VALLS SANTIAGO. *Las actitudes hacia la sexualidad*. Amaltea Instituto de sexología y psicoterapia. Disponible en: <http://www.amaltea.org/wp-content/uploads/2015/09/actitudes.pdf>

REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Dirección General de Salud Pública. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá. Febrero. 2003

DORIS E. GÓMEZ CAMARGO, MARGARITA M. OCHOA DÍAZ, CARLOS A. CANCHILA-BARRIOS, ENRIQUE C. RAMOS CLASON, GERMÁN I. SALGUEDO MADRID Y DACIA I. MALAMBO GARCÍA. *Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia*. Rev. Salud pública. 16 (5): 660-672, 2014.

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS JÓVENES
INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
VIH/SIDA DE LA FUNDACIÓN HOASIS EN LA CIUDAD DE CÚCUTA**

Angie Vanessa Hernández Viasus*
Karen Fernanda Penagos Rodríguez**
Mg. Claudia Patricia Posada Benedetti***

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual, como lo es el VIH/SIDA es una de las problemáticas de salud pública que más perturba a la población, afectando a 36. 9 Millones de personas que viven con la infección, amenazando la salud física y mental de la persona infectada, debido al impacto que deben enfrentar a los factores estresores fisiológicos, económicos, socioculturales y psicológicos para la adaptación de su nueva condición, por lo que la presente investigación tiene como objetivo describir las estrategias de afrontamiento de dos adultos jóvenes con VIH-SIDA de la fundación Hoasis de la ciudad de Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención. Se realizó bajo el enfoque cualitativo con un diseño de tipo narrativo lo que quiere decir que el investigador hace recolección de historias de vida y de diferentes experiencias de ciertas personas para así poder describirlas y analizarlas; en una muestra de dos adultos jóvenes de 24 - 25 años de la fundación Hoasis en la ciudad de Cúcuta, con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/Sida. Se aplicó técnicas de recolección de información como la entrevista a profundidad, la observación no participante y la historia de vida, que permitieron obtener como resultado que los pacientes con VIH/SIDA utilizan las diferentes estrategias de afrontamiento de acuerdo a la fase que se encuentra la infección, en esta investigación hay un mayor grado de utilización en estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y combinado.

PALABRAS CLAVES: VIH, estrategias de afrontamiento, adulto joven, consumo de sustancias psicoactivas, sexualidad.

ABSTRACT

Sexually-transmission infections, such as HIV/AIDS, are one of the public health problems that most disturb the population, affecting 36. 9 million of people living with the infection, threatening the physical and mental health of the infected person, due to the impact they must face the physiological, economic, sociocultural and psychological stressors for the adaptation of their new condition, so this research aims to describe the coping strategies of two young adults with HIV/AIDS from the Hoasis Foundation of the city of Cúcuta, from a qualitative perspective, proposing to future psychoeducational guidelines for a model of intervention. It was carried out under the qualitative approach with a narrative-type design which means that the investigator collects life histories and different experiences of certain people in order to describe and analyse them; In a sample of two young adults of 24-25 years of the Hoasis Foundation in the city of Cúcuta, with the human immunodeficiency virus HIV/AIDS. Data collection techniques were applied such as in-depth interview, non-participant observation and life history, which resulted in HIV/AIDS patients they use the different coping strategies according to the phase of the infection, in this research there is a greater degree of use in coping strategy focused on emotion and combined.

KEY WORDS: HIV, coping strategies, young adult, sexual orientation, sexuality.

INTRODUCCION

En el campo de las infecciones de transmisión sexual, específicamente por el Virus de Inmune Deficiencia Humana (VIH), el problema reside en establecer, cuáles son las variables psicológicas que tienen una gran influencia a la hora de predecir un mejor ajuste en cuanto a la calidad de vida, el control sobre la salud y la aparición de otras enfermedades una vez diagnosticada la infección. Dentro de las variables psicológicas investigadas se aprecian las estrategias de afrontamiento, que se refiere a los esquemas mentales intencionales de respuesta ya sea cognitivo, emocional o conductual, y que están encaminados a manejar y/o minimizar las demandas y los conflictos de los sucesos estresantes de la persona.

Para el 2017, 1,8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH (ONUSIDA, 2017). Las estadísticas de la ONUSIDA, demuestran que a pesar de los múltiples estudios que se han realizado sobre la infección, y a pesar de la educación en cuanto a la misma, así como el desarrollo de programas de promoción y prevención, el problema radica en las diferentes creencias que se generan de este virus, aumentando la exposición al riesgo.

Hasta la fecha, la epidemia del VIH/SIDA es considerado un verdadero y grave problema de salud pública, que no deja de extenderse por todo el mundo registrando para el año 2017, un total de 36,9 millones de personas infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2017). Sin embargo, la huella social que día a día deja el VIH es de gran importancia investigarla, pues se estima que las principales problemáticas a las que se enfrentan las personas con VIH se relaciona con el estigma social y la discriminación, teniendo como resultado unas implicaciones psicosociales que pueden llegar a ocasionar dificultades en la dimensión psicológica de la persona y por ende su calidad de vida.

En este orden de ideas, se debe destacar que, en diferentes partes del mundo, se ha estudiado la manera en que las personas infectadas con VIH afrontan la infección de transmisión sexual y sentando así las bases para el diseño y ejecución de programas de intervención psicológica que pueden mejorar la calidad de vida. El uso de los recursos y estrategias de afrontamiento facilitan y

mejora el pensamiento, la emoción y la conducta de la persona.

Por ello, esta investigación será de tipo narrativo lo que quiere decir que se realiza a partir de la ejecución de una entrevista a profundidad e historias de vida y de diferentes experiencias de los dos participantes para así poder describirlas y analizarlas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Teniendo en cuenta el VIH como problemática social, y todas las implicaciones que consigo trae y la relación de las estrategias de afrontamiento, nos condujo a realizar esta investigación con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento de dos adultos jóvenes con VIH-SIDA de la Fundación Hoasis de la ciudad De Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención.

METODOLOGIA

La presente investigación es de enfoque cualitativo, basada bajo un diseño de tipo narrativo lo que quiere decir que el investigador hace recolección de historias de vida y de diferentes experiencias de ciertas personas para así poder describirlas y analizarlas.

Población

La población objeto de estudio en esta investigación son adultos jóvenes de 24 - 25 años de la Fundación Hoasis en la Ciudad De Cúcuta, Con El Virus De Inmunodeficiencia Humana VIH/Sida.

Muestra

La muestra de este estudio es de 2 Adultos Jóvenes que cumplan con los requisitos antes mencionados.

Análisis de resultados

Para la recolección de la información y resultados se tuvieron en cuenta la entrevista a profundidad, la observación no participante, un estudio de caso e historia de vida.

RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se hizo un análisis de acuerdo a los tres estilos de

afrontamiento a evaluar, en donde se obtuvieron los siguientes:

Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: Las implicaciones derivadas al recibir la noticia de ser diagnosticado con VIH/SIDA son los detonantes para que las personas infectadas no logren desarrollar estrategias de afrontamiento centradas en el problema en el inicio de la infección, como lo son la confrontación y planificación de soluciones, que permiten generar esfuerzos cognitivos-conductuales y pensamientos lógicos para modificar o sobre llevar la situación estresora.

Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: Debido a que no se desarrollan estas estrategias las personas presentan estados emocionales como la depresión y pensamientos de autolesión como el suicidio, perdiendo su sentido de vida.

Las personas infectadas por el VIH/SIDA muestran un estado ambivalente en cuanto a sus emociones, como el distanciamiento y evitación con las personas, por el miedo a ser juzgados y discriminados o estigmatizados, experimentando sentimientos como la tristeza, la melancolía, la culpa, entre otros.

Estrategias de afrontamiento combinado: Después de salir de un primer estado emocional negativo, desarrollan el autocontrol, la reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad, identificando las conductas de riesgo que realizaron para llegar a dicha problemática.

Las personas al sentirse rechazadas por su entorno social desarrollan la estrategia de afrontamiento combinado, en donde debido a este rechazo por su redes de apoyo acuden a otras personas cercanas u a profesionales, con el fin de tener un asesoramiento, comprensión y apoyo moral para sobre llevar la situación.

DISCUSION

Con base a lo realizado dentro de la fundación Hoasis de la ciudad de Cúcuta, se trabajó con la población con VIH/SIDA, esta investigación se realizó desde una perspectiva cualitativa y sustentada teóricamente para hacer más válida su aplicabilidad; se contó a su vez con el recurso humano e instrumental para llevar a cabo el

procedimiento evaluativo, con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento de dos adultos jóvenes con VIH-SIDA, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención basado en la implementación de estrategias de afrontamiento que fomenten estilos saludables y acciones que favorezcan su salud.

De manera general, se evidencia que la muestra de estudio contó con poca capacidad intelectual y emocional para afrontar la situación adversa, de acuerdo a los resultados obtenidos se logra obtener que los participantes en el momento de conocer su diagnóstico y en el inicio de las primeras fases de la infección utilizan estrategias y estilos de afrontamiento pasivo y evitativa como: pensamientos irreales e improductivos, pensamientos de autolesión como el suicidio; y que son más propensos a la depresión, deterioro funcional, conciencia de la infección y presentan menor adherencia al tratamiento.

Por otro lado, las implicaciones derivadas del diagnóstico en las personas infectadas con VIH al conocer su situación, pueden provocar un deterioro y/o cambio en las funciones físicas, psicológicas y sociales que consigo trae la infección. Es así que según lo que afirma (Nettleton, 2014; citado por Avelar, Cornejo, & Torres, 2011), “cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales, como en el sentido de sí mismos constituyendo el inicio de un largo procedimiento de adaptación, que puede ser definido como una crisis”.

Teniendo en cuenta lo anterior, cuando los pacientes que utilizan más las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción como: autocontrol, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad, tienden adaptarse mejor a su condición de salud, y mejor control propio de la salud en general, por el contrario si las estrategias que más utilizan son el escape-evitación o el distanciamiento, están más propensos a sufrir un deterioro funcional. Los resultados concuerdan con la muestra de estudio, puesto que en el primer participante predominan el optimismo y la esperanza para salir adelante, todo lo contrario al participante 2 que muestra estados negativos, como la ira, miedo, y depresión.

En las estrategias de afrontamiento combinado las personas que desarrollan este tipo de mecanismos como la búsqueda de apoyo social, en la que buscan asesoramiento médico, que cooperan con el tratamiento y se informan sobre la infección, tienden a utilizar recursos para afrontar la situación estresante como una oportunidad para mejorar ciertos aspectos de su vida, y así mantener control sobre la infección.

En lo que compete este tipo de estrategia la muestra de estudio permite evidenciar que hay una relación con la expuesto por (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) puesto que los participantes hacen uso de la misma, al buscar apoyo social por parte de la fundación que cuenta con la población de infectados, pero se ve una diferencia en otros aspectos de esta estrategia, ya que el participante 1 ve esta infección como una nueva oportunidad de vida, en la que ha realizado cambios en cuanto a su comportamiento sexual, es más consciente de valorar y cuidarse tanto física como psicológicamente. Por el contrario, el participante 2 ve la infección como un obstáculo, en donde se ha perdido su sentido de vida, generándole mucho malestar emocional.

CONCLUSIONES

Es evidente que las personas diagnosticadas con la infección del VIH/SIDA al momento de saber de su infección experimenten conductas y emociones que les genere un malestar en su sentido de vida, ya que dicha infección es estigmatizada y discriminada socialmente. Es por esto que se ve la necesidad de desarrollar estrategias y estilos de afrontamiento que permitan obtener estilos de vida saludables.

En lo correspondiente a los objetivos planteados para esta investigación se logra identificar que las estrategias de afrontamiento que se utilizan con mayor frecuencia por los participantes son las correspondientes a las centradas en la emoción y combinado, puesto que después de obtener el diagnóstico y no desarrollar una confrontación y planificación de posibles soluciones lograron tener un control emocional y cognitivo permitiéndoles así modificar la situación estresora buscando un apoyo social, invirtiendo tiempo en actividades de relajación como lo es el trabajar para tener los recursos necesarios para su supervivencia y creando pensamiento lógicos que

les facilita mitigar aquellas emociones y conductas que le generan un malestar. De igual manera, los resultados obtenidos por la muestra nos dan a conocer que a través del tiempo han adquirido la capacidad de autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva con el fin de evaluar las conductas pasadas y así adquirir un compromiso de cambio.

Por otro lado, en lo que se refiere a los estilos de afrontamiento más utilizados por los participantes se logra evidenciar que se presentan todos en donde el estilo activo se ve reflejado en el participante 1, el cual a pesar de estar en la fase del SIDA ha logrado confrontar la problemática y buscar una tranquilidad ante su diagnóstico. En lo que corresponde al participante 2 su estilo de afrontamiento es el pasivo, puesto que no tiene un control sobre la situación y tiende a recurrir a terceros para sobrellevarla mostrando cierto grado de dependencia. Finalmente el estilo de afrontamiento por evitación es desarrollado en los dos participantes ya que en su proceso de adherencia al tratamiento la medicación hace que se genere en ellos malestares tanto físicos como psíquicos, experimentando niveles de ansiedad y depresión.

En lo que corresponde a la población y muestra abordada se puede concluir que fueron muy colaborativos para lograr el desarrollo de la investigación, mostrándose receptivos y participativos. Y así mismo dar cumplimiento a los objetivos propuestos por las investigadoras frente a la descripción de las estrategias de afrontamiento utilizadas por dos adultos jóvenes de la fundación participante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ONUSIDA. (2017). Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación 6ª Edición. Madrid: McGraw-Hill.
- Avelar, V., Cornejo, I., & Torres, J. (2011). Efectos psicológicos en personas diagnosticadas con VIH. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>

Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2012). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Recuperado el 24 de Mayo de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007



CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN UNA PACIENTE CON SINTROME DOWN

Jenny Lizbeth Soto Ballesteros *
Wilmer Velasco**

RESUMÉN

Se presenta el caso de una paciente de 1 mes y medio de edad con Síndrome de Down. Objetivo: Aplicar el proceso de atención de enfermería a la paciente de cuidado con síndrome de Down, en la práctica cuidado del niño y del adolescente en el control de CYD de la unidad básica IMSALUD ubicada en la Loma Bolívar de Cúcuta, dando respuestas a las necesidades humanas con el propósito de lograr el adecuado crecimiento y desarrollo en su bienestar y calidad de vida. Metodología: Se realizó una investigación de tipo descriptivo transversal con un abordaje cualitativo cuyo método es un estudio de caso observacional., aplicado a una usuario, que acude al servicio de control de CYD en la unidad básica IMSALUD ubicada en la Loma Bolívar de Cúcuta Norte de Santander. Siendo esta metodología útil para verificar y desarrollar el proceso del plan de cuidados enfermero. La muestra: incluye una paciente que acude al servicio de control de CYD en la unidad básica IMSALUD ubicada en la Loma Bolívar de Cúcuta Norte de Santander. Resultados: De las cuatro educaciones que se le brindaron a los padres se obtuvieron resultados según la escala de Likert dado que se encontraban en 1: ningún conocimiento llevando después de la intervención de enfermería a 4: conocimiento sustancial. Conclusión: La educación por parte de enfermería establece una estrategia de intervención en las familias de los niños con síndrome de Down, donde se tuvieron en cuenta sus necesidades y las orientaciones generales y específicas para el conocimiento de la enfermedad por parte de la familia, lo que favorecerá el proceso de habilidades y preparación para la vida desde el nacimiento para lograr la integración de estos niños a la sociedad.

PALABRAS CLAVES: síndrome de Down, salud, enfermería, examen físico, entrevista, valoración.

ABSTRACT

The case of a 1 month and a half old with Down syndrome is presented. Objective : Apply the nursing process to patient care with Down syndrome in child care practice and adolescents in the control of the basic unit CYD IMSALUD located in Bolivar Loma de Cúcuta , responding to human needs in order to achieve proper growth and development in their well-being and quality of life . Methodology: A descriptive cross research was conducted using a qualitative approach which method is an observational case study applied to a user, who presented to control the basic unit CYD IMSALUD located in Loma de Cúcuta Bolívar Norte. Santander . Since this methodology useful to verify and develop the process of nursing care plan . The sample includes a patient who presented to control the basic unit CYD IMSALUD located in Loma de Bolívar Cucuta Norte de Santander. Results: Of the four educations provided to you parents results were obtained according to the Likert scale as they were in 1: no knowledge after taking the nursing intervention 4 : Substantial knowledge. Conclusion : The nursing education by establishing a strategy of intervention in families of children with Down syndrome, which took into account their needs and the general and specific guidelines for the understanding of the disease by the family, will favor the process of skills and life skills from birth to achieve the integration of these children into society.

KEYWORDS: Down syndrome , health, nursing , physical examination , interview, opinion.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Down es una alteración genética de tipo autosómica, causada por un error en la división celular que ocurre al momento de iniciarse el embarazo, cuando el ovulo ha sido fecundado por el espermatozoide y el huevo conformado por esta unión comienza a dividirse. Producto de esta alteración en la división aparece como resultado la presencia de un tercer cromosoma 21. Se habla de síndrome porque se trata de un conjunto de características: físicas, bioquímicas y estructurales del sistema nervioso que se manifiestan por esta alteración; y se habla de Down en memoria de John Langdon Down, el primer médico que lo identificó. También se le suele denominar como trisomía del cromosoma 21.

Los bebés con Síndrome de Down tienden a desarrollarse más lentamente que otros bebés.

Los niños con Síndrome de Down tienen gran facilidad para desarrollar: Enfermedades relacionadas con la inmunidad, presentando con frecuencia episodios de otitis y cuadros respiratorios.

El bebé con síndrome de Down es un bebé como otro cualquiera, fruto del amor de los padres. Es un ser humano que, como cualquier otro, presenta un conjunto de cualidades y potencialidades que hay que ayudar a desarrollar, así como de problemas físicos y psíquicos que es preciso atender.

El sujeto de cuidado, fue una paciente del servicio de control de CYD de la unidad básica IMSALUD Loma de Cúcuta Norte de Santander, la cual fue asignada por el docente de prácticas, con síndrome Down, se visitó hasta su domicilio en cual se le aplicó el proceso de valoración de Enfermería por dominios NANDA. En el abordaje del caso se recopiló la información extrayendo los datos objetivos y subjetivos por Dominios NANDA mediante las técnicas de entrevista, examen físico, aplicación de escalas validadas y revisión de exámenes diagnósticos complementarios. Para seguidamente establecer los diagnósticos enfermeros, se prioriza a través del modelo área los diagnósticos de enfermería afectados, consigo se proyecta el objetivo y el resultado (NOC) e intervención (NIC) para dar respuesta

a las necesidades humanas existentes, desarrollándose en 2 visitas domiciliarias cada una de las intervenciones de enfermería y se evalúa los resultados mediante la escala de Likert obtenidos después de cada intervención con la finalidad de conocer si se cumplieron los objetivos proyectados para obtener el bienestar de la paciente. En este proceso se fundamentaron los hallazgos de la valoración, se realizó revisión de libros, semiologías, tesis y artículos, así como documentos oficiales y páginas de KATHERYN E. BARNARD "MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO" para ofrecer un panorama objetivo de su situación a partir del análisis del sistema conceptual teórico empírico.

PREGUNTA PROBLEMA:

¿Cómo aplicar el proceso de enfermería en una paciente con síndrome de Down con el propósito de lograr el adecuado crecimiento y desarrollo en su bienestar y calidad de vida.

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería a la paciente de cuidado con síndrome de Down, en la práctica cuidado del niño y del adolescente en el control de CYD de la unidad básica IMSALUD ubicada en la Loma Bolívar de Cúcuta, dando respuestas a las necesidades humanas con el propósito de lograr el adecuado crecimiento y desarrollo en su bienestar y calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Valorar a la paciente de cuidado por cada dominio según la taxonomía NANDA, NOC Y NIC con sus respectivos instrumentos y técnicas (escalas, inspección, palpación, percusión, auscultación y medición).

Seleccionar los diagnósticos en enfermería, validados desde los datos subjetivos y objetivos de la paciente de cuidado.

Identificar a través del modelo área los diagnósticos de enfermería priorizados a trabajar con la paciente de cuidado.

Planear el objetivo y resultado (NOC), e intervención (NIC) para dar respuesta a las necesidades humanas de la paciente.

Ejecutar cada intervención de enfermería con sus actividades y justificación a la paciente de cuidado.

Evaluar los resultados mediante la escala de Likert después de la aplicación de cada intervención con la finalidad de conocer si cumplieron los objetivos encaminados a mantener el bienestar de la paciente de cuidado.

MARCO TEÓRICO:

El síndrome de Down es una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21, de tal forma que las células de estas personas tienen tres cromosomas en dicho par (de ahí el nombre de trisomía 21), cuando lo habitual es que sólo existan dos.

Este error congénito se produce de forma espontánea, sin que exista una justificación aparente sobre la que poder actuar para impedirlo. No hay que buscar culpables.

El síndrome de Down es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común: 1/700 concepciones. La incidencia aumenta con la edad materna, especialmente cuando ésta supera los 35 años, siendo éste el único factor de riesgo demostrado de tener un hijo con síndrome de Down.

Con diferencia, el tipo más común de síndrome de Down es el denominado trisomía 21, resultado de un error genético que tiene lugar muy pronto en el proceso de reproducción celular. El par cromosómico 21 del óvulo o del espermatozoide no se separa como debiera y alguno de los dos gametos contiene 24 cromosomas en lugar de 23.

Cuando uno de estos gametos con un cromosoma extra se combina con otro del sexo contrario, se obtiene como resultado una célula (cigoto) con 47 cromosomas. El cigoto, al reproducirse por mitosis para ir formando el feto, da como resultado células iguales a sí mismas, es decir, con 47 cromosomas, produciéndose así el nacimiento de un niño con síndrome de Down. Es la trisomía regular o la trisomía libre.

Según la OMS, la incidencia estimada de síndrome de Down es de uno en cada mil nacimientos de bebés vivos en todo el mundo.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Según la OMS, el síndrome Down es un trastorno cromosómico (cromosoma 21, cromosoma: estructura celulares que contienen los genes) que incluye una combinación de defectos congénitos, entre ellos, un cierto grado de retraso mental, facciones características y, con frecuencia, defectos cardíacos y otros problemas de salud. La gravedad de estos problemas varía enormemente entre las distintas personas afectadas. Esta alteración genética consiste en que las células del bebé poseen en su núcleo un cromosoma de más o cromosoma extra, es decir, 47 cromosomas en lugar de 46. El síndrome Down según la OMS, no está catalogado como una enfermedad.

Por qué es llamado síndrome de Down, En 1986 el médico inglés John Langdon Down, identificó el síndrome con este nombre, quien junto con Séguin (1846) describieron las características clínicas de una persona que presentaba el síndrome de Down. Aunque no fue hasta 1958 cuando Jerome Lejeune descubre que el síndrome es causado por una alteración del cromosoma 21, es decir, podemos observar que las investigaciones que pusieron armadura al síndrome son recientes.

METODOLOGIA:

Se realizó una investigación de tipo descriptivo transversal con un abordaje cualitativo cuyo método es un estudio de caso observacional., aplicado a una usuario, que acude al servicio de control de CYD en la unidad básica IMSALUD ubicada en la Loma Bolívar de Cúcuta Norte de Santander. Se visitó hasta su

domicilio realizando entrevista, aplicación de escalas y examen físico por dominios NANDA, se prioriza a través del modelo área los diagnósticos de enfermería afectados, consigo se proyecta el objetivo y el resultado (NOC) e intervención (NIC) para dar respuesta a las necesidades humanas existentes, desarrollándose en 2 visitas domiciliarias las intervenciones de enfermería y se evalúa los resultados mediante la escala de Likert obtenidos después de cada intervención con el finalidad de conocer si se cumplieron los objetivos proyectados para favorecer su crecimiento y desarrollo propiciamente mejorando el bienestar y la calidad de vida del paciente.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Partiendo de la revisión de la literatura, se establece que el Síndrome de Down es una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra. Esta alteración congénita se produce de forma espontánea, sin que exista una causa aparente sobre la que se pueda actuar para impedirlo. Se produce en todas las etnias, en todos los países, con una incidencia de una por cada 600-700 embarazos en el mundo. Únicamente se ha demostrado un factor de riesgo, la edad materna y, de manera muy excepcional, un 1% de los casos se produce por herencia de los progenitores.

La estimulación desde su nacimiento así como el control y seguimiento de su salud le proporcionarán una buena calidad de vida. La actitud y entrega de los padres, familias, maestros y terapeutas, marca el desarrollo de todos los niños y marcará muy especialmente el desarrollo del niño con síndrome de Down y por tanto su integración como adulto en la sociedad.

Hallazgos obtenidos, se puede establecer que la niña cuenta con el apoyo de su padres, vecinos, pero desconocen de la enfermedad y cuáles son los cuidados que favorecerán su crecimiento y desarrollo. Se observa que la niña de cuidado, se encuentra en un etapa que permite favorecer su CYD, y se resalta que la paciente de cuidados presenta afectados diferentes dominios NANDA, lo cual es un papel primordial del profesional de enfermería brindarles la educación requerida a los padres para que

presenten en si los cuidados para la bebe con síndrome de Down con el fin de favorecer su bienestar y calidad de vida igual que cualquier niño. Los cuidados de enfermería se le trabajaron en base a la TEORIA DE KATHERYN E. BARNARD “MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO”

Se le trabajo a varios DX NANDA, priorizados con el modelo área, se trabaja el DX NANDA déficit de conocimiento donde se le brindo educación padres y hermanos sobre que es Síndrome de Down, características físicas, causas, factores de riesgo y los cuidados pertinentes, la importancia de asistir a CYD, obteniéndose resultados según la escala de Likert dado que se encontraban en 1: ningún conocimiento llevando después de la intervención de enfermería a 4: conocimiento sustancial, en los diferentes artículos se puede establecer que los padres son aquella persona importante que requiere conocimiento para así brindarle a sus hijos los cuidados propios que favorezcan el estado de salud y permitan independencia en el transcurso de los años.

El síndrome de Down no es una enfermedad y por tanto no puede curarse. Es una alteración en el equilibrio genético que altera el funcionamiento normal del organismo, ocasionando un desarrollo más lento. Sin embargo, las habilidades y destrezas de vuestro hijo no dependerán únicamente de los factores genéticos, sino también de la estimulación y apoyo que reciba desde su nacimiento. Esta estimulación, que se conoce como atención temprana, es la única terapia que ha demostrado ser efectiva.

El segundo DX NANDA retraso en el crecimiento y desarrollo, se le explico y se demostró a los padres las diferentes actividades de estimulación temprana para favorecer sus músculos y desarrollar su habilidad motora, fortalecer los vínculos afectivos y mejorar sus sentidos/estimular su curiosidad, obteniéndose resultados según la escala de Likert dado que se encontraban en 1: nunca demostrado llevándose después de la intervención a 2: raramente demostrado, en las revisiones la estimulación en lo niños con este síndrome es muy importante en estos primeros años es que se integre plenamente en la familia: la interacción con los padres, los juegos con los hermanos y las

actividades compartidas, ayudarán notablemente a su desarrollo.

Se ha comprobado que los niños estimulados mediante atención temprana tienen un nivel más alto de desarrollo o coeficiente intelectual y que como adultos logran una mayor calidad de vida que aquellos que no han seguido estas actividades.

El DX NANDA déficit de conocimientos y patrón respiratorio ineficaz donde se le brindó educación a los padres sobre cuáles son los medicamentos prescritos, que son cada uno de los medicamentos, la dosis, el obteniéndose resultados según la escala de Likert dado que se encontraban en 1: ningún conocimiento llevando después de la intervención de enfermería a 4: conocimiento sustancial,, en la revisión se muestra que los niños con síndrome de Down poseen unas características físicas (alteraciones morfológicas de las vías respiratorias superiores e inferiores, alteraciones inmunológicas, hipertensión pulmonar, e hipotonía muscular) que los convierten en una población especialmente vulnerable a las infecciones respiratorias, y por lo cual es muy importante que los padres conozcan de estas enfermedades y la importancia del tratamiento prescrito, aclarándole las dudas para que sea dado de la manera correcta.

El último DX NANDA riesgo de infección donde se le brindó educación y se demostró a los padres sobre la importancia del lavado de manos, la técnica correcta, las enfermedades que previenen, los síntomas de infección, obteniéndose resultados según la escala de Likert dado que se encontraban en 1: ningún conocimiento llevando después de la intervención de enfermería a 4: conocimiento sustancial,, en la revisión de la literatura se muestra que todos los niños requieren hábitos saludables que prevengan enfermedades que se producen por no lavarse las manos correctamente como la diarrea, el cólera, trastornos digestivos, fiebre tifoidea y parásitos intestinales.

Se realizan intervenciones enfermeras (NIC) según el modelo de BARNARD la cual se le trabaja a los principios del modelo, los cuales son 4- la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante y el 5- las

actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres, para que la bebé con síndrome de Down tenga una vida plena y llena de posibilidades debemos ayudarla, una acción del profesional de enfermería por medio de la educación sobre que es SD, estimulación temprana, tratamiento prescrito, sin embargo, lo más importante en estos primeros años es que se integre plenamente en la familia: la interacción con los padres, los juegos con los hermanos y las actividades compartidas, ayudarán notablemente a su desarrollo.

CONCLUSIÓN

Los procesos de educación permiten fortalecer a los padres en los cuidados en cuanto a la estimulación, alimentación, higiene, hábitos saludables medidas preventivas para evitar riesgos y así mismo contribuir al buen crecimiento y desarrollo.

La educación por parte de enfermería establece una estrategia de intervención en las familias de los niños con síndrome de Down, donde se tuvieron en cuenta sus necesidades y las orientaciones generales y específicas para el conocimiento de la enfermedad por parte de la familia, lo que favorecerá el proceso de habilidades y preparación para la vida desde el nacimiento para lograr la integración de estos niños a la sociedad.

La mayor parte de la mejoría en la calidad de vida de las personas con síndrome de Down es el resultado del apoyo familiar.

La capacidad de poder adaptarse al medio social a través del apoyo familiar y el acompañamiento del equipo de salud

RECOMENDACIONES

Tratar del niño con síndrome de Down este interactuando continuamente con niños y personas a través de la educación en el colegio, actividades culturales, manualidades para el desarrollo de la destreza física, hacer más sociables y que no vaya a estar apartado de la sociedad.

Sería muy importante continuar con la investigación en esta niña con síndrome de

Down para ver si el proceso de enfermería que impacto tuvo sobre la calidad de vida y el desarrollo del niño tanto físico, emocional y psicológicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bulechek G.; Butcher H. & Dochterman J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier, España. p.136, 650.

Heather Herdman T. (2012-2014). NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier, España. p. 165, 351,355,

Moorheat S.; Johnson M.; Maas L. & Swanson E. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta Edición. Elsevier, España. P 206, 274, 303..

Machín Verdés Maylen, Purón Sopena Esperanza, Castillo Mayedo Juan Antonio. REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCION TEMPRANA EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN CONSIDERANDO LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD. Revista habana ciencia médica 2009 ; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1729-519X2009000100002&lng=es.

Nóbrega Fortes Allyne, de Oliveira Lopes Marcos Venícios. Indicadores positivos de adaptación psicosocial de madres de niños portadores de Síndrome de Down. Revista Cubana Enfermería. 2005 Diciembre, 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-03192005000300009&lng=es.

Astidas A Miriam, Alcaraz L Gloria M. Comunicación de la noticia del nacimiento de un niño o niña con Síndrome de Down: el efecto de una predicción desalentadora. Revista Facultad Nacional Salud. 2011, pag 18-24. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000100003&lng=en.

Pineda Pérez Eloy J, Gutiérrez Baró Elsa. Síndrome de Down: visión y perspectiva desde el contexto familiar en el círculo infantil especial. Revista Cubana Medica General Integral. 2008 Junio; 24(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252008000200006&lng=es.

TORRES G, LUCÍA, & MAIA C, EULALIA. (2009). Percepción de las madres acerca del contenido de la información del diagnóstico de Síndrome de Down. Revista chilena de pediatría, 80(1), 39-47, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000100005&lng=es&tlng=es

Liégio Matão L., Borges de Miranda D., Faria Campos P.H., Pacheco L.P., Martins Pereira P. Atención al accidente cerebro vascular infantil: perspectiva de la neurología pediátrica. Enfermería global. 2011 Abril; 10(22): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200009&lng=es

Sánchez-Caravaca, Juan, y Gil, Isidoro Candel. (2012). Aplicación de Programas de Atención Temprana siguiendo ONU Modelo Educativo. Educar enfermería Revista, 33-48. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602012000100004&lng=en&tlng=es

NAZER H, JULIO, & CIFUENTES O, LUCÍA. (2011). Estudio epidemiológico global del síndrome de Down. Revista chilena de pediatría, 82 (2), 105-112. De http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000200004&lng=es&tlng=es.

Fernández-Alcaraz Camino, Carvajal-Molina Fernando. Citogenética y neurobiológicas Avances en el síndrome de Down. Analítica Psicología; 30 (1): 346-354. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100037&lng=es. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.132231>.

Pineda Pérez Eloy, Pérez Remón Yarima. Musicoterapia aplicada a niños con síndrome de Down. Revista Cubana Pediatría. 2011 Junio; 83(2): 142-148. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0034-75312011000200003&lng=es.

Pineda Pérez Eloy J. La delfinoterapia en niños con síndrome Down atendidos en un círculo infantil especial. Revista Cubana Pediatría, 2008 Diciembre; 80(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0034-75312008000400004&lng=es.

Rodríguez Vernal Yaritza, Martínez Fontanilles Ana María, Álvarez Guerra Odalys María, Socarrás Plutín Armando, Marrero Santos Dagmara. Estrategia para mejorar la calidad de la atención al niño con discapacidad. MEDISAN. 2009 Abril; 13(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1029-30192009000200006&lng=es.

Pineda Pérez Eloy J, Escalona Mariño Silvia. Conocimientos de padres de niños con síndrome de Down sobre trastornos del lenguaje antes y después de una estrategia educativa. Revista Cubana Medica General Integral. 2013 Marzo; 29(1): 54-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252013000100008&lng=es.

Moreno Mora Roberto, Pérez Díaz Carmen. Retardo en el neurodesarrollo en niños de la Habana Vieja. Rev Cubana Medico Gen Integral. 2008 Septiembre; 24(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252008000300012&lng=es.

Álvarez Gómez M.J., Soria Aznar J., Galbe Sánchez-Ventura J.. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. Revista Pediatra Atención Primaria. 2009 Marzo; 11(41): 65-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100005&lng=es

Farkas, Chamarrita. (2007). Comunicación Gestual en la Infancia Temprana: Una Revisión de su Desarrollo, Relación con el Lenguaje e Implicancias de su Intervención. Psykhe (Santiago), 16(2), 107-115. De http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000200009&lng=es&tlng=es

Machín Verdés Maylen, Purón Sopena Esperanza, Castillo Mayedo Juan Antonio. REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCION TEMPRANA EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN CONSIDERANDO LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD. Revista habana ciencia médica. 2009 Marzo; 8(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1729-519X2009000100002&lng=es.

Paul, María A, Cerda, Jaime, Correa, Catalina, & Lizama, Macarena. (2013). ¿Cómo reciben los padres la noticia del diagnóstico de su hijo con síndrome de Down?. Revista médica de Chile, 141(7), 879-886. De http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000700007&lng=es&tlng=es

Stein Backes M.T., Mendonza Sassi R., Flores Soares M.C.. Los factores ambientales y su relación con el bajo peso al nacer en el extremo sur de Brasil. Enfermería. Global. 2010 Febrero; (18). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100006&lng=es

Sepúlveda-Vildósola, Ana Carolina, López-Fuentes, Georgina, López-Aguilar, Enrique, Bautista-Espinosa, Margarita, & Cervantes-Ramos, Lucio Enrique. (2005). ¿Qué tan capaces son los padres de niños con síndrome de Down en el cuidado de infecciones de vías respiratorias altas y la detección de complicaciones?. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 62(6), 443-448, De http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000600007&lng=es&tlng=es

Moraes Castro M, Pereda M, Belo S, Bueno F, Calvelo A, De Los Santos M et al Mortalidad y enfermedades asociadas al síndrome de Down en el primer año de vida: Experiencia de la Policlínica Interdisciplinaria de Atención al Niño con Síndrome de Down del Servicio de Recién Nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Archivo. Pediatrico Uruguay. 2007 Septiembre; 78(3): 204-208. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842007000300003&lng=es.

**EL FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL Y SU INFLUENCIA EN
LA COMPETENCIA OCUPACIONAL DE LOS INDÍGENAS INGA
DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA-NORTE DE
SANTANDER**

Rosa Neleidy Calvo Peñaranda*
Marleiby Lise Monsalve Valbuena**
Esp. Yeidy Bohorquez Botello***
Phd. Marco Freddy Jaimes Laguado****.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con la población Indígena Inga gracias al convenio con la Secretaria de Salud dependencia de la Alcaldía de San José de Cúcuta, comunidad que presenta problemáticas en el funcionamiento ocupacional y en la competencia ocupacional, debido a su residencia en zona urbana a causa de factores como el desplazamiento forzado y/o superación personal, donde el funcionamiento ocupacional es fundamental. Inicialmente se realizó el acercamiento a la población, se aplicó el consentimiento informado, arrojando resultados en un muestreo de 90 indígenas entre las edades de 15 a 75 años, posteriormente se procedió a evaluarlos en los tres componentes: volición, habituación y capacidad de desempeño, en sí mismo y en su mismo ambiente con la Auto Evaluación Ocupacional (Osa), Seguidamente se aplicó el plan de acción a través de actividades con propósito encaminadas a favorecer la competencia ocupacional en cada uno componentes del desempeño del funcionamiento ocupacional, lo cual se concluye a través de la observación falencias en la ejecución de la competencia ocupacional de los ingas en zona urbana de esta ciudad

PALABRAS CLAVE:

Funcionamiento Ocupacional, Competencia Ocupacional, Indígenas, volición, habituación y capacidad de desempeño.

ABSTRACT

The present investigation realized with the population Indígena Inga thanks to the agreement with the Secretariat of Health dependence of the Mayoralty of Cúcuta's San Jose, Community that he presents problematic in the occupational functioning and in the occupational competition, Due to his residence in urban zone because of factors like the forced displacement and / or personal overcoming, where the occupational functioning is fundamental. Initially the approximation was realized to the population, the informed assent was applied, throwing proved in a sampling of 90 aborigens between the ages from 15 to 75 years, later they were proceded to evaluate in three components: Volición, habituación and capacity of performance, In yes same and in the same environment with the Auto Occupational Evaluation (Osa), Immediately afterwards the action plan was applied across activities by intention directed when the occupational competition favored in each one components of the occupational performance, Which concludes across the observation failings in the execution of the occupational competition of the ingas in urban zone of this city.

KEYWORDS:

Occupational functioning, Occupational Competition, Aborigens Inga, volición, habituación and capacity of performance.

INTRODUCCIÓN

Según Gary Kielhofner, el Funcionamiento Ocupacional nace de la Ocupación que es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.

Es por ello que a través del funcionamiento ocupacional se analizan aspectos importantes del ser humano a través de la volición, habituación y ejecución, dando así un resultado que le permite desarrollar Competencias Ocupacionales que le favorezcan sus habilidades y destrezas en la ejecución del Desempeño Ocupacional.

Por consiguiente el presente trabajo de investigación se realizó con el fin de analizar la influencia del Funcionamiento Ocupacional en la Competencia Ocupacional de la población Indígena Inga de la ciudad de Cúcuta.

Contando con la Secretaria de Salud dependencia de la Alcaldía de la ciudad de Cúcuta, así mismo con la presencia de 90 indígenas pertenecientes a la etnia inga. Mencionada investigación se ejecutó proporcionado el interés por evidenciar, analizar y favorecer la competencia ocupacional de la población Ingana. Al mismo tiempo innovar en campos de acción profesional mediante el estudio de investigación favoreciendo nuestros conocimientos acerca del abordaje que se aplica desde terapia ocupacional en el ámbito de Desarrollo Social en comunidades vulnerables étnicas, basados en teorías de Rehabilitación Basada en Comunidad, Funcionamiento Ocupacional y Competencia Ocupacional.

Según Gary Kielhofner La Competencia Ocupacional es el grado en el cual uno sostiene un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional. Por lo tanto, mientras la identidad ocupacional tiene que ver con el significado subjetivo de la propia vida ocupacional, la competencia tiene que ver con colocar esa identidad en acción en forma continua. (M.O.H. 4ta Ed.).

En relación a lo anterior se toma como base a nuestra investigación el modelo de la ocupación

humana de Gary Kielhofner, Terapia Ocupacional Sin Fronteras y la Willard & Spackman, donde se retoman aspectos apreciables para el proceso de intervención y análisis de las variables, apoyando el abordaje de terapia ocupacional.

Igualmente para el proceso de valoración de la población objeto de estudio del proyecto se utilizó el instrumento: Auto Evaluación Ocupacional (Osa): el cual permite evaluar la percepción de sujeto en cuanto al funcionamiento ocupacional, la competencia ocupacional y su ambiente, el permite a las terapeutas ocupacionales evaluar sistémicamente como es el desempeño del funcionamiento ocupacional frente a sus propias expectativas personales y a su vez percibe el ambiente en que a diario vive, dicho instrumento arrojo datos que facilitan la interpretación del análisis de los posibles factores que influyen en el funcionamiento ocupacional y en la competencia ocupacional, cumpliendo fundamentalmente una metodología cuantitativa, ya que el instrumento utilizado en el proceso de valoración nos daba resultados numéricos arrojando deducciones que debían ser recolectados y redactados de manera descriptiva, el diseño era descriptivo, exploratorio debido que la población no había sido intervenida antes por terapia ocupacional a nivel local, de corte longitudinal puesto que para poder dar inicio al proceso de valoración se debió aplicar consentimientos informados e instrumentos de valoración que se ejecutaban al inicio y al finalizar del estudio investigativo.

Una vez obtenidos los resultados se elabora el plan de acción FUYCOENING a través de actividades terapéuticas encaminadas a Favorecer la competencia ocupacional en el cual se trabajan aspectos de los componentes de: volición en el que se retoma los valores, interés, exploración dentro del área ocupacional. Habituación destacando la exploración e identificación de los roles y la participación satisfactoria en cada uno de ellos, las rutinas y hábitos en la vida diaria. Habilidades de comunicación e interacción trabajo en la comunicación no verbal, expresión verbal conversación y relaciones interpersonales facilitando el área social y familiar con el fin de favorecer la participación ocupacional de la población objeto por todo con el fin de favorecer

el funcionamiento ocupacional y su competencia ocupacional.

Para Terapia Ocupacional fue de gran importancia realizar un estudio donde se abarco este tipo de comunidades , partiendo que desde hace mucho tiempo atrás se ha venido tratando la importancia del desempeño ocupacional significativo y Transcultural debido que es el alma de la intervención, entendida la ocupación significativa como “el cruce de caminos entre las necesidades, el potencial y el espíritu de la persona, por lo tanto se hace hincapié en que la terapia ocupacional es una profesión filosóficamente holista y humanista. (Simó Algado & Burgman, 2006, Pág. 252). De acuerdo a lo descrito anteriormente, el presente proyecto de investigación buscaba abordar y analizar el Funcionamiento Ocupacional y su Influencia en la Competencia Ocupacional de los Indígenas Inga del Municipio de Cúcuta Norte de Santander.

Los Indígenas Ingas son Natales del Putumayo, descendientes de los Incas Peruanos, los cuales dentro de sus resguardos se dedicaban a las artesanías, la pesca, caza y a crear insumos a base de plantas medicinales, pero debido a factores externos como: actividades de explotación de petróleo permitidas por el Estado, el desplazamiento forzado que es generado por conflictos de grupos al margen de la ley o por destitución de tierras para cultivos ilícitos y otras con aportes positivos como son el buscar superación a través del estudio, llevan a la población indígena a abandonar sus tierras ancestrales, estas diferencias de ambientes y estilos de vida llevan a un cambio en la ejecución de las rutinas que ya se encontraban establecidas en esta comunidad acordes a su cultura y etnia.

Con llevándolos a formar nuevos patrones de rutinas en cuanto al desarrollo de actividades que no están acorde a su cultura. Alterando su funcionamiento ocupacional porqué eran de su gusto e intereses, partiendo de que, en el medio en que vivían se podían desplazar libremente por montañas, situación que se vio afectada en la ciudad en la cual les toco empezar a adaptarse al medio de transporte urbano, otro aspecto fue su vestido, en su habitad usaban su ropa típica la cual recibe el nombre: Chumbe, Pache, Baita, Cusma, Tapisayo Y Tapacarra, siendo esta para

clima frio y al adaptarse a un clima caliente cambio su manera de vestir . El uso de lengua natal Ingana la cual se fue perdiendo porque solo los adultos mayores Ingas son los que la manejan, ya los jóvenes no la usan. Todos los aspectos anteriormente mencionados y muchos más han hecho que sus rutinas cambien de una manera radical, porque una manera su funcionamiento ocupacional debía dar respuesta adaptativas para responder a la competencia ocupacional que se estaba generando en esta comunidad al ingresar al mundo urbano , la comunidad indígena empezaron a realizar actividades administrativas, de oficina, oficios domésticos, oficios de albañilería entre otros, debido que son tareas jamás realizadas dentro de su cultura étnica, viéndose afectada la competencia ocupacional la cual está limitada, puesto que así estas actividades generen buena remuneración y así ellos puedan mantener estilos de vida satisfactorios muchos de ellos no las ejecutan por no ser actividades propias de su etnia ya que las destrezas y habilidades requieren de mayor esfuerzo, interacción.

Era importante para esta investigación analizar cómo era el Funcionamiento Ocupacional y su Influencia en la Competencia Ocupacional de los indígenas Ingas de Cúcuta Norte de Santander, el cual se realizó mediante la aplicación de instrumentos innatos de terapia ocupacional, al ser este tipo de población de etnia indígena y residentes en la zona urbana de esta ciudad.

Al tener que salir de su habitad, se altera el desarrollo de su Funcionamiento Ocupacional debido a las necesidades y carencias que deben afrontar, al no poder cumplir con actividades de pesca, casería, artesanía y fabricación de medicinas a base de plantas naturales realizadas en sus propias cabildos ancestrales, estas actividades son las que les permiten ser competentes dentro de la ciudad, sin embargo la búsqueda de superación permitiéndoles desarrollar actividades nuevas como las educacionales, productivas y de ocio / tiempo libre, teniendo en cuenta que el Funcionamiento Ocupacional inicia cambios e influye directamente sobre la ejecución de la Competencia Ocupacional, puesto que los roles son constituidos por hábitos y rutinas los cuales no son realizados de la misma manera por el cambio de contexto y las diferentes actividades

como las artesanales son poco ejecutadas por la pérdida de interés y costumbre, las tareas llevadas a un fin las realizan para poder cumplir con sus estilos de vida saludables en cuanto a la alimentación, vestido, autocuidado son los más importantes, acordes a la vida de una ciudad también se destaca que sus tradiciones en su vestuario no son las mismas a las de los resguardos, en la ciudad se visten y cubren sus cuerpos con ropa adecuada para la zona urbana.

La comunidad Inga: es la tercera comunidad indígena con mayor población después de los Paeces y los wayuu y una de sus particularidades es que son urbanos y se encuentran asentados en el Municipio de San José de Cúcuta en los siguientes barrios: La Unión, San Martín, Bogotá, Aguas Calientes, los límites, Nueva Esperanza, Santa Teresita, 28 de Febrero, Antonia Santos, Olivos, Coralinas, Sabana Verde, Los Alpes, Rudesindo Soto, Gaitán, y Buenos Aires, entre otros. Esta comunidad cuenta con una población de 72 familias, conformando unas 310 personas aproximadamente, no tienen un territorio propio o cabildo, ni se encuentran agrupados geográficamente, (MAGALI ALBA NIÑO, 2012). Teniéndose en cuenta que al encontrarse estas comunidades indígenas en especial la comunidad Inga fuera de su territorio ancestral, se ve afectado la ejecución de muchas de sus actividades como el poder trabajar sus artesanías, (azabaches, bolsos, ruanas, collares etc.), preparación de medicinas a base de insumos naturales, cultivos de papa, yuca entre otros, son muchas de las tareas diarias que no pueden ser realizadas debido al cambio de contexto lo que limita la Competencia ocupacional debido a que muchas de sus costumbres no pueden ser llevadas a cabo acorde a sus intereses e identidad ocupacional.

Debido a la vivencia en tierras selváticas o serranías el desarrollo del Funcionamiento Ocupacional de los indígenas es casi siempre dirigido a actividades artesanales, agrícolas o ganadería, pesca, la influencia de este Funcionamiento Ocupacional en la Competencia Ocupacional, está en que varias generaciones de familia siguen los mismos trabajos en sus vidas pero cuentan con la remuneración de sus trabajos, lo que les permite mejorar sus vidas.

También se conocen como Los Kamtsa, de origen polinésico viven en el Valle de Sibundoy, son famosos tejedores de sus capisayos y chumbes; se adornan con abundantes y multicolores collares y conocen bien el secreto del yagé.

Otro aspecto limitante en su competencia ocupacional es que en muchos casos deben realizar actividades que no ejecutaban dentro de su cultura indígena, como es la construcción, lo que para ellos ISBN 1692-7427 resulta de difícil adaptación: porque hablar en términos de desempeño estas personas no cumplen con todos sus intereses, al analizar la comunidad se identificó que la mayoría de ellos tienen más de 30 años de vivir en el casco urbano de los cuales muchos han nacido en la ciudad y ya están adaptados a la ciudad pero al igual el progreso para su etnia Inga no es el más positivo, por el contrario se han perdido tradiciones artesanales, alterando su convivencia social si realizan actividades diferentes pero se cree que de esta manera puede ir perdiéndose la tradición la cultura indígena ya que sus actividades dentro de los resguardos son solo enfocadas a las artesanías, caza y pesca.

Indígenas

Se habla de indígenas acerca de aquellas comunidades conformadas por sujetos con un tipo de cultura, costumbres, religión, raza, estilos de vida diferentes propias a las que desarrollan las personas que viven, que de alguna manera hacen parte de una zona urbana o de ciudad, este tipo de población crece, se desarrolla en contextos en los cuales cumplen rutinas, hábitos establecidos por ellos mismos, teniendo en cuenta que allí también rigen sus propias normas, estos individuos desarrollan habilidades y destrezas que no desarrolla una persona de ciudad, sus diferentes roles son basados en actividades de agricultura, pesca, artesanías lo que permite el desarrollo del estilo de vida en que se desempeñan a diario.

Desplazamiento forzado

Es el acto de violencia generado por el conflicto armado interno en un país, en este caso hablamos de Colombia, es el desborde de permanentes inconvenientes que desencadenan afectando directamente y de manera desproporcionada la vida de los sujetos o comunidades indígenas, haciendo hincapié que

esta grave situación contra la humanidad cada día genera más desplazamiento, cambios de estilos de vida, marginalización extrema y la degradación del medio ambiente en los territorios indígenas. Factores como los cultivos ilícitos han dado paso a que estas poblaciones tengan que abandonar sus tierras debido a que los grupos armados al margen de la ley, toman propiedad de ellas excluyendo a estas personas a peores condiciones de vida y aun sometimiento de extrema violencia, ya que no solo son sacados de allí, sino que también son víctimas de múltiples actos de violencia, vulnerando sus derechos y deberes como seres pertenecientes a una sociedad de un Estado Social de Derecho.

Comunidad

Conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas o que tienen los mismos intereses.

Cabildo

Es la institución que rige al pueblo inga, con un gobernador con calidad de jefe máximo. Estas instituciones buscan encontrar soluciones al problema de las tierras y definir posesiones conjuntas frente a organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.

Funcionamiento Ocupacional

Es aquella acción que requiere de la ejecución de varios patrones a nivel Sensoriomotor, cognitivo y psicosocial, reflejando así respuestas adaptativas ante el adecuado desempeño ocupacional de una persona en un contexto determinado.

Competencia Ocupacional

Es aquella función que determina como los sujetos se desenvuelven ante la realización de una actividad determinada, teniendo en cuenta sus intereses personales y su nivel de ejecución ante las mismas, así mismo es la manera de mostrarse ante el mundo que los rodea acorde a sus habilidades y destrezas en relación al desempeño de las diferentes tareas de la vida diaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el desarrollo de nuestro proyecto investigación se selecciona un Enfoque de Investigación Cuantitativo ya que se realiza para describir nuevas situaciones, acontecimientos o conceptos y examinar relaciones entre variables,

(Burns & Grove, 2012). Para esta investigación se utilizará el instrumento de Autoevaluación Ocupacional (OSA) el cual evalúa la percepción del cliente acerca de su Competencia Ocupacional, el ambiente y su Funcionamiento Ocupacional; permitiendo así evaluar con una calificación numérica de 1 a 4 siendo cuatro la de mayor porcentaje. Por consiguiente el instrumento de evaluación nos arroja información de tipo cuantitativo y a su vez determinar la relación existente entre la variable independiente y la variable dependiente.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación denominada “el Funcionamiento Ocupacional y su Influencia Ocupacional de los Indígenas Inga del Municipio de San José de Cúcuta” se retomó un diseño de investigación no experimental, ya que el Funcionamiento Ocupacional es un proceso cambiante y subjetivo por lo tanto no puede ser manipulado ni controlado por las investigadoras.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Un primer Tipo de Investigación seleccionado para este estudio es Descriptivo cuyo objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría Polit Hungler, (2000); De acuerdo con la definición del autor citado, el proyecto se referencia bajo éste tipo de estudio porque se tiene como objetivo analizar la influencia del Funcionamiento Ocupacional en la Competencia Ocupacional de los indígenas Inga y con base al resultado de los procesos evaluativos se diseña un Plan de acción desde el enfoque de Terapia Ocupacional minimizando lo disfuncional de la competencia ocupacional de la población objeto de estudio.

En un segundo Tipo de estudio seleccionado es el Exploratorio, el cual se implementa cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes, o bien si deseamos indagar sobre temas o áreas desde nuevas perspectivas, (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2007).

Con respecto a lo citado, el presente proyecto investigativo se soporta en dicho tipo, debido a que el objetivo planteado a investigar no ha sido abordado antes y por ende no se obtiene información bibliográfica en cuanto al Funcionamiento Ocupacional y Competencia Ocupacional en indígenas, también al no encontrarse referencias de estudios relacionados con la aplicación del Instrumento de Autoevaluación Ocupacional (OSA) desde el enfoque de Terapia Ocupacional a nivel internacional, nacional, regional y local.

CORTE DE LA INVESTIGACIÓN

Se selecciona para esta investigación un Corte Longitudinal, teniendo en cuenta que durante la investigación la toma de datos se recolecta en más de una ocasión Given (1990). Se tiene en cuenta este tipo de corte, porque a la población objeto de estudio se le recolectarán datos como el diligenciar un Consentimiento Informado al inicio de la investigación y posteriormente deberán responder el Instrumento de Autoevaluación Ocupacional (OSA).

Por lo tanto cabe señalar que la población inmersa a nuestro proyecto de investigación es tomada de los 300 Indígenas de la comunidad Inga, la muestra de nuestro proyecto será tomada de 100 Indígenas Inga entre adolescentes, jóvenes y adultos Inganos acentuados en el Municipio de San José de Cúcuta-Norte de Santander, los cuales se encuentran entre las edades de 15 a 75 años.

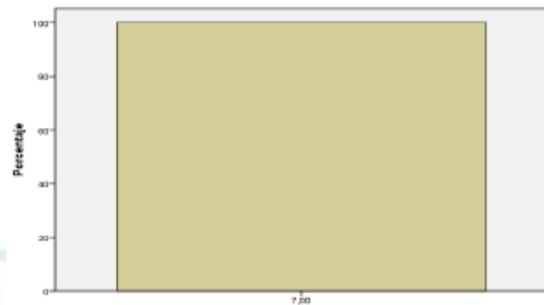
RESULTADOS Y DISCUSION

	Sujetos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	36	40,0	40,0	40,0
2,00	54	60,0	60,0	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Tabla 1: Monsalve M y Calvo R, 2015.

En la tabla se muestra la participación de la población Inga en edad productiva según el género, en la cual se observa que el 60,0% de la población es de género femenino quienes son de mayor prevalencia en el proceso de investigación, igualmente el 40,0 % de la población pertenece al género masculino

evidenciando poca participación de este género dentro del proceso de investigación debido a que son menos prevalentes.



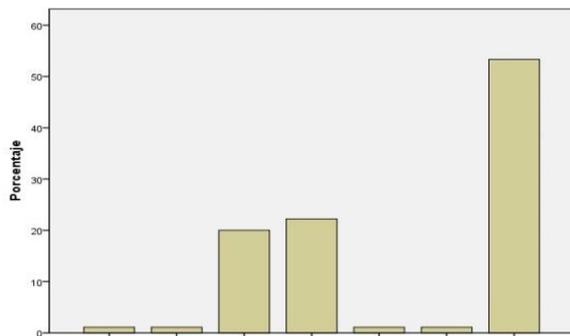
Grafica 1: Monsalve M y Calvo R, 2015

La grafica 1 muestra que el 100 % de la población son Ingas y pertenecen al cabildo Indígena de los Ingas de Cúcuta Norte de Santander, muestras que se tomó para poder realizar el estudio de investigación por parte de las Terapeutas Ocupacionales en formación para analizar el Funcionamiento ocupacional y su Influencia en la Competencia Ocupacional de esta comunidad.

	Sujetos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	1,1	1,1	1,1
2,00	29	32,2	32,2	33,3
3,00	55	61,1	61,1	94,4
4,00	2	2,2	2,2	96,7
8,00	1	1,1	1,1	97,8
9,00	2	2,2	2,2	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Tabla 2: Monsalve M y Calvo R, 2015

En la tabla 2 muestra que el 61,1 % de la población inga en el desarrollo de sus competencias ocupacionales a nivel académico realizando estudios de bachillerato, el 32,2 % solo pudieron completar hasta lo estudios de básica primaria y el 1,1% solo alcanzaron a realizar estudios técnicos, lo que resulta como desventaja para la comunidad Inga debido a que las altas demandas en la ciudad requieren y exigen estándares de estudios superiores para poder acceder a un puesto laboral bien remunerado, siendo así un limitantes para ellos debido a la carencia de estudios académicos.



Grafica 2: Monsalve M y Calvo R, 2015

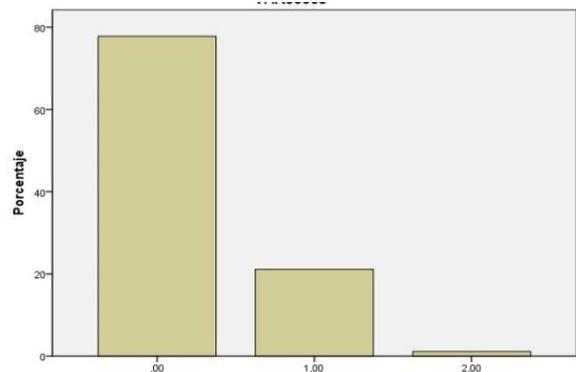
La grafica 2 muestra que el 53,3 % de la población Inga en edad productiva son independientes en sus desempeños funcionales ocupacionales, hay participación activa en roles productivos que son desarrollados con base a su cultura, el 20,0 % de la población son estudiantes de bachillerato en los diferentes colegios de las comunas a las que pertenecen y el 22,2% son amas de casa y sus labores son de rutinas diarias enfocadas al cuidado y organización del hogar, cuidado de los hijos y las demás demandas que requiere esta labor.

	Sujetos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	11	12,2	12,2	12,2
3,00	61	67,8	67,8	80,0
4,00	18	20,0	20,0	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Tabla 3: Monsalve M y Calvo R, 2015

Teniendo como base una muestra de 90 sujetos, en el ítem “Concentrarme En Mis Tareas”, en términos de eficacia personal, el 67, 8 % de la población asumen que en la realización de sus actividades las hacen bien y si se concentran en sus tareas diarias, sin embargo el 20,0 % responden que lo hacen sumamente bien es decir al momento de ejecutar sus actividades, sus actitudes frente a las tareas ocupacionales son óptimas, y el 12,2 % presentan dificultad para la realización de las actividades, Observándose un notorio conformismo debido a que el desarrollo de su funcionamiento ocupacional no es altamente visto con expectativas de mayor éxito lo que resulta un limitante para poder cumplir con una total competencia ocupacional frente a sus demás demandas socio-culturales, por lo tanto no buscan oportunidades que den mejores estilos de vida a ellos y sus familias

encontrándose un faltante en el sentido de eficacia frente al Funcionamiento Ocupacional de la población.



Grafica 3: Monsalve M y Calvo R, 2015

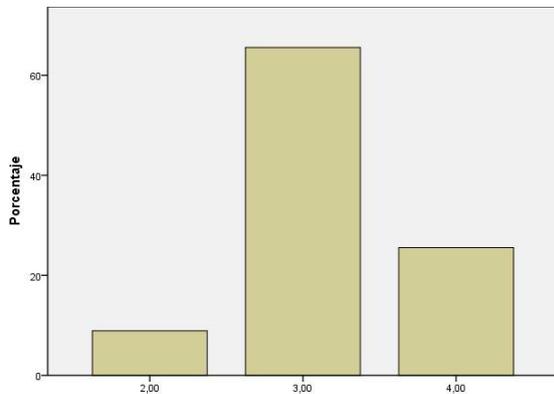
La grafica 3 muestra que él 77,8 % de la población inga en el desarrollo de sus competencias ocupacionales a nivel académico no han obtenido ningún título académico aprobado, el 21,1 % obtuvieron el título de bachiller y el 1,1% alcanzaron a obtener título de técnicos, lo que resulta como desventaja para la comunidad Inga debido a que las altas demandas en la ciudad requieren y exige de estándares de estudios superiores para poder acceder a un puesto laboral bien remunerado, siendo así un limitantes para ellos debido a la carencia de estudios. Académicos.

	Sujetos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	1	1,1	1,1	1,1
3,00	61	67,8	67,8	68,9
4,00	28	31,1	31,1	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Tabla 4: Monsalve M y Calvo R, 2015

En la tabla 4 del ítem “Usar Con Eficacia Mis Habilidades” Teniendo como base una muestra de 90 haciendo hincapié al uso eficaz de las habilidades y que es parte del funcionamiento ocupacional y de igual manera dan seguimiento al cumplimiento de la competencia ocupacional de ellos como seres sociales el 67, 8 % afirman que si hacen bien estas rutinas sin embargo el 31,1 % responden hacerlo sumamente bien, el 1,1 % presentan dificultad para cumplir con eficacia esta rutina debido a que no todos le dan esa importancia al cuidado del hogar, por lo tanto a través de la observación se aprecia que

hay una buena ejecución de actividades con eficacia acorde a las habilidades de lucha, por parte de faltando cumplir con expectativas de éxito y así dar mejor desempeño ocupacional como para que su funcionamiento ocupacional, la competencia ocupacional y participación social en cualquier contexto sea favorable.



Grafica 4: Monsalve M y Calvo R, 2015

En la gráfica 4 del ítem “Cuidar De Otros De Quienes Soy Responsable” Teniendo como base una muestra de 90 sujetos y haciendo hincapié, a las actividades de funcionamiento ocupacional respectivas a los cuidados de los hijos, personas adultas o con algún tipo de discapacidad o limitación para valerse por sí mismas el 65,6 % afirman que estas actividades las realizan bien, sin embargo el 25,6 % responden hacerlo sumamente bien, el 8,9% presentan dificultad por lo tanto a través de la observación se aprecia que si hay un buen cuidado a los hijos, debido a la situación económica poco solvente, la mal nutrición a los niños es visible en algunas familias y es un resultante bastante notorio en la ejecución de competencia ocupacional en los padres debido a que por sus hijos deberían ser más activos y cumplir con más expectativas de éxito y así cubrir las necesidades básicas de alimentación.

DISCUSIÓN

El objetivo de nuestra investigación ha sido analizar el funcionamiento ocupacional y su influencia en la competencia ocupacional de los indígenas Inga, investigación realizada en el Municipio de San José de Cúcuta (Norte de Santander, Colombia). Teniendo en cuenta la población en edad productiva se encuentra entre 15 a 75 años, se determinó a través de los resultados arrojados por los instrumentos de

valoración Auto Evaluación Ocupacional Osa que aunque los ingas residen en la zona urbana hace varios años ellos aún siguen en proceso de adaptación y en la búsqueda de ocupaciones significativas. Esto se evidencia en el hecho de afrontar con positivismo los nuevos retos y demandas que requiere para establecerse en un nuevo ambiente. Con base en las entrevistas y observaciones realizadas se pudo determinar que 68,7 % de la población acepta responsabilidades que pueden ser mantenidas al realizar una actividad usando sus propias estrategias, como aceptar tareas que no superen sus habilidades con el fin de lograr satisfacción personal, ampliando y desarrollando sus capacidades, tratan de afrontar nuevos desafíos reconstruyendo una competencia ocupacional al ejecutar diferentes roles dentro de la sociedad y dando un significado al quehacer, así como lo hacían en su pasado.

Lo anterior se refuerza con los resultados de la investigación realizada por Salvador Simó Algado el cual fue llevado a cabo con población indígena Maya, que fueron desterrados de su tierra natal Guatemala debido al desplazamiento forzado que los mantuvo aislados de sus tierras ancestrales por 14 años en el país de México, el cual el terapeuta ocupacional a través de su intervención logro ejecutar talleres productivos con población joven y mujeres indígenas.

Igualmente Con adultos mayores el trabajo fue basado en todo lo relacionado a la cosmovisión de indígenas Mayas manteniendo la importancia de su experiencia en los ritos que ejercían dentro de sus resguardos, se encuentra relación con el proyecto investigativo debido a que se realizaron actividades productivas que favorecieron su rol productivo promoviendo así sus habilidades y destrezas como población indígena característicamente artesana, además de las diferentes estrategias terapéuticas que se aplicaron favoreciendo la volición, habituación y las habilidades de capacidad de desempeño entre la misma comunidad dando uso a la lengua materna inga y sus destrezas artesanales.

Así mismo a medida que los contextos cambian de igual forma las ocupaciones se van adaptando, reestructurando el quehacer de las personas de acuerdo a las demandas ambientales y creando a su vez nuevas identidades y competencias ocupacionales que les hacen más

eficientes en esos nuevos contextos (Kielhofner, 2001). De lo anterior se establece la relación entre el entorno y la adaptación que debieron afrontar los indígenas al tener que vivir en zona urbana y así mismo poder cumplir con su funcionamiento ocupacional diario, para mantener un mínimo de competencia ocupacional en la vida activa de la ciudad y así mejorar sus estilos de vida.

Igualmente se observa que el 68,7 % de la población Ingana residente en la Ciudad de Cúcuta al establecer vida en la zona urbana asume fuertes cambios a nivel de varios contextos lo que se convierte en un reto para ellos poder cumplir con el Funcionamiento ocupacional de manera eficaz, de la misma manera poder mantener el grado de participación en cuanto a diversas actividades que requieren de grados de competencia ocupacional que les faciliten su desempeño funcional sin ningún contratiempo.

En ese sentido Clark, Wood & Larson (1991), citado por Kielhofner (2011) establecen que El Ser Humano como Ser Ocupacional lo definen, mediante la perspectiva que concibe que el ser humano es un ser ocupacional y se articula alrededor de tres aspectos volitivo, habituación y capacidad de desempeño los cuales deben mantener un patrón de funcionalidad y equilibrio para poder dar seguimiento a desempeños funcionales competentes.

Por otra parte en la percepción de competencia ocupacional se observó que un 68,7% de la población es influenciada por otros roles de forma positiva, cumpliendo con las expectativas de sus roles estableciendo un equilibrio entre cada rol ejecutado e identificando aquellos de mayor prioridad y bienestar personal, ya que deben cumplir con su actividad laboral y a su vez compartir con su familia. Finalmente se determinó que las actividades ejecutadas en el plan de acción favorecieron el desempeño del funcionamiento ocupacional y la competencia ocupacional mediante actividades de participación ocupacional, productivas y de interacción, en la cual facilita las habilidades y destrezas en los Inganos cabe resaltar que las actividades se basaron en el modelo de la ocupación humana con el fin de lograr en la población aumentar sus expectativas personales

de éxitos y así mejorar estilos de vida dentro de su propia comunidad.

CONCLUSIONES

Se logra evaluar la población Inga del Municipio de Cúcuta a través del instrumento Auto Evaluación Ocupacional Osa, donde se observó falencias y desinterés en el desempeño del funcionamiento ocupacional y por ende la competencia ocupacional por actividades no ejecutadas por su etnia cultural indígena. Por consiguiente se realizó valoración a los adolescentes, jóvenes y adultos ingas de la ciudad de Cúcuta logrando determinar cómo influye el funcionamiento ocupacional en la competencia ocupacional de la población indígena Ingana.

Se analizan los resultados obtenidos del instrumento Auto Evaluación Ocupacional Osa donde se demuestran falencias en el desarrollo actividades funcionales ocupacionales, se evidencian dificultades en el área de volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, las cuales están restringiendo el desempeño del funcionamiento ocupacional y de la competencia ocupacional activa de la comunidad Ingana.

Se elabora el plan de acción “FUYCOENING” a través de actividades terapéuticas y de actividades artesanales donde se observó al finalizar las diferentes actividades que se aumentó la participación ocupacional en la mayoría de la población evidenciándose motivación para la realización de diferentes actividades, permitiendo mantener sus roles, así mismo promover mejores relaciones interpersonales, la expresión verbal, conversación, competencia ocupacional en el desempeño funcional de actividades de rutina diaria.

Se elabora el producto final para la alcaldía del municipio de San José de Cúcuta, lugar en el cual se llevó a cabo el trabajo de investigación y para la Comunidad Indígena Inga tomándose en cuenta solo la población muestra de estudio manejada e igualmente se hace entrega de una cartilla que facilita la ejecución organizacional de la Fundación para el buen vivir ingano “Fusaka” el cual se encuentra en proceso ejecutivo. Se diseña artículo para la universidad

como producto final donde abarca la importancia y lo relevante que deja dicha investigación durante el proceso de ser ejecutado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. Polonia, B.; Durante, P.; Naba, B.; (2001).

Congreso de la república de Colombia. Ley 949 de 2005. Normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente. Bogotá, D. C. Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/pdf/ley949.pdf>
Resolución 8430 de 1993. por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.
www.unisabana.edu.co/fileadmin/...de.../Res_8430_1993_-_Salud.pdf.

Kielhofner, G (2002), A model of human occupation: Theory and application (3rd ed.). Baltimore: Williams & wilkins. Ministerio de la protección social. (2009). Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado. Colombia. 7-8.

Kielhofner, G (2011) modelo de la ocupación humana teoría y aplicación, 4 edición Buenos aires argentina Editorial Medica panamericana.

Kielhofner, G. (2008). Model of human occupation: Theory and application, 4a Ed.

Terminología Uniforme de Terapia Ocupacional. Begoña Polonio López Conceptos fundamentales de terapia ocupacional, capítulo 9, editorial medico panamericana.

Willard & Spackman, (2011), Terapia Ocupacional 11ª ed., editorial medico panamericana. Kielhorner. (2011).

Willard & Spackman. Terapia ocupacional. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. PP. 448-449.

MANEJO DEL TIEMPO LIBRE: ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR MENTAL EN ESCOLARES.

Suárez Escudero Lina Mabel.*

Flórez Isabel**

Norberto García.***

RESUMEN:

El presente análisis de investigación es de tipo descriptivo, de estrategia metodológica transversal. Donde busca obtener información objetiva de lo logrado con el proceso de valoración de enfermería por dominios NANDA en el paciente, las cuales son analizadas desde el sistema conceptual teórico empírico de enfermería. En donde su objetivo redonda el promover el manejo del tiempo libre: actividades recreativas y de ocio para el bienestar mental en los escolares a través del Proceso de Atención en Enfermería desde la teoría de la Marea, Phil Barker. El nivel de participación en actividades recreativas y de ocio de los escolares del Mega Colegio Bicentenario de la ciudad de Cúcuta es muy bajo, lo que preocupa que esta situación favorezca la oportunidad para que los jóvenes se impliquen en comportamientos de riesgo y adopten hábitos de vida poco saludables. La ocupación del tiempo libre de los escolares pone de manifiesto el auge de las actividades físico-deportivas de recreación que sustituye la primacía de los deportes de gran tradición deportiva, con la excepción del fútbol que continúa siendo el más practicado. Las actividades físico-deportivas elegidas en la población escolar tienen resultados similares en función de la sexo: siendo el fútbol el más seleccionado por los niños, seguido del baloncesto elegido por las niñas.

PALABRAS CLAVES. Manejo del tiempo libre, actividades recreativas, ocio.

ABSTRACT

The present research analysis is of a descriptive type, with a transversal methodological strategy. Where seeks to obtain objective information of what has been achieved with the nursing assessment process by NANDA domains in the patient, which are analyzed from the conceptual empirical nursing conceptual system. In Phil Barker, Phil Barker, in turn rounding, promote the management of leisure time: recreational and leisure activities for mental well-being. The level of participation in recreational and leisure activities of the students of the Mega Bicentennial College of the city of Cúcuta is very low, which worries that this situation favors the opportunity for young people to involve risk behaviors and adopt little life habits. healthy The occupation of the time the free practice of the trade the boom of the physical-sport activities of recreation that substitutes the primacy of the sports of great sport tradition, with the exception of the soccer that continues being the most practical. The physical and sports activities chosen in the school population have similar results in the function of sex: the most selected football by children, followed by the basketball chosen by the girls.

KEYWORDS: Free time management, recreation, leisure.

INTRODUCCIÓN

El presente informe describe el Proceso de Atención en Enfermería de la asignatura Bienestar Mental.

En primer lugar se realizó el reconocimiento de la institución educativa: Mega Colegio Bicentenario de la Universidad de Pamplona, identificando todas las instalaciones y así mismo los cursos asignados por los docentes para la práctica. Se establecieron actividades para cada equipo de trabajo como la búsqueda de información sobre la Población total de la institución, distribución de la población por sexo y edades, número de cursos y datos de morbilidad estudiantil.

En segundo lugar se determinan los comportamientos relacionados con el bienestar de la salud mental a través de la aplicación del instrumento de valoración y los diagnósticos priorizados de Salud mental del curso asignado. Luego se seleccionaron las estrategias de intervención en forma concertada con la comunidad educativa bajo la premisa del crecimiento y desarrollo de cuidados humanitarios, haciendo reuniones con los integrantes de la comunidad educativa y posteriormente la formulación del plan de acción apoyado con la Teoría de Phil Barker. Seguidamente se ejecutaron las intervenciones educativas en respuesta a las necesidades al grupo.

Por último se realizaron actividades tales como la entrega de folletos sobre las actividades que fortalecen el bienestar mental en el colegio a todos los docentes y líderes de la institución.

OBJETIVO GENERAL.

Promover el manejo del tiempo libre: actividades recreativas y de ocio para el bienestar mental en los escolares a través del Proceso de Atención en Enfermería desde la teoría de la Marea, Phil Barker.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Realizar la revisión bibliográfica a cerca de Manejo del tiempo libre. Actividades

recreativas, de ocio y la Teoría de la Marea, Phil Barker.

Valorar al grupo de estudiantes del curso 4to.01 del Mega Colegio Bicentenario a través de la Taxonomía NANDA, determinando lo comportamientos relacionados con el bienestar de la salud mental.

Determinar los diagnósticos en salud mental al grupo asignado según la taxonomía NANDA teniendo en cuenta los datos obtenidos en la valoración.

Planear las intervenciones de enfermería enfocadas en el bienestar mental correspondientes a los diagnóstico priorizado en el modelo área desde la Teoría del Phil Barker.

Ejecutar las intervenciones de enfermería por medio de las ayudas educativas con la posterior evaluación de los escolares del grado 4to.01.

MARCO TEÓRICO

BASES TEORICAS

El Manejo del tiempo libre debe posibilitar el ejercicio de la voluntad y la libertad, permitir el desarrollo de nuestra autonomía dando paso a nuestra expresión personal, haciendo lo que nos gusta, aquello en lo que encontramos sentido.

El modelo de sociedad en que vivimos nos ha alejado definitivamente, de una relación natural del hombre con las cosas. La sociedad industrial nos ha impuesto un programa de trabajo cada vez más apretado que muchas veces no tiene ningún significado para la persona que lo está realizando. En este tipo de sociedad que ahora nos amenaza con la escasez del trabajo, obliga muchas veces a las personas a ocuparse en aquello que no les gusta. El aprovechamiento del tiempo libre como tiempo liberador cobra un sentido trascendental, que educadores y padres de familia no podemos estar ajenos.

El término “tiempo libre” es una expresión relativamente reciente. Su aparición está unida a una época y a unos países de industrialización avanzada. Se relaciona con la pérdida del “tiempo natural”, sustituido por el tiempo del

reloj y la realización de trabajos con los que difícilmente llega a identificarse la persona.

En general podemos decir que tiempo libre, son aquellos períodos de la vida humana en los cuales. El individuo se siente libre. Libre en su doble aspecto de “libre de” y “libre para”. Esto nos permite identificar el tiempo libre como aquel en que actuamos por nuestra propia voluntad, por nuestros impulsos y según nuestros deseos e inclinaciones. De ahí que el tiempo libre pasa a ser en muchas ocasiones, tiempo privado, opuesto al tiempo en servicio de los otros, propio del trabajo.

Entonces, ¿se opone el tiempo libre al trabajo?. Conviene precisar que eso sólo sería correcto en el caso del trabajo no voluntario. El tiempo libre no excluye en ningún caso actividad o esfuerzo libremente realizado, ese es precisamente el sentido en que debe entenderse el estar “libre para” algo.

Y precisamente, cuando se está libre para algo, comienza el sentido de la palabra OCIO, íntimamente relacionada con el aprovechamiento del tiempo libre. La palabra OCIO, surge con los griegos en el siglo IV A.C.; para ellos el ocio era un estado del individuo en el que la actividad realizada no servía para satisfacer una necesidad material, sirio que tenía sentido en sí misma, es decir le permitía al hombre entablar relaciones con las cuestiones últimas e importantes de la existencia humana y con su propia trascendencia.

La sociedad industrial le da un cambio negativo al significado de la palabra ocio relacionándola con vagancia. Sin embargo, hoy día parece imponerse una reflexión sobre este concepto, con la intención de devolverle su significado primitivo y de esta manera se pretende que el tiempo libre se ocupe con una actividad creadora de valores.

Las actividades recreativas ayudan a la integración de los individuos a un grupo, y proporcionan oportunidades para el reconocimiento, la respuesta y nuevas experiencias. A su vez, crean una atmósfera agradable, aumentan la participación, facilita la comunicación, fijan algunas normas grupales y desarrollan la capacidad de conducción.

El ocio surge cuando se realizan las actividades satisfactorias y gratificantes que posibilita el tiempo liberado, de forma libre, decididas por uno mismo y gestionada autónomamente (Cuenca 2000).

El ocio nos sirve como descanso y nos libera de la fatiga y el desgaste tanto físico como nervioso. Esta recuperación de equilibrio natural es más necesaria para las personas que llevan una vida cotidiana de mayor tensión.

La diversión libera del aburrimiento y ofrece un rompimiento con la rutina cotidiana, llena de normas y privaciones.

Finalmente el ocio como desarrollo de la personalidad, guarda una cierta relación con la liberación del automatismo de la vida diaria, permite situar al individuo en una actitud más activa, a la vez participativa y desinteresada. Dada la importancia que tiene la utilización del tiempo libre para una buena salud mental y un desarrollo adecuado de la personalidad, la Ley 115 General de Educación, artículo 5º párrafo establece como uno de los fines de la educación “la educación para el tiempo libre”.

Marín y otros (2007) consideran que para hacer una correcta Gestión del Tiempo hay que tener en cuenta diversos factores:

Factores culturales

Estilos de trabajo, métodos, costumbres, entre otros, que responden a una concepción de la organización muy distanciada de la realidad vigente.

Factores de estructura y dinámica organizacional

Sobre todo los relativos a la mala formulación de objetivos, y la planificación defectuosa con asignaciones de tiempos y medios en general demasiado escasos.

Factores de comunicación

Como los objetivos mal explicados o mal comprendidos, las contradicciones, el desorden informativo, el ruido, etc.

Factores de tarea

Como la indefinición del puesto de trabajo, o la descoordinación entre tarea y puesto.

Factores centrados en los equipos humanos

Como los jefes entrometidos, incoherentes, sin capacidad resolutoria, o los subordinados del mismo tipo, o desmotivados, etc.

Factores de adecuación de la organización a su entorno

Además de estos factores, hay otros personales que influyen en la gestión del tiempo

Factores de personalidad

La personalidad del individuo pueda afectar a la aplicación de las técnicas o métodos de mejora de la gestión del tiempo.

Factores del entorno social

El entorno social influye en la formulación de objetivos personales.

Factores individuales

Las dificultades personales o familiares pueden rebajar las capacidades y rendimientos.

Factores relacionados con el estrés

El estrés provoca falta de concentración, cambios de humor, conflictos personales, entre otros, que no permiten aprovechar adecuadamente el tiempo de trabajo.

MODELO ÁREA



PRIORIZACIÓN:

1. Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas e/p la mayoría de escolares no participa en actividades recreativas y de ocio.

PROBLEMA COLABORATIVO:

Inadecuado manejo del tiempo libre: actividades recreativas y de ocio en escolares.

TEORISTA.

BIOGRAFÍA PHIL BARKER.

Philip Barker Webb (Surrey, 10 de julio de 1793 - París, 31 de agosto de 1854) fue un botánico inglés. Recolectó plantas en Italia, España, Brasil y Portugal, siendo además el primer europeo en recolectar en las montañas de Tetuán (Marruecos). Durante 20 años trabajó en colaboración con Sabin Berthelot, quien había vivido en las islas por algún tiempo, en la elaboración del noveno volumen de "Historia Natural de las Islas Canarias".

Philip Barker Webb nació en Milford House en el seno de una saludable familia aristocrática. Estudió idiomas, botánica, geología en Harrow y en Oxford. En sus múltiples viajes vivió en España, Italia, Portugal, Brasil y Marruecos.

Sin embargo Webb es más conocido por su trabajo en las Islas Canarias: En uno de sus viajes a la expedición de Brasil, Webb planeó hacer una breve visita a las Islas Canarias, pero esta escala se alargaría finalmente por un tiempo considerable. Durante ese tiempo en las islas (entre 1828 y 1830), recolectó especímenes del lugar y colaboró con Sabin Berthelot en la elaboración de la obra enciclopédica "Historia Natural de Canarias" (*L'Histoire Naturelle des Iles Canaries*). El texto llevó 20 años para completarse y contó con la colaboración de otros especialistas, como Justin Pierre Marie Macquart y Alfred Moquin-Tandon.

Después de su parada en Canarias regresó a Brasil. El herbario de Webb fue llevado al museo de Historia Natural de Florencia, Italia.

EL MODELO DE LA MAREA EN LA RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL (PHIL BARKER):

LA BASE ES EL AGUA

Metáfora

LA VIDA ES UN VIAJE REALIZADO EN UN OCEANO DE EXPERIENCIA.

Todo ser humano viaja a lo largo de la vida, en este viaje tenemos momentos críticos, donde

sufrimos tempestades, entonces el barco puede empezar a hacer agua y entonces la persona tiene que enfrentar esto para no ahogarse o estrellarse en la roca.

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación en salud mental. No es un método de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental. El modelo de la marea es una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles. La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber, y Barker invita a las enfermeras a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre.

Una característica clave de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas. Desarrolló un interés por el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera paciente definida por Peplau.

El modelo de la marea es un grupo de 10 compromisos que son la brújula metafórica para el profesional. La experiencia del distrés mental siempre se describe en términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar, para representar los aspectos conocidos del distrés humano. El agua es “la metáfora central de la experiencia vivida de la persona...y el sistema de cuidados que se automodela la persona con la ayuda de la enfermera” (Barker, 2000).

La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano, incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad, comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo de experiencias. En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir

tempestades o piratería. El barco puede empezar a hacer agua, y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse en su distrés o estrellarse entre las rocas. Es como si hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana. Es como si hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben.

Todas las personas en estas circunstancias necesitan, en primer lugar, un refugio seguro, de forma que puedan retirarse para empezar el trabajo de reparación necesario en el barco de sus vidas. Cuando se han acostumbrado de nuevo al movimiento del barco y han recuperado su confianza para volver a navegar en el océano de su experiencia, las personas tienen que empezar la completa y desafiante tarea de trazar el mapa de sus recuperaciones. Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil.

Tempestades es una metáfora para los problemas de la vida; *piratería* evoca la experiencia de una violación o asalto del yo que puede producir un distrés grave. Muchos usuarios describen la naturaleza arrolladora de la experiencia del distrés como algo parecido a ahogarse y, con frecuencia, acaba en un naufragio metafórico en las costas de una unidad psiquiátrica de pacientes agudos. Un rescate psiquiátrico adecuado debe parecerse a un salvavidas, y debería llevar a la persona a un puerto seguro donde pueda realizarse el trabajo de reparación humana necesario.

El modelo de la marea destaca la importancia central de: desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo, establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria y la búsqueda de soluciones, resolución de problemas y promoción de la salud mental a través de intervenciones narrativas.

PARA LANZARSE A NADAR Y EMPEZAR EL PROCESO DE COMPROMISO TENEMOS QUE CREER QUE:

- La naturaleza total del ser humano está representada por el plano físico, emocional, intelectual, social y espiritual.
- La recuperación es posible.
- El cambio es inevitable; nada es duradero.
- En última instancia, las personas saben qué es lo mejor para ellas.
- Las personas poseen todos los recursos que necesitan para empezar el viaje de recuperación.
- La persona es el profesor, y nosotros, los ayudantes, los alumnos.
- Tenemos que ser creativamente curiosos, aprender qué debe hacerse para ayudar a la persona ahora.

PRINCIPIOS:

Curiosidad: la persona es la autoridad principal en el mundo de su vida.

Recursos: centrarse y trabajar con los recursos de la persona: recursos individuales, recursos en la red interpersonal y social.

Crisis como oportunidad: señal natural de que debe hacerse algo; oportunidad para cambiar, tomar una nueva dirección en la vida, revisar la vida.

No pensar demasiado: los objetivos iniciales son pequeños y específicos (frente al punto final del proceso del cuidado).

Elegancia: la intervención más simple posible para que los cambios necesarios arranquen (frente a intervenciones muy complejas, a múltiples niveles).

BASES TEÓRICAS

1. El principal objetivo terapéutico en el cuidado de la salud mental está en la comunidad. Al final, el objetivo del cuidado de la salud mental es devolver a las personas a ese océano de experiencia para que puedan continuar en su viaje de vida.

2. El cambio es un proceso constante, continuo. Uno de los principales objetivos de las intervenciones utilizadas en el modelo es ayudar a las personas a desarrollar una concienciación de los pequeños cambios que, en última instancia, tendrán un gran efecto en sus vidas.

3. La delegación de poder está en el centro del proceso de cuidar. Las enfermeras ayudan a identificar cómo hacerse responsables de sus vidas, y de todas sus experiencias relacionadas.

4. La enfermera y la persona están unidas (aunque de forma transitoria) igual que los bailarines en un baile. Esto tiene implicaciones no sólo sobre lo que sucede en la relación, sino también por el tipo de apoyo que las enfermeras pueden necesitar de otros para mantener la integridad del proceso asistencial.

PERSONA EN TRES DIMENSIONES

El mundo, el yo y los demás:

La dimensión del mundo se centra en la necesidad de las personas de ser comprendidas y de tener validadas sus percepciones. Se realiza una valoración centrada en la experiencia de la persona, que ofrece la oportunidad de conocer los problemas o necesidades actuales de ésta. Así sabemos qué recursos en la vida de la persona ayudarán a resolver problemas o cubrir las necesidades y qué necesidades deben cubrirse para que se produzca un cambio.

La dimensión del yo se centra en la necesidad de la persona de seguridad emocional y física. Una valoración estudia esta necesidad de seguridad, y se traduce en un plan que identifica el apoyo necesario para garantizar la seguridad personal y disminuir el riesgo de daño al yo o a los demás.

La dimensión de los demás estudia el tipo de apoyo y los servicios que la persona necesita para vivir una vida normal.

El equipo de trabajo interdisciplinario destaca en esta dimensión, ya que se incluyen intervenciones específicas médicas, sociales o psicológicas, al igual que elementos necesarios para la vida diaria: economía, vivienda y otros determinantes de la salud. La familia, los amigos y otros seres importantes también ocupan un lugar en esta dimensión.

CONCLUSIONES

El nivel de participación en actividades recreativas y de ocio de los escolares del Mega Colegio Bicentenario de la ciudad de Cúcuta es muy bajo, lo que preocupa que esta situación favorezca la oportunidad para que los jóvenes se

impliquen en comportamientos de riesgo y adopten hábitos de vida poco saludables.

La ocupación del tiempo libre de los escolares pone de manifiesto el auge de las actividades físico-deportivas de recreación que sustituye la primacía de los deportes de gran tradición deportiva, con la excepción del fútbol que continúa siendo el más practicado.

Las actividades físico-deportivas elegidas en la población escolar tienen resultados similares en función de la sexo: siendo el fútbol el más seleccionado por los niños, seguido del baloncesto elegido por las niñas.

De forma general, son las niñas las que presentan porcentajes inferiores de práctica en relación a los niños, aunque la tendencia general de la población escolar se ve reforzada por la regularidad de la práctica deportiva en la institución educativa, siendo importante el proceso de socialización en la influencia de los valores y normas adquiridos por dicha población.

RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar en el proceso de atención de enfermería el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender ya que es una guía para el camino de la identificación de factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Lalonde, M.A. (1974) 'A new perspective on the health of the Canadians'. Office of the Canadian. Minister of National Health and Welfare.

Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6° Edición, 2006 Ed. Elsevier, España.

Organización mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud (2000). Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo N° 6 Documento de trabajo. Ginebra (Suiza).

Organización Mundial de la Salud. (1986) 'Carta Ottawa sobre promoción de la salud' (1986). Ginebra: Organización Mundial de la salud.

Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional de Yakarta, Op clt. p.ag, 2, 3.

Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud y Equidad. Washington, DC: OPS; 1992. (Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá).

Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1.WHQ Geneva, 1986

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed.

Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002

Pender NJ, Yang KP. Promotion physical activity J Nurs Res 2002;10(1):57-64.

CONTROL PRENATAL LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICPIO DE PAMPLONA

Esp. Jennifer Katherine Fernández Rey*
Esp. Adriana Manuela Navarro Medina**
Esp. María Lola Lara Fuentes***
Esp. Yeraldin Estefanía Rivera Durán****

RESUMEN

El presente trabajo tiene como fin determinar el control prenatal la morbimortalidad materna y perinatal de la institución prestadora de servicio de salud del municipio de Pamplona, municipios y veredas cercanas, en donde mediante una metodología mixta, la población objeto de estudio correspondiente a 332 mujeres embarazadas que asisten a los controles natales, comprenden edades de 15 a 25 años pertenecientes a los regímenes de salud pública subsidiada; encontrando que la mortalidad materna es un problema de salud pública en el cual se ha progresado poco últimamente y se comparan los esfuerzos realizados en esta materia, en donde se desarrollo como procedimiento para la recolección de la información, la evaluación de los sujetos por medio de una entrevista semiestructurada dirigida a las madres gestantes, igualmente se copilo información por medio de una lista de chequeo referente al proceso de control prenatal con la documentación existente en la entidad, posteriormente el análisis de los datos se utilizó estadísticas cuantitativas y descriptivas de variables sociodemográficas, concluyendo así que la edad mediana de las mujeres que se realizan y no se realizan los controles están para ambos alrededor de 21 años, los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta CAP (conocimiento, actitudes y practica) aplicada a 332 sujetos evidenciando que las comparaciones que se establecieron mediante el cálculo de diferencias y relaciones variadas, parciales analizando el OD (Ods Radio) de cada una de las comparaciones se ha determinando la existencia de Asociación entre las variables incluidas por medio del intervalo de confianza con un IC 95%, y la así la reducción de la mortalidad materna sigue planteando importantes desafíos desde el punto de vista de la salud, la ética y la equidad de género, dado que las mujeres siguen muriendo innecesariamente por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

PALABRAS CLAVES: morbilidad, materna, controles prenatales, embarazo, mortalidad

ABSTRACT

The present work has as purpose to determine the prenatal control the maternal and perinatal morbidity and mortality of the institution providing health service of the municipality of Pamplona, municipalities and nearby paths, where by means of a mixed methodology, the population object of study corresponding to 332 pregnant women who attend birth controls, comprise ages of 15 to 25 years belonging to subsidized public health regimes; finding that maternal mortality is a public health problem in which little progress has been made recently and the efforts made in this area are compared, where a procedure for the collection of information was developed, the evaluation of the subjects by means of a semi-structured interview aimed at expectant mothers, information was also copied by means of a checklist referring to the prenatal control process with the existing documentation in the entity, later the analysis of the data was used quantitative and descriptive statistics of sociodemographic variables, concluding that the median age of women who perform and controls are not performed are for both around 21 years, the results obtained by applying the CAP survey (knowledge, attitudes and practice) applied to 332 subjects evidencing that the comparisons that were established by calculating dif Different and partial relationships and relationships analyzing the OD (Ods Radio) of each one of the comparisons has determined the existence of Association between the variables included by means of the confidence interval with a 95% CI, and thus the reduction of mortality Maternal health continues to pose major challenges from the point of view of health, ethics and gender equity, as women continue to die unnecessarily from causes related to pregnancy and childbirth.

KEY WORDS: morbidity, maternal, prenatal controls, pregnancy, mortality

INTRODUCCION

La mortalidad materna es un problema de salud pública en el cual se ha progresado poco últimamente, si se compara con los esfuerzos realizados en materia de reducción de la mortalidad por otras causas. Muchos otros indicadores de salud, como la tasa de fecundidad total y la tasa de natalidad bruta, han descendido mucho en los 2 últimos decenios, pero las tasas y las razones de mortalidad materna han permanecido estacionarias. Las causas tienen sus raíces en la inadecuación de muchas intervenciones concebidas para mejorar la salud materna, y en la falta de poder de decisión de las mujeres.

En particular, hay una conexión clara entre la clase social baja y el riesgo de enfermedad y muerte materna. Por consiguiente, la incidencia de muerte materna está directamente relacionada con los derechos de la mujer y con las comunidades en que viven.

En este sentido, se han diseñado multitud de iniciativas para intentar paliar las diferencias entre países, que justifican la vulnerabilidad de la mujer, y con ello su probabilidad de muerte derivada de la maternidad. Asimismo, se acepta por parte de todos que salvar la vida de las madres es un objetivo crucial para el desarrollo social y económico de un país. En los últimos años, el tema ha sido objeto de mayor atención y se le ha asignado la máxima prioridad, especialmente después de 1987, en que se emprendió en Nairobi (Kenia) la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo.

La inclusión de esta intención de la reducción de la mortalidad materna en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio también evidencia el compromiso mundial respecto a este tema. De todas maneras, cabe decir que si bien se ha incrementado nuestro conocimiento sobre la manera de prevenir y evitar esa tragedia, la mortalidad y/o las discapacidades maternas siguen constituyendo serios problemas en casi todo el mundo, cuyas tasas han disminuido poco.

La reducción de la mortalidad materna sigue planteando importantes desafíos desde el punto de vista de la salud, la ética y la equidad de género, dado que las mujeres siguen muriendo

innecesariamente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Estas muertes evitables y, por consiguiente, injustas, reflejan la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios básicos de salud. Además, su educación y su participación en la toma de decisiones son escasas, lo que también determina la salud materna. Sin embargo, una maternidad sin riesgo no puede lograrse sólo mejorando los servicios de atención de salud materna. También hay que involucrar a las propias mujeres, a sus familias y a las comunidades en general para que sean activas participantes en la búsqueda de soluciones y en el propio control del progreso.

En la Declaración del Milenio se añade además: «El mayor desafío que enfrentamos en el siglo XXI es lograr que cada ser humano del planeta goce de una vida larga, saludable y gratificante, sin pobreza, y plena de oportunidades para participar en las actividades de su comunidad. La alta incidencia de mortalidad materna en la mayor parte del Tercer Mundo es el resultado de una falta negligencia) de salud reproductiva de la mujer, así como de una serie de intervenciones inefectivas».

METODOLOGIA

Diseño de investigación Mixta, en donde la población objeto de estudio corresponde a las 332 mujeres embarazadas que asisten a los controles natales de la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona. Entre las edades de 15 a 25 años pertenecientes a los regímenes de salud de la ciudad de Pamplona; municipios y veredas cercanas.

PROCEDIMIENTO

La evaluación de los sujetos se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada dirigida a las madres gestantes – de la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona, igualmente se copilo información por medio de una lista de chequeo referente al proceso de control prenatal con la documentación existente en la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona.

ESTADÍSTICA

Para el análisis de los datos se utilizó estadísticas descriptivas de variables demográficas, aplicando la entrevista semiestructurada dirigida a las madres gestantes y en la recopilación de información que se encuentra archivada en la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona.

RESULTADOS

Para la realización del estudio de control prenatal la morbilidad materna y perinatal de la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona, Se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada dirigida a las 332 mujeres embarazadas que asisten a los controles pre natales de la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona. Entre las edades de 15 a 25 años pertenecientes a los regímenes de salud de la ciudad de Pamplona; municipios y veredas cercanas.

Distribución de las mujeres encuestadas según el estado civil, afiliación al SGSSS, municipios

Estado Civil	FR	%
Soltera	269	81,0
Casada	11	3,3
Unión Libre	52	15,7
Total	332	100%
Sistema General De Seguridad Social En Salud	FR	%
Contributivo	100	30,1
Subsidiado	229	69,0
Vinculado	3	,9
Total	332	100%
Municipios	FR	%
Silos	64	19,3
Chitaga	58	17,5
Toledo	32	9,6
Mutiscua	21	6,3
Pamplona	70	21,1
La laguna	11	3,3
Cacota	76	22,9
Total	332	100%

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta CAP (conocimiento, actitudes y practica) aplicada a 332 sujetos de la institución prestadora de servicios de salud del municipio de Pamplona escogidas aleatoriamente para el estudio fueron analizados mediante la comparación en cada una de las variables estudiadas por medio del análisis de frecuencia y porcentajes. Las comparaciones se establecieron

mediante el cálculo de diferencias y relaciones variadas, parciales analizando el OD (Ods Radio) de cada una de las comparaciones y determinando la existencia de Asociación entre las variables incluidas por medio del intervalo de confianza (IC 95%).

Según el análisis realizado para determinar la prevalencia de la toma de del control natal. En las gestantes se puede determinar que de las 332 sujetos encuestadas un (51.8%) se realizan el control mientras que un (48.2%) no se la realizan.

Tabla. Prevalencia de la realización del control natal.

PREVALENCIA DE LA REALIZACION DEL CONTROL NATAL.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos 332	Si	172	51,8
	No	160	48,2
	Total	332	100,0

Se observa igualmente la distribución de las sujetos analizadas según 3 aspectos sociodemográficos del estado civil, SGSSS, ciudad a la que pertenece de lo cual se puede concluir que la mayor parte de los sujetos encuestados se encuentran en control (81%); aproximadamente el (15.7%) esporádicamente y regularmente (3.3%).

El 99,1 % de los sujetos encuestados pertenecen o están dentro del Sistema General de Seguridad social en Salud mediante la afiliación al régimen Subsidiado en un 69% y al contributivo en un 33,1%, sin embargo el 0,9 % no se encuentran afiliadas al sistema.

Lo que se podría interpretar de las cifras anteriores es que para este estudio se contó con sujetos de pamplona y municipios cercanos, aunque con no la cantidad que se esperaba, se logró integrar la diversidad de mujeres que pertenecen al control prenatal con la cual cuenta la HUEM Pamplona.

A su vez se puede deducir que la Edad mediana de las mujeres que no asisten al control esta para ambos alrededor de 21 años, pero la distribución de los datos nos muestra que el 50% central es mayor en las mujeres que se realizan. Se puede deducir según el diagrama de cajas es que a mayor edad más responsabilidad para el control natal, y por ende los costos de efectividad a la

hora de realizar estos procesos será mejor y con un costo más adecuado.

Por otro lado el (62.0%) de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente acerca del examen; el (38%) manifestaron asociarlo a otro tipo de examen, lo que significa que más del 50% saben que es el control natal. En cuanto a los conocimientos que tienen sobre el sitio de la toma del examen se puede afirmar que el (33.7%), saben cuál es el sitio de realización de la prueba en contraste con un (53.0%) que menciona abdomen como el sitio de realización de la prueba, mientras que un (13.0%), manifiestan no saber.

Tabla. Distribución por frecuencia de las mujeres encuestadas según el conocimiento que tienen sobre el examen.

CONOCIMIENTO DE LOS CONTOLES PRENATALES		
	FR	%
Examen medico	109	32,8
Examen	2	,6
Examen de SALUD FETO	206	62,0
No sabe	15	4,5
Total	332	100,0
SITIO DE TOMA DEL CONTROL NATAL		
Abdomen	112	33,7
Bajo	176	53,0
Medio	1	,3
No Se	43	13,0
Total	332	100,0
FINALIDAD DEL CONTROL		
Detectar el buen desarrollo	213	64,2
Para saber si hay una alteración fetal	81	24,4
Para saber si hay una problema feto-madre	18	5,4
No sabe	20	6,0
Total	332	100,0
FRECUENCIA CON LA QUE SE REALIZA EL CONTROL.		
Cada trimestre	6	1,8
Cada 20 DIAS	134	40,4
Mensual	126	38,0
Cada seis meses	54	16,3
No sabe	12	3,6
Total	332	100,0

En cuanto a la finalidad de del control natal, las encuestadas en un (64.2%), coinciden en afirmar que la finalidad de es el cuidado del normal crecimiento del feto, un (24.4%) dicen que la finalidad es para saber si hay alguna alteración, comparado con el (6.05) que opinan que es para saber si hay un problema feto-madre.

Los conocimientos correctos de las encuestadas con respecto a la frecuencia con la que se debe

realizar los controles natales son menores del 50% lo que significa hay una información errónea y desconocimiento por parte de las encuestadas acerca del control natal, la cual puede ser reforzada por ser un estado cognitivo que puede ser visto como una oportunidad para reforzar nuevos conocimientos.

Se logró reflejar la actitud de las encuestadas frente a la realización del control natal se puede deducir que la mitad que corresponde al 50% han solicitado realizar el control, mientras que el 50% restante no.

El (98,5%) de las mujeres que participaron del estudio consideran importante realizar el control lo que significa que este grupo de mujeres dan gran importancia a la prueba de ta.mizaje pero aun asi no se la realizan comparado con los resultados de la variable solicitud de la prueba en los ultimos años.

El dato relevante obtenido durante la realizacion de esta investigaciones que el 97%de las participantes desean recibir informacion sobre los controles natales y su realizacion lo que puede ser visto como un a oportunidad para realizar futuras intervenciones sobre el grupo estudiado y por tal razón observar que los costos bajan y son mas operativos a la hora de tener buenos procesos de mejora en los controles natales.

Posteriormente al proceso de comparación o asociación entre 2 variables se pudo obtener que en cuanto al bloque de aspectos sociodemográficos, estado civil, Afiliación al Sistema General de Seguridad social es salud no se encontraron asociaciones significativas con respecto al control lo que demuestra en este estudio que el estado civil, y la afiliación al sistema general de Seguridad social es salud no son factores que influyen para que las mujeres se realizan los controles.

DISCUSION.

Según el estudio realizado podemos deducir que pertenecer a cualquiera de municipios, no influye en la realización de control más esto puede tener una contradicción de los municipios por que el transporte de ellas a la HUEM puede ser traumática y costosa, según lo demuestra los resultados obtenidos ya que en los intervalos de

confianza del 95% no se encontró ninguna asociación significativa de HUEM a hora de los controles.

Al establecer la relación entre el conocimiento de las encuestadas con los aspectos socio demográficos, se observa que la población afiliada al régimen subsidiado tiene mayor probabilidad de realizarse los controles en contraste con las vinculadas (SGSSS) que tienen menor probabilidad de tenerlos.

De otro lado con respecto a la práctica de los controles, existe mayor probabilidad de que a mayor edad, más se realizan los controles como lo demuestra la gráfica N 1. También se puede concluir que se presenta el mayor porcentaje en el que las mujeres se realizan estos controles cuando tienen mayor edad.

Con respecto al conocimiento sobre los controles natales, se tomó como referencia para su análisis comparativo, estudios llevados a cabo en Colombia, Argentina, Perú, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Se evidenció la necesidad de fortalecer programas de promoción y prevención en los municipios, además de explorar aquellas barreras que impidan aumentar la cobertura en la toma de exámenes de salud a los fetos y su madre. Se resalta que aunque se tiene conocimientos de los controles, la mayoría de ellas la hacen de forma adecuada según las recomendaciones médicas actuales.

Comparada con los resultados de este estudio enfocados en la prevalencia de la realización de controles se puede indicar que al igual que el estudio realizado por Guevara y Cols (2008), la prevalencia de la realización es baja considerando que a pesar de los esfuerzos realizados por las políticas Colombianas por aumentar la cobertura de estos controles han sido pocos los avances, considerando en particular para este estudio que las mujeres encuestadas tienen un grado de medio-bajo y provienen de los alrededores de la ciudad lo que lleva a tener muchos procesos de desconocimiento de los factores que pueden afectar a los fetos y sus madres.

León y Restrepo (2009), en donde se obtuvo como resultado donde los hallazgos sobre la

realización de los controles de 49,5% de conocimiento adecuado y realización, En el estudio llevado a cabo por el ministerio de salud que, utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2005, se encontró que el 98,8% de las mujeres conocen que es el control natal, sin embargo no se discrimina si el conocimiento es adecuado o no.

En este estudio si es claro afirmar que el 3,7% sabe dónde se realizan los controles un 53.0% demuestra un error al pensar sobre los controles natales, obteniendo resultados similares de la investigación donde se obtuvo que las mujeres peruanas, expresaron que el 37,3% tenían conocimiento de los controles. En contraste con estos resultados; en el estudio llevado a cabo en Lima, Perú por Bazán, Posso y Gutiérrez,(2009), las mujeres mostraron una actitud favorable sobre el interés por conocer más sobre los controles, el 98,5% de las mujeres del actual estudio consideraron que estaban interesadas en tener mayores conocimientos sobre dichos controles para el mejoramiento de los cuidados natales por parte de las madres y por tal razón para institución bajan los costos ya que son más efectivos los controles en cuanto a tiempo y enfermedades obtenidas por un mal control natal. En el estudio peruano el porcentaje fue del 98,4%.

CONCLUSIONES

La asociación entre estado civil, Afiliación al Sistema General de seguridad Social en Salud y la realización de los controles mostro una asociación significativa lo que demuestra que para las mujeres y sus niños las variables anteriormente descritas no son factores que influyen para realizar los controles.

Es una obligación moral de todas las personas que viven en el mundo desarrollado, ayudar a las que les ha tocado vivir en condiciones precarias. Dado que las distintas agencias internacionales (FIGO, OMS, UNFPA, etc.) y los diferentes gobiernos se han comprometido en proyectos para disminuir el drama de la mortalidad materna en el mundo, cada uno, desde su estatus en la sociedad, debe apoyar estas iniciativas.

En el año 2000, los dirigentes mundiales acordaron reducir la mortalidad derivada de la

maternidad en tres cuartas partes para 2015, como parte de los OMD. Supervisar los progresos conseguidos sigue siendo difícil, excepto en los casos en que existe un registro detallado de las muertes, e incluso de sus causas. Por esta razón, utilizar determinados indicadores, como la proporción de mujeres cuyo alumbramiento ha contado con la presencia de un agente obstétrico capacitado, es esencial para supervisar los progresos conseguidos.

La edad mediana de las mujeres que se realizan y no se realizan los controles están para ambos alrededor de 21 años, pero la distribución de los datos nos muestra que el 50% central es mayor en las mujeres que se realizan controles. Se puede deducir según el diagrama de cajas es que a mayor edad más responsables en sus controles natales.

Más del 50% de los datos obtenidos se realizan controles. Sin embargo la razón para la realización de la misma fue por iniciativa propia en un 37.0% y un porcentaje menor por indicación médica.

RECOMENDACIONES

Encaminar dentro de la formación el campo de la salud y reproductiva que se ofrece a las gestantes, haciendo énfasis en la información sobre los controles natales, teniendo en cuenta el interés detectado en las mujeres que hicieron parte de esta investigación, esto lleva a que los costos disminuyan y permitan ser más efectivos los controles y así disminuir la mortalidad.

Realizar nuevas investigaciones que profundicen la afiliación al SGSSS Ya que esta investigación arrojó un dato aunque pequeño en porcentaje, grande en importancia.

Proponer al personal en Salud asistencial del Municipio de Pamplona Norte de Santander el compromiso individual y social del conociendo en salud; como este se refleja en el fomento de prácticas adecuadas en la población y por ende en la cobertura de los programas objeto de las mismas.

Enfatizar en los servicios de salud y en el personal multidisciplinario que labora en dichas instituciones el fomento de la práctica periódica de los controles en sus usuarios y hacer

programas extensivos que vinculen a las entidades logrando abarcar los régimen de salud existentes por la diversidad cultural que conforma la institución.

Indagar con estudios similares en poblaciones estudiantiles en búsqueda de hallazgos que permitan asociaciones estadísticamente significativas para proponer posteriormente intervenciones basadas en resultados estadísticamente confiables.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, se considera conveniente desarrollar una estrategia que conjugue los esfuerzos de los servicios de salud, la academia y la comunidad con la finalidad que se utilicen de manera efectiva los servicios de salud.

El trabajo conjunto a desarrollar debe utilizar la estrategia IEC (información, educación y comunicación), considerada en el plan nacional de salud pública y en el plan territorial de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaya, J y Restrepo S. (2005). *Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo*. Rev. Colomb Obstet Ginecol [online]. 2005, vol. 56, no. 1, p. 59-67. Disponible en Internet: [://www.scielo.org.co/scielo.php](http://www.scielo.org.co/scielo.php).

Atrash HK, Alexander S, Berg C. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstet Gynecol*. 1995; 86: 700-705.

Arillo & Santillan. (2010) *El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical*. *Alternativas de educación médica*. *Salud pública México*. vol. 42, p.34-42..

Bazan, Posso & Gutierrez. (2007). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou*. *An. Fac. med.*, vol. 68, no.1, p. 47-54.

Juneja Y, Goel U, Sood M. Changing trends in maternal mortality over a decade. *Int J Gynaecol Obstet*. 1994; 46(3): 265-269.

COGOLLO Z, CASTILLO I & TORRES B. *Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología*

cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena. Colombia, Op.cit., p. 228.

Castro Hernández, Mónica Genith. *Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta nacional de salud 2007.* Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>

Castaño Sierra, Katherine Lisseth. *Calidad en la atención en el control prenatal en una IPS de Bogotá, D.C.* Recuperado de <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>

Revista de investigación programa de enfermería UDES “cuidarte” ingreso temprano al control prenatal de una unidad materno infantil”. <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/70/Ingreso%20temprano%20al%20control%20prenatal%20en%20una%20unidad%20materno%20infantil.pdf>

Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>

Albán, , Pino, (2006). *Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador*, Rev. Esp.vol.41.

RUIZ & Hernández (2009). *Cáncer cervico uterino, diagnostico, prevención y control.* Editorial Médica Panamericana. Argentina. Pág. 385

Blanco L. Maya J. *Fundamentos de Salud Pública.*, in biblioteca José Martí Medellín, Universidad Simón Bolívar: Barranquilla, p.1-2
GAMARRA C. et al. (2009). *Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas*, Op.cit., p. 273.

Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/cap_acitaciones/hc/08-deteccion.pdf

ALBÁN A., PINO M.(2008). *Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador*, Rev. Esp. ; vol. 41, no. 1: 41-47. Disponible en Internet

World Health Organization/United Nations Children’s Fund Maternal mortality in 2000. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/MNBH/maternal_mortality_2000/index.htm

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción 9.a revisión. Ginebra: OMS, 1997. 6.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Ginebra: OMS, 2002. 7.

Wildman K, Bouvier-Colle MH. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. BJOG. 2004; 111(2): 164-169. 11.

Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. Studies in family planning, 2000, 31:111-23.

Granja A. Adolescent maternal mortality in Mozambique. JAMA. 2001; 28: 303-306.

Kyomuhendo GB. Low use of rural maternity services in Uganda: impact of women’s status, traditional beliefs and limited resources. RHM. 2003; 11(21): 16-26.

Kilpatrick S. Preventability of maternal deaths: comparison between Zambian and American referral hospitals. O&G. 2002; 100(2): 321-326.

National Center for Chronic Disease Prevention

Rubin G, McCarthy B, Shelton J, Rochat RW, Terry J. The risk of childbearing re-evaluated. Am J Public Health. 1981; 71: 712-716.

Speckhard ME, Comas-Urrutia AC, Rigau-Pérez JG, Adamson S K. Intensive surveillance of Pregnancy-related deaths, Puerto Rico, 1978-1979. Bol Asoc Med PR. 1985; 77: 508-513.

Keita N, Hizazy Y, Diallo M. Étude de la mortalité maternelle au CHU de Donka (Conakry, Guinée). J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1989; 18: 849-855.

Lloki H, Okongo D, Ekoundzola J. Les ruptures utérines en milieu africain. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1994; 23: 922-925.

Thonneau P, Goyaux N, Toure B, Barry T, Cantrelle P, Papiernik E, et al. Mortalité maternelle en Guinée: mesure et perspectives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1994; 23: 721-726.

Högberg U, Innala E, Sandstrom A. Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. *Obstet Gynecol.* 1994; 84: 240-244. 45. Beischer N, Mackay E, eds. Mortalidad materna. En: *Obstetricia y ginecología.* Madrid: Interamericana McGraw- Hill, 1988; 110-115.

Cunningham F, McDowald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L. Mortalidad materna. En: *Obstetricia.* Barcelona: Masson S.A., 1996: 4-7. 47. Kaunitz A, Hughes J, Grimes D, Smith J, Rochat R, Kafrisen M. Causes of maternal mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 1985; 65: 605-612.

World Health Organization. Prevention of maternal mortality. Report of a WHO Interregional Meeting. Ginebra, 11-15 de noviembre de 1985. FHE/86.1, 1986.

Maine D, Azakalin MD, Ward VM, Kamara A. The design and evaluation of maternal mortality programmes. Nueva York: Columbia University: Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, 1997.

Acosta A, Bateglia V. Mortalidad materna. En: Cabero L, ed. *Obstetricia y medicina materno-fetal.* Madrid: Panamericana Editores, 2007.

Rooney C. Antenatal care and maternal health: how effective is it? Ginebra: OMS, 1992.

Winikoff B, Carignan C, Bernardik E, Semeraro P. Medical services to save mother's lives: feasible approaches to reducing maternal mortality. Working paper N.o 4. Nueva York: The Population Council, Programs Division, 1991.

Nortman D. Parental age as a factor in pregnancy outcomes. Reports on Population/Family Planning N.o 16. Nueva

Maine D, Akalin M, Ward V, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar. Facultad de Salud Pública. Universidad de Columbia, 1997.

Proportion of births attended by skilled health personnel: 2004 global estimates Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. Disponible: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/data_2004.pdf 71.

Coverage of maternal care: a listing of available information. 4th ed. Ginebra: OMS, 1997.

Rooney C. Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence (WHO/MSM/92.4). Ginebra: OMS, 1992.

Winikoff B. Maternal risk. Paper presented at Berzelius Symposium. Estocolmo, 1991.

Graham W. Every pregnancy faces risk. Presentation at safe motherhood technical consultation in Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

Yuster EA. Rethinking the role of the risk approach and antenatal care in maternal mortality reduction. *Int J Gynecol Obstet.* 1995; 50(2).

Rhodes JE. Removing risk from safe motherhood. *Int J Gynecol Obstet.* 1995; 50(2).

Yuster EA. Rethinking the role of the risk approach and antenatal care in maternal mortality reduction. *Int J Gynecol Obstet.* 1995; 50(2).

A Joint WHO/UNFPA/ UNICEF/World Bank Statement on Reduction of Maternal Mortality, 1999.

Coverage of maternal care: a listing of available information. 4th ed. Ginebra: OMS, 1997.

AbouZahr C. Improve access to quality maternal health services. Presentation at safe motherhood consultation in Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

MEDIDAS DE COMODIDAD QUE BRINDA LA ENFERMERA AL ADULTO CON DETERIORO DE LA AMBULACIÓN.

Gina Lisbeth Garcez Ramírez.*

Yeribeth Galvis**

RESUMEN:

Paciente de género femenino, de 68 años de edad, con antecedentes de hipotensión, hipotiroidismo, hiperlipidemia y osteoporosis. El 3 de Marzo de 2014 sufrió una caída desde su propia altura con fractura de cadera y cabeza de fémur derecho a lo cual se traslada la paciente al servicio de cirugía 3 piso de la IPS UNIPAMPLONA para manejo de reemplazo de cadera derecha, quien es manejada con movilidad prescrita con andador y terapia física para el 20 de Mayo de 2014. Este basado bajo el objetivo de estimar un número de actividades de enfermería dirigidas al sujeto de cuidado que vivencia un proceso de rehabilitación con reemplazo de cadera y manejo de múltiples patologías a través del proceso de atención de enfermería PAE durante las prácticas ambulatorias de cuidado de enfermería en el adulto en control en la IPS UNIPAMPLONA en el primer periodo del año 2014. Con un diseño metodológico de Investigación de tipo descriptivo, con abordaje cualitativo cuyo método es estudio de caso observacional, orientado en la teoría de mediano rango "Teoría del confort" de Katherine Kolcaba. Lo que permitió concluir Esta teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permitió diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorecieron la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente sujeto de cuidado, en al menos tres contextos: físico, social y ambiental siendo uno de los resultados el identificar que se encuentra en otros estudios que con el uso de las variables de intervención de la teoría del confort, hace al sujeto de cuidado una persona inherente al uso de cada una de las acciones planeadas, quien mejora la comodidad con la respectiva aplicación y potencialización de las actividades enseñadas por la enfermera.

PALABRAS CLAVES: hipotensión, comodidad, enfermería, confort, PAE.

ABSTRACT:

Female patient, 68 years old, with a history of hypotension, hypothyroidism, hyperlipidemia and osteoporosis. On March 3, 2014, she suffered a fall from her own height with hip fracture and right femur head, to which the patient was transferred to the 3-floor surgery service of the IPS UNIPAMPLONA for right hip replacement management, which is managed with mobility prescribed with walker and physical therapy for May 20, 2014. It is based on the objective of estimating a number of nursing activities aimed at the subject of care experiencing a process of rehabilitation with hip replacement and management of multiple pathologies to Through the process of nursing care PAE during the ambulatory practices of nursing care in the adult in control in the IPS UNIPAMPLONA in the first period of the year 2014. With a methodological design of a descriptive type of research, with a qualitative approach whose method is study of an observational case, oriented in the medium-range theory "Theory of comfort" by Katharine Kolcaba. What allowed to conclude This theory is applicable to the present case study since it allowed to design the optimal interventions in comfort measures, which favored the satisfaction of the comfort needs of the patient subject of care, in at least three contexts: physical, social and environmentalizing one of the results to identify that is found in other studies that with the use of the variables of intervention of the theory of comfort, makes the subject of care a person inherent in the use of each of the planned actions, who improves the comfort with the respective application and potentialization of the activities taught by the nurse.

KEYWORDS: hypotension, comfort, nursing, comfort, PAE

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería con los años ha dado pasos agigantados que conmemoran el trabajo realizado por el talento humano en enfermería, el cual con su pertinencia y conocimiento científico de cada uno de los temas a tratar dan respuestas y colaboran en el establecimiento de diagnósticos y intervenciones eficaces para la adecuada y satisfactoria recuperación del estado de salud de cada uno de los pacientes.

El apoyo de las teorías de enfermería da asertividad al trabajo de enfermería a desarrollar con cada uno de los problemas colaborativos presentes en los pacientes. El cuidado de enfermería en esta clase de pacientes requiere de una visión de cuidado integral que representa la motivación del paciente y la implicación familiar en el proceso de la enfermedad; este estudio de caso representa el cuidado de enfermería que se brinda al paciente con una depresión e intento suicida relacionado con el afrontamiento ineficaz el cual presenta antecedentes clínicos como: revascularización miocárdica, hipertensión y coleditiasis, el cual requiere de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la cual se identifiquen las necesidades presentes en el paciente teniendo como base los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones de enfermería NIC, los objetivos y resultados de enfermería NOC. Garcez, G. (2013)

Este artículo busca crear un modelo estandarizado del proceso de atención en enfermería en el paciente adulto con rehabilitación de reemplazo de cadera con múltiples patologías, el cual refleje el conocimiento, las destrezas, las habilidades, el conocimiento científico y la pertinencia adquirida por parte del estudiante de enfermería de la Universidad de Pamplona de la asignatura de cuidado de enfermería en el adulto logrando describir las pautas y los cuidados integrales para la paciente. Garcez, G. (2013).

Los diagnósticos de enfermería representan un ámbito de eficacia que se relaciona con las

intervenciones para el afrontamiento del proceso de la enfermedad y así mismo la capacidad de adoptar medidas que proporcionen la recuperación y el mantenimiento del estado de salud adecuado.

El estudio de caso hace parte de una forma de investigar que realiza la recopilación de datos objetivos y subjetivos para lograr describir y generar conocimiento con base en los datos analizados; La presentación de un estudio de caso en enfermería tiene varios fenómenos de conocimiento como lo son la interpretación de los datos adquiridos, la interrelación del caso con una teoría de enfermería, la descripción de los resultados encontrados con referencia al caso estudiado y analizado desde perspectivas teóricas y científicas. Garcez, G. (2013)

La osteoporosis requiere de un trabajo arduo en el cual se establezcan actividades específicas que den un avance importante en la evolución del proceso de restauración física de la paciente para así contribuir a nivel fisiológico a disminuir los signos y síntomas de las patologías de base que presenta la paciente. Garcez, G. (2013).

OBJETIVO GENERAL

Estimar un número de actividades de ejecución en un plan de cuidados para el sujeto de cuidado que vivencia un proceso de rehabilitación con reemplazo de cadera y manejo de múltiples patologías a través del proceso de atención de enfermería PAE durante las prácticas ambulatorias de cuidado de enfermería en el adulto en control en la IPS UNIPAMPLONA en el primer periodo del año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar el proceso de valoración de enfermería por taxonomía NANDA en el paciente adulto con múltiples patologías.

Definir los diagnósticos de enfermería encontrados en el adulto sujeto de cuidado.

Describir los resultados de enfermería en el paciente adulto sujeto de cuidado

Citar las intervenciones de enfermería desarrolladas en el paciente adulto sujeto de cuidado.

Llevar a cabo las actividades de enfermería planteadas en el sujeto adulto de cuidado.
Evaluar los resultados obtenidos al finalizar las intervenciones de enfermería en el adulto valorado.

Correlacionar los hallazgos encontrados en la valoración del sujeto de cuidado con la teoría de mediano rango de Katharina Kolcaba.

MARCO TEORICO

Teoría del confort: Katharine Kolcaba

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES:

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes tales como: pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

Necesidad de cuidados en la salud

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera.

Medidas de confort

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

Variables de intervención

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la

percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, el pronóstico, economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Confort

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia que se definen como:

- **Alivio:** el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.
- **Tranquilidad:** el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
- **Trascendencia:** estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como: Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):
 - **Físico:** perteneciente a las sensaciones corporales.
 - **Psicoespiritual:** perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
 - **Social:** se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

- **Ambiental:** perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada contexto y sentido específico. Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ).

MARCO METODOLOGICO

Paciente de género femenino, de 68 años de edad, con antecedentes de hipotensión, Hipotiroidismo, hiperlipidemia y osteoporosis. Se manejo con tratamiento antiagregante plaquetario junto con analgésicos. Fue estudiada mediante una serie de exámenes de laboratorio : Leucocitos de 4000 mm³, linfocitos de 31,6%, Eosinofilos de 0,5%, hemoglobina de 11,4 gr/dl, hematocrito 32,2%, plaquetas de 268000 mm³, exámenes de química sanguínea del 14 de abril de 2014, glicemia de 72mg/dl, creatinina de 1,8mg/dl, transaminasas ALT 20 u/l , amilasa 83 U/L, bilirrubina total 1,9 mg/dl, Bun 43 mg/dl, colesterol total de 222 mg/dl, colesterol HDL 50,1 mg/dl y colesterol LDL 128,6 mg/dl, triglicéridos 330 mg/dl, acido urico de 7,82 mg/dl y ecografías que evidencio ambos riñones de forma, tamaño y ecoestructura conservada, con buena relación corticosinusal y sin dilatación de los sistemas pielocaliciales, ecografía dentro de los valores normales.

El 3 de Marzo de 2014 ingresó al servicio de urgencias de la IPS UNIPAMPLONA por cuadro clínico de 1 hora de evolución por caída desde su propia altura con fractura de cadera y cabeza de femur derecho a lo cual se traslada la paciente al servicio de cirugía 3 piso de la IPS UNIPAMPLONA para manejo de reemplazo de cadera derecha, se tomó rayos X en cadera pos control. Fue internada en el 4 piso en donde se manejo con ranitidina 50mg iv c/8 horas, metoclopramida 10 mg iv c/8 horas, oxacilina 2 gramos cada 6 horas iv, Dipirona 2,5 gr cada 6 horas durante 7 días en donde fue dada de alta a casa con cita control y recomendaciones de

curaciones diarias y administración de medicamentos de control para su patologías de hipotiroidismo, hipotensión, hiperlipidemia y osteoporosis. Quien se maneja por control con ortopedista y terapia física para el 20 de Mayo de 2014.

Presentación del caso:

NOMBRE: A.C.S.V.

IDENTIFICACIÓN:

EDAD: 68 años

SEXO: Femenino

GRADO DE ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Casado.

RESIDENTE: Cúcuta - Norte de Santander.

RELIGIÓN: Católico.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien fue intervenida quirúrgicamente de reemplazo de cadera derecha, presenta tensiones bajas, mareos en manejo con cafespirina, glucosamida, tiroxina y eritropoyetina. “Estoy en control con el ortopedista en la IPS UNIPAMPLONA, quien me está revisando la recuperación de la cirugía de la cadera”.

AMPLIACION DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, con cuadro clínico de reemplazo de cadera derecha el 6 de Marzo de 2014 en la IPS UNIPAMPLONA quien a su evolución se recupera en casa con cita control el 23 de abril quien ordena terapia física para rehabilitación, quien asiste a control de hipertensión, de hipotiroides y de hiperlipidemia a la medico preventiva desde hace dos años.

ANTECEDENTES

FARMACOLÓGICOS: Tiroxina 100 mg cada día antes del desayuno, cafespirina 500 mg cada noche, glucosamida 1 tableta en la noche, Calcio osteomin D,

QUIRÚRGICOS: Osteosíntesis de cabeza de femur derecho y reemplazo de cadera derecha.

PERSONALES: Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

FAMILIARES: Ninguno.

ALÉRGICOS: Ninguno.

DIAGNOSTICOS: Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

SIGNOS VITALES

T/A: 92/61 mmhg

F/C: 66 por minuto

F/R: 18 por minuto

T°: 36.6

GLASGOW: 15/15

RESULTADOS DE LABORATORIO

Tabla 1. Resultados de laboratorio Hemograma 14 /04/2014

Nombre	Resultado	Valores normales
Glóbulos blancos	4000 por mm ³	4.000-10.000 por mm ³ .
- Linfocitos	31.6 %	25% - 50%
- Monocitos	9,9 %	2% - 10%
- Eosinófilos	0,5%	0- 3%
- Basófilos	0,1	0-150 por mm ³
- Neutrofilos	58.5%	50 – 87%
Glóbulos rojos	3,82 millones c/mL	4.50 – 6,50 millones de células /mL
- Hemoglobina	11,4 gr/dl.	13-17 g/dl.
- Hematocrito	32,2 %	40-54%
- VCM	84 por mm ³	80 - 100 por mm ³
- MCH	29,9 picogramos/célula.	27-32 picogramos/célula.
- MCHC	35,4 G/dl	32-36 G/dl
Plaquetas	268.000 por mL	150.000-500.000 por mL.

Análisis

Paciente con cuadro hemático que informa de una eosinofilia que orienta de una respuesta inmunitaria debido a alergias o parásitos en la paciente, con hematocrito disminuido por la pérdida de sangre por la fractura reciente de cadera y cabeza de femur derecho en la cual debió ser intervenida quirúrgicamente de osteosíntesis de cabeza de femur y reemplazo de cadera.

Tabla 2. Resultados de laboratorio Química Sanguínea 14/04/2014

Nombre	Resultado	Valores normales
Glicemia	72 mg/dl	70 – 115 mg/dl
Creatinina	1,8 mg/dl	0.7 – 1,4 mg/dl
Transaminasas ALT	20 U/L	Hasta 32 U/L
Amilasa	83 U/L	0 – 90 U/L
Transaminasas Glutámico	32 U/L	Hasta U/L
Bilirubina total	1,09 mg/dl	Hasta 1,1 mg/dl
Bilirubina directa	0,46 mg/dl	Hasta 1,1 mg/dl
Bilirubina indirecta	0,63 mg/dl	Hasta 1,1 mg/dl
Bun	43 mg/dl	8 – 25 mg/dl
Depuración de creatinina	51 ml/min	88 – 128 ml/min
Volumen orina 24 horas	1250 ml	7 – 56 U/L
Ferritina	2,56,1 ng/ml	13 – 150 ng/ml
Colesterol total	222 mg	Menor a 200 mg/dl
Colesterol HDL	50,1	Arriba de 500 mg/dl
Colesterol LDL	128,6	Menor de 100 mg/dl
Triglicéridos	330	Menor de 150 mg/dl
Acido urico	7,82	3,5 A 7,2 mg/dl

Análisis

Paciente con creatinina y Bun aumentados debido a la concordancia con la enfermedad de base de hipotensión, y en los niveles de colesterol total y colesterol LDL encontramos alteraciones debidas a la hiperlipidemia que padece la paciente, a si mismo el incremento del acido urico nos muestra que se evidencia alguna afección renal teniendo en cuenta los demás exámenes de laboratorio de función renal que ya revisados nos indican alteraciones en sus resultados.

Evolución:

Fecha: 19 de Marzo de 2014. Paciente con control de POP de reemplazo de cadera derecha hace 13 días, buena movilidad de miembro inferior derecho, cicatriz en buen estado sin signos de infección, realizando movimientos con caminador, con apoyo moderado, cita control en 6 semanas, con reporte de rx de control. Paciente de sexo femenino de 68 años de edad, de nombre A.C.S.V biotipo brevilineo, constitución endomorfo, con facies de tranquilidad, posición sentada, postura pobre,

movimientos voluntarios lentos, coordinados y con apoyo de caminador para el movimiento, lenguaje fluido y coherente de tono de voz moderado, presentación personal adecuada para la ocasión, coopera con el examen y la información aparentemente es confiable. Paciente con antecedentes de Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, hipotiroides y colitis.

Fecha: 24 de Abril de 2013

Paciente con signos vitales de tensión arterial: 92/64 mmhg, frecuencia cardiaca: 69 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura corporal de 36,9 °C. Paciente con movilidad limitada, a quien se administra tratamiento farmacológico para manejo de osteoporosis, hipotiroidismo, hiperlipidemia y colitis, a quien se ordena terapia física a partir del 20 de mayo de 2014.

RESULTADOS

Diagnostico de enfermería 1: Gestión ineficaz de la propia salud **R/C** déficit de conocimientos **E/P** Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

Clase 2: Gestión de la salud.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 2: Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades **R/C** estilo de vida sedentario **E/P** Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, Aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico). IMC: 26,73 Kg/m².

Clase 1: Ingestión

Dominio 2: Nutrición

Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Diagnostico de enfermería 3: Riesgo de estreñimiento **R/C** ingesta insuficiente de líquidos.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Diagnostico de enfermería 4: Riesgo de motilidad gastrointestinal **R/C** estilo de vida sedentario

Clase 2: Función gastrointestinal

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Definición: Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Diagnostico de enfermería 5: Deterioro de la ambulación **R/C** miedo a las caídas **E/P** Deterioro de la habilidad para subir escaleras, deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares, deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Diagnostico de enfermería 6: Deterioro de la movilidad física **R/C** Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física **E/P** Limitación de la amplitud de los movimientos, temor inducido por el movimiento, enlentecimiento del movimiento.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Diagnostico de enfermería 7: Deterioro de la habilidad para la traslación **R/C** conocimientos deficientes **E/P** Incapacidad para trasladarse de la silla al suelo, incapacidad para trasladarse entre superficies de diferente nivel, incapacidad para agacharse hasta el suelo.

Clase 4: Actividad/Ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies.

Diagnostico de enfermería 8: Conocimientos deficientes **R/C** poca familiaridad con los recursos para obtener la información. **E/P** informa del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos exagerados.

Clase 4: Cognición

Dominio 5: Percepción / cognición

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Diagnostico de enfermería 9: Disposición para mejorar el autoconcepto

Clase 1: Autoconcepto

Dominio 6: Autopercepción

Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 10: Disposición para mejorar los procesos familiares

Clase 2: Relaciones familiares

Dominio 7: Rol / relaciones

Definición: Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 11: Disposición para mejorar el afrontamiento

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Definición: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 12: Disposición para mejorar la esperanza

Clase 1: Valores

Dominio 10: Principios vitales

Definición: Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 13: Riesgo de caídas **R/C** falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 3: Lesión física

Dominio 11: seguridad / protección

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

Diagnostico de enfermería 14: Riesgo de traumatismo **R/C** falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 2: Lesión física

Dominio 11: Seguridad / protección

Definición: Riesgo de lesión tisular accidental (p. ejm; herida, quemadura, fractura).

Diagnostico de enfermería 15: Disconfort **R/C** falta de control de la situación **E/P** temor, inquietud, expresa sentirse incomodo.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Diagnostico de enfermería 16: Dolor agudo **R/C** recuperación de la movilidad física **E/P** expresa dolor, escala visual del dolor con puntaje de 3, postura para evitar el dolor.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

FASE DE PRIORIZACIÓN

-  Deterioro de la ambulación.
-  Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades
-  Conocimientos deficientes.
-  Riesgo de caídas.
-  Disconfort.

DIAGNOSTICO Conocimientos deficientes R/C poca familiaridad con los recursos para obtener la información. E/P informa del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos exagerados.	NOC Conocimiento: Cuidados en la enfermedad (1824)	OBJETIVO El paciente demostrará mayores conocimientos acerca del proceso de su enfermedad y sus cuidados a través de la potencialización de la información recibida para el mantenimiento de su salud a partir de la cuarta intervención por parte de la estudiante de enfermería.	NIC Enseñanza: Proceso de enfermedad. Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.	ACTIVIDADES 1. Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. 2. Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado. 3. Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. 4. Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
--	--	--	--	---

RELACION TEORICA

Triangulación en la teoría del confort de Kolcaba.

	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	Dolor por movilización de cadera y asentamiento del miembro inferior derecho.	Tensión muscular y dolor leve.	Paciente expresa optimismo por el estado de recuperación de su salud.
Psicoespiritual	Miedo e inquietud por la movilización sin ayuda.	Disposición para mejorar la esperanza.	Disponibilidad e interés en la adquisición de conocimientos en salud.
Ambiental	Habitación con adecuada iluminación y ventilación.	Goza de un espacio poco confortable para su movilización con el caminador, con presencia de escaleras cercanas.	Realiza prevención de caídas, apoyo de su esposo e hijas para la deambulación en las escaleras.
Sociocultural	Presencia de su esposo y empleada doméstica que le proporciona los cuidados necesarios de movilidad y demás.	Disposición para la el fomento del ejercicio y realización de terapia de movilidad física.	Entorno propicio para la realización de terapia de relajación y movilización en pro de recuperación de la movilidad.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En anteriores resultados relacionados con el estudio de casos desde la teoría del confort, el principal uso que se le ha seleccionado ha sido para el confort físico, que está basado en las intervenciones de enfermería diseñadas en el estudio de las necesidades de comodidad de los sujetos de cuidado, como intervenciones fisiológicas, ambientales y físicas.

Según la autora, es en el contexto en donde se desarrolla el confort y este proviene del producto del arte holístico de la enfermera, sin embargo observando los componentes de la teoría podemos citar que esta teoría no solo es aplicable en el caso de esta paciente con necesidad de confort físico, sino también esta teoría de Kolcaba es aplicable a diversos

ámbitos en investigación lo cual resalta el uso de esta teoría en todos los ámbitos de cuidado por el personal de enfermería, existiendo mejor calidad en la comodidad del sujeto de cuidado.

No obstante, se encuentra en otros estudios que con el uso de las variables de intervención de la teoría del confort, hace al sujeto de cuidado una persona inherente al uso de cada una de las acciones planeadas, así como en este caso es el paciente quien con el tiempo mejora la eficacia de la comodidad con la respectiva aplicación y potencialización de las actividades enseñadas por la enfermera.

La experiencia que queda con el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, traspasa la relación existente entre los paradigmas contenidos en la teoría del confort, de la misma forma se observa en otros estudios que no existen lapsos de tiempo únicos en los que se dé un solo paradigma, sino que se interrelacionan todos en un mismo momento.

CONCLUSIONES

Un espacio de acompañamiento e instrucción para cada el cuidador y sujeto de cuidado, diseñada para satisfacer las necesidades de confort más relevantes identificadas en la literatura y contextualizadas en la teoría de Kolcaba, contribuiría a implementar cuidado avanzado en enfermería, rescatando la esencia de la enfermería en el servicio de enseñanza y cuidado en casa.

Esta teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permite diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorezcan la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente sujeto de cuidado, en al menos tres contextos: físico, social y ambiental. Además, brinda la oportunidad a sus familiares (cuidadores) de fortalecerse con la experiencia vivida durante el cuidado en casa del sujeto de cuidado.

La teoría de confort de Katherine Kolcaba nos plantea un numero de cuidados de enfermería, por medio de los cuales se logró mejorar el conocimiento en salud de la sujeto de cuidado, en donde adquirió confort y autoconfianza para la asimilación del proceso de su enfermedad

desde un punto de vista positivo que le proporcionó la potencialización de la trascendencia emotiva y favorable tanto física como espiritual y así de forma eficaz la paciente obtuvo comodidad y tranquilidad en el proceso de manejo en las múltiples patologías que padece. De esta forma se puede decir que en la teoría se hayo concordancia con el plan de cuidados de enfermería que se estableció en la misma, ya que la teoría del confort coloca al ser humano como portador de respuestas holísticas ante estímulos complejos y a la enfermera como aquella persona con la capacidad de hacer sentir cómoda física y mentalmente al sujeto receptor de cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Santos, R. et al. (2010). Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. Revista electrónica Enfermería Global numero 18. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24424/1/Vision%20del%20profesional%20de%20enfermeria%20sobre%20el%20entorno%20como%20parte%20integrante%20del%20metaparadigma.pdf>
- Gracia, M. (2010). México. Investigación formativa: Una búsqueda permanente en el pensamiento crítico y enseñanza por investigación. Revista de enfermería neurológica. Volumen 9, numero 2: 81 – 82. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102f.pdf>
- Uribe, A. (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Revista ciencia y cuidado, volumen 9, numero 2. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4114496.pdf&ei=O8tuU-DuO9TLsAS204GgCw&usg=AFQjCNHEQArZAG4P9FuoLH5qiwrN3ght2w&bvm=bv.66111022,d.cWc>
- Nava, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharina Kolcaba teoría de rango medio del confort. Revista de enfermería neurológica, volumen 9, volumen 2. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- Paul, M. (2012). Revista de enfermería volumen 4 numero 2. Tomado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr06212.htm
- García, C. (2013). Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. Revista médica clínica CONDES (24), 5. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/18_Garcia.pdf
- Orozco, R. (2012). Ejercicio físico y entrenamiento del equilibrio en el mayor como estrategia de prevención en las caídas. Revista de fisioterapia volumen 2. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicio-fisico-entrenamiento-equilibrio>
- Gómez, L. (2010). Chile. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista de terapia ocupacional. Tomado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/111/96>
- Gavaldon, E. et al. (2011). La atención al paciente geriátrico con artrosis desde atención primaria. Propuestas de intervención. Revista iberoamericana de enfermería comunitaria. Volumen 4, numero 1. Tomado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/34256>
- Fraile, M. et al. (2012). Madrid. Prevención de caídas en la población geriátrica. Revista de fisioterapia sexta edición. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/prevencion-caidas-poblacion-geriatrica>
- Bustos, R. et al. (2012). Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Revista electrónica de enfermería global, numero 26. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci_arttext
- Romero, J. et al. (2010). La cultura física como complemento de una buena salud física y mental en los círculos de abuelos. Revista de fisioterapia. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/la-cultura->

[fisica-como-complemento-una-buena-salud-fisica-y-mental-los-circulos-abuelos.](#)

Abreu, M. et al. (2010). Validación del mapeo de cuidados de enfermería prescritos para pacientes ortopédicos con la clasificación de las intervenciones de enfermería. Revista latinoamericana Enfermagem 18 (1). Tomado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_18.pdf

Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería XVI (1): 31 – 35. Tomado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf

Oviedo, Y. et al. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Intersedes, Vol. XIV. Numero 27. Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>

Molina, A. et al. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte- vol. 10 - número 40. Tomado de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>

Landinez, N. et al. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de salud pública. 38(4). Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425049008>

Zamora, S. (2011). Beneficios de la Actividad Física Aeróbica en Pacientes Geriátricos entre 65 - 85 años, del Grupo de Gimnasia de Jubilados del Hospital del IESS del Cantón Ibarra / Provincia De Imbabura. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte. Tomado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1135/2/06%20TEF%202021%20ART%20C3%8DCULO%20CIENT%20C3%8DFICO.pdf>

Cristina, M. (2012). Plan de cuidados de fractura de cadera. Reduca 4(1). Tomado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/908/922>

Navarro, D. et al. (2011). Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con

prótesis de cadera por tumor de células gigantes. ENEO UNAM. Volumen 8, numero 4. Tomado de:

http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Freu%2Farticle%2Fdownload%2F33250%2F30429&ei=6NpuU_5Fh-ewBJvBgvgO&usg=AFQjCNHidWES4WIOI8jpbJBZDD958mAhww&bvm=bv.66111022.d.c.Wc

Manrique, A. et al. (2010). Rol de la enfermería en el en el apoyo social del adulto mayor. Revista enfermería global numero 19. Tomado de:

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F107281%2F101941&ei=KtluU-rDJpSvsASho4D4Bg&usg=AFQjCNHzyEzNQcnwpkXpdONoY159XIKBaw&bvm=bv.66111022.d.c.Wc>

Segovia, M. et al. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. GEROKOMOS, 22 (4). 162 – 166. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

Bustos, C. et al. (2012). Revista de enfermería CyL. Volumen 4 numero 2. Tomado de: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CDYQFjA DOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaenfermeriacyl.com%2Findex.php%2Frevistaenfermeriacyl%2Farticle%2Fdownload%2F83%2F61&ei=mt5uU8nEKNPQsQSi1YGwDA&usg=AFQjCNFY_NOBJHtgxP-mt3gj6sFJtw6Fgg

Bagur, A. et al. (2013). Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis. Medicina, Buenos Aires. 73: 55 – 74. Tomado de: http://www.osteoporosis.org.ar/pdf/Schurman_2013.pdf

Cerda, L. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Revista médica clínica CONDES. 25 (2). 265 – 275. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%20C3%A9dica/2014/2%20marzo/10-Dra.Cerda.pdf

**SISTEMA DE INCLUSIÓN, Y ENCUESTA DE PERCEPCIÓN EN EL
TEMA DE DISCAPACIDAD APLICADA A DECANOS,
DIRECTORES DE PROGRAMA Y DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA.**

Esp. Ana Milena Paternina Correa*
Mg. Surgey Bolivia Caicedo**

RESUMEN

La presente investigación se ejecuto con la creación y aplicación de las encuestas de percepción de la discapacidad en la universidad de Pamplona a decanos, directores de programa y docentes la muestra aplicada fue de 210 encuestas divididas en 30 encuestas por facultad.

La investigación por medio de las encuesta confirma que la universidad no cuenta con sistema de inclusión y que su creación se hace urgente por convicción de principios morales legales e institucionales, la creación del sistema de inclusión permitirá sumar a la Universidad de Pamplona a la cadena de instituciones de educación superior públicas y privadas nacionales e internacionales que están trabajando por el derecho a la educación de las personas en condición de discapacidad.

PALABRAS CLAVES: Discapacidad, condición de discapacidad, Inclusión en Educación superior.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the creation and application of disability perception surveys at the University of Pamplona to deans, program directors and teachers. The sample applied was 210 surveys divided into 30 surveys per faculty.

Research through the survey confirms that the university does not have an inclusion system and that its creation is urgent due to the conviction of legal and institutional moral principles, the creation of the inclusion system will allow the University of Pamplona to join the chain of national and international public and private higher education institutions that are working for the right to education for people with disabilities.

KEY WORDS: Disability, disability condition, Inclusion in Higher Education.

INTRODUCCION

En la primera fase del macro proyecto SIUP plantea conocer la percepción sobre el tema de discapacidad que se tiene a nivel de decanos (a), directores de programas y docentes, con lo cual se busca sondear conocimientos básicos del tema, motivación, sensibilidad y avanzar en la actualidad de la situación de casos específicos de discapacidad existentes en la Universidad de Pamplona

El problema tiene su origen en la filosofía con la que nace el sistema educativo Universitario, ya que fue pensado, creado y desarrollado para una población estudiantil representativa de modelos ideales en su parte física, sensorial, intelectual y mental. Por lo tanto, la no atención a un sector vulnerable de compatriotas que por sus condiciones Especiales han sido históricamente excluidos, se convierte en uno de los desafíos en materia de educación para el Estado, tal como lo afirma el mismo en sus lineamientos de Política para la atención educativa a poblaciones vulnerables. Educación es un derecho de todos y para todos. Este proceso de cambio consiste en percibir a las personas en condición de discapacidad como a cualquier otra persona con los mismos sentimientos, con los mismos deseos, con las mismas aspiraciones, problemas y con las capacidades suficientes para llevar una vida autónoma y enfrentarse a su realidad.

La creación del Sistema de Inclusión Universitario, Universidad de Pamplona SIUP nace del interés que se tiene desde bienestar universitario por brindar educación con calidad para todos sin distinción alguna. Este macro proyecto busca ser la respuesta a todas las Formas de exclusión existentes, teniendo como punto de partida la atención a la discapacidad, para luego ampliar su visión a otras formas de exclusión y hacerlas beneficiarias de esta cultura inclusiva. Actualmente la Universidad de Pamplona abre las puertas a todos los interesados en pertenecer a ella y tiene estudiantes de todos los rincones de Colombia y países vecinos.

La Universidad desde su lema **“POR UNA UNIVERSIDAD INCLUYENTE Y COMPROMETIDA CON EL DESARROLLO INTEGRAL”** trabaja arduamente por atender las necesidades de la población educativa en

general, pero quiere abrir sus puertas a la atención integral de la población vulnerable y con necesidades educativas diversas, aprovechando al máximo sus habilidades y potencialidades.

La Universidad de Pamplona cuenta con diferentes facultades que pueden hacer parte directa e indirectamente en el proceso de inclusión universitaria, conformando equipos de trabajo enfocados a cumplir con un deber que tenemos todos como ciudadanos Colombianos y un derecho de las personas en situación de vulnerabilidad. (CIF 2001). Este macro proyecto está compuesto por 5 fases y 9 sub fases en su primera etapa, las cuales buscan crear una alternativa real de educación superior para las poblaciones que requieren ser atendidas; indirectamente el avance de este macro proyecto fomentará en la comunidad educativa una cultura inclusiva, la cual verá con nuevos ojos a las poblaciones beneficiadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En Colombia, de acuerdo a las estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE 2005) cerca del 2.34 % de las personas en situación de discapacidad tienen algún nivel en educación superior ya sea técnica, tecnológica o profesional, el 1% de éstas tienen culminados sus estudios superiores y el 0.1%, han cursado postgrados. Estas cifras, según Molina (2009), radican en las limitadas posibilidades para el acceso, el imaginario social en torno a la discapacidad, la marginalidad y el acompañamiento académico necesario para su desempeño y participación. Sin embargo, el Ministerio de Educación Nacional busca la articulación de esfuerzos con instituciones e instancias que trabajan con esta población, con el fin de responder a los acuerdos internacionales en materia de inclusión educativa de los estudiantes en situación de discapacidad.

Entre éstos, la UNESCO (1998), en su documento Declaración Mundial Sobre la Educación Superior en el Siglo XXI plantea que el IESALC (Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina y el Caribe) ha movilizado el tema de la Educación Superior inclusiva, de tal

forma que en la *Declaración de la Conferencia Regional de Educación Superior América Latina y el Caribe* (CRES 2008) se resaltan los valores sociales y humanos de la Educación. La universidad de Pamplona carece del Sistema de Inclusión Universitaria y todo lo que esto requiere, a continuación se hace mención de los requerimientos más urgentes para dar inicio al proceso de inclusión. La educación es un derecho de todos y para todos sin distinción así lo enmarca la constitución colombiana en el artículo 67, desarrollado en la Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación).

La ley estatutaria 1618 del 27 de Febrero del 2013, reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva. Actualmente la Universidad de Pamplona es una institución que presta un gran servicio en el oriente del país, cubriendo una demanda nacional de estudiantes. En su historia existen casos específicos de personas en condición de discapacidad y/o con necesidades educativas diversas que han sido parte del proceso educativo como alumnos o docentes de los diferentes programas existentes en la Universidad de Pamplona, siendo tratados como una persona sin discapacidad sin ninguna adaptación a los procesos durante su estancia haciendo muy difícil su permanencia en la misma Universidad.

No existe en la Universidad de Pamplona políticas, protocolos ni acciones que marquen el servicio a personas en condición de discapacidad y/o con necesidades educativas diversas, lo cual se convierte en una oportunidad viable para todos. La institución cuenta con talento humano multidisciplinario que puede ser proyectado a convertir la Universidad de Pamplona en la gran institución de educación superior incluyente del oriente colombiano y un obligatorio punto de referencia para las instituciones de educación superior.

En éste mismo nivel de actuación, el interés de la Organización de Naciones Unidas en los últimos años por medio de su Red Interuniversitaria, con relación a los estudiantes en situación de discapacidad inscritos en educación superior, está puesto principalmente en afirmar los derechos humanos de dichas

personas; hacer de todo espacio educativo un entorno incluyente; incorporar al currículo de disciplinas universitarias y asignaturas contenidos formativos referidos a la discapacidad, así como desarrollar acciones efectivas y sostenidas que respondan a las necesidades de ésta población. En materia legal a nivel nacional, la Ley 361 de 1997, aporta a éste tema al indicar de integración social de las personas en situación de discapacidad, en todos los niveles de formación académica. Además refiere que el Estado desarrollará programas y dotación de materiales educativos que respondan a las necesidades específicas, según el tipo de deficiencia que presenten.

JUSTIFICACIÓN

El tema de Inclusión es el eslabón perdido de los pensamientos sociales hechos derechos escritos y expuestos públicamente en un marco Internacional y nacional. El hablar en Colombia de Inclusión es tocar un tema que a pesar que los países industrializados los años sumas más de 15 nuestro país inicia un largo camino de lucha por la igualdad y las oportunidades académicas para todos.

En el historial de la Universidad de Pamplona se conoce que la universidad nunca le ha negado abrir sus puertas a ninguna persona en condición de discapacidad, pero lo que no se ha realizado es la organización del proceso correcto para prestar un servicio completo en sensibilización a la Inclusión, políticas públicas, diseños arquitectónico, sistematización, nuevas tecnologías flexibilidad curricular y cultura inclusiva. El macro proyecto Sistema de Inclusión Universitaria Universidad de Pamplona SIUP, es una opción de carácter social que busca favorecer el respeto y la igualdad de derechos de las personas en condición de discapacidad que hacen y que harán parte del alma mater.

El paso de la creación y aplicación de una encuesta que permita conocer la percepción que tienen sobre discapacidad los decanos, directores de programa y docente permite dejar una constancia cualitativa y cuantitativa de una de las grandes inquietudes existentes de la carencia del sistema de inclusión universitaria universidad de pamplona.

Los resultados de la encuesta dan paso a iniciar con la ejecución de la planeación de la creación de planes de sensibilización, creación de políticas públicas de discapacidad y pensar en adaptaciones curriculares entre otras. Este tiene como finalidad trabajar por los derechos a la educación con calidad, basado en el respeto y la defensa de la igualdad de oportunidades, la integralidad en la formación y el ejercicio de los derechos humanos, lo cual se considera importante en la medida en la que desde ahí se aporta a la educación inclusiva.

Con el fin de contribuir a un modelo de universidad incluyente, se hace necesario dirigir acciones que fortalezcan la construcción de entornos accesibles, en los cuales se reconozcan las capacidades y habilidades de cada uno de los individuos y se considere la diversidad como una variable que enriquece el desarrollo individual y colectivo. La creación del SIUP hace parte los requisitos para adquirir los beneficios legales prometidos por el estado para la población en condición de discapacidad. El estado en la Ley estatutaria 1618 del 27 de febrero del 2013 hace mención de los derechos y los deberes.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar y aplicar un instrumento de recolección de información sobre discapacidad que aporte al sistema de inclusión de la universidad de Pamplona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la percepción que tienen los administrativos y docentes sobre discapacidad (ENCUESTA)

Categorizar la información arrojada en las encuestas

Elaborar informe del análisis de resultados.

ACTUALIDAD DE DISCAPACIDAD EN LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Durante el gran recorrido académico que ha marcado la universidad de Pamplona en la historia de Colombia pero especialmente en el oriente Colombiano La vinculación de estudiantes en situación de discapacidad siempre ha tenido lugar.

Actualmente la Universidad de Pamplona carece del sistema de inclusión universitaria y de todo lo que esto requiere. La problemática de Discapacidad ha interesado al ámbito educativo, tanto a instituciones gubernamentales como a instituciones de educación superior a nivel nacional e internacional, quienes han implementado estrategias dirigidas a lograr el acceso en igualdad y equiparación de oportunidades para esta población vulnerable.

A partir de la revisión realizada, se identifica que actualmente se han implementado diversas propuestas de programas de apoyo para favorecer el proceso de inclusión en la educación superior de los estudiantes en situación de discapacidad, lo cual contrasta con el limitado número de investigaciones previas a la implementación de estos.

En la historia de la universidad de Pamplona se conocen casos específicos de profesionales egresados de la universidad de Pamplona, que cuentan en sus relatos que la experiencia fue satisfactoria para casos específicos que contaron con personal docente que se esmeraba por llevar su proceso dignamente, pero otros relatan que formaron parte de los números de estudiantes que desertaron por no encontrar apoyo.

Para la realización de los antecedentes se tomaron las investigaciones que de una manera u otra encaminaron la redacción del sistema de inclusión de la universidad de Pamplona el Macro proceso y cada una de sus etapas fueron inspiradas en procesos de inclusión ya existente y que han sobre salido por su éxito.

Un gran apoyo para la realización del proyecto lo ha dado la Universidad de Córdoba de Argentina quienes mediante su representante de discapacidad Mauricio Mareño ha sido un gran apoyo en conocimiento y experiencia.

En el territorio Colombiano el apoyo lo está dando la universidad de Antioquia quienes cuentan con un sistema de inclusión con todas sus dimensiones y son pioneros en procesos de inclusión, el proceso de inclusión de la universidad de Antioquia no se nombra en los antecedentes porque ellos cuentan con un sistema maro y para esta investigación retome casos específicos para el tema.

MARCO CONCEPTUAL

La discapacidad o incapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.¹

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,² aprobada por la ONU en 2006, define de manera genérica a quien padece de una o más discapacidades como persona con discapacidad. En ciertos ámbitos, términos como "discapacitados", "ciegos", "sordos", etcétera, aún siendo correctamente empleados, pueden ser considerados despectivos o peyorativos, ya que para algunas personas dichos términos "etiquetan" a quien padece la discapacidad, lo cual interpretan como una forma de discriminación. En esos casos, para evitar conflictos de tipo semántico, es preferible usar las formas personas con discapacidad, personas invidentes, personas con sordera, personas con movilidad reducida y otros por el estilo, pero siempre anteponiendo "personas" como un prefijo, a fin de hacer énfasis en sus derechos humanos y su derecho a ser tratados como a cualquier otra persona.

Acaso como un eufemismo, se ha propuesto un nuevo término para referirse a las personas con discapacidad, el de mujeres y varones con diversidad funcional ("personas con capacidades diferentes" en México), a fin de eliminar la negatividad en la definición del colectivo de personas con discapacidad y reforzar su esencia de diversidad. Sin embargo, es un hecho que una persona con discapacidad no necesariamente posee capacidades distintas o superiores a las de una persona que no la padece; si acaso, ha desarrollado habilidades que le permiten compensar la pérdida de alguna función, pero que no son privativas suyas, puesto que cualquier persona sin discapacidades también podría hacerlo.

De la educación integradora a la educación inclusiva

El desarrollo de la integración ha producido una evolución conceptual y se tiende a abandonar el

término de integración y sustituirlo por el de "inclusión". Esto surge tras evaluar como deficiente y mejorable la experiencia de la integración escolar en diferentes países. Asumimos la importancia del cambio terminológico de "integración" a "inclusión" no sólo como una cuestión semántica, sino como un cambio conceptual que ofrece mayor claridad y además redimensiona el significado de esta política en la práctica. La educación inclusiva, constituye un enfoque educativo basado en la valoración de la diversidad, como elemento enriquecedor del proceso de enseñanza aprendizaje y, en consecuencia, favorecedor del desarrollo humano. El concepto de educación inclusiva es más amplio que el de integración, y parte de un supuesto destino, porque está relacionado con la naturaleza misma de la educación regular y de la escuela común. La educación inclusiva implica que todos los niños y niñas de una determinada comunidad aprendan

Se cree oportuna una breve especificación de dos conceptos que adoptan un carácter medular en este proyecto, se hace referencia a las nociones de *discapacidad* y de *accesibilidad*, que han adquirido diferentes significados según momentos históricos y contextos socio-culturales diversos. Se concibe el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva socio-política, basada en algunos postulados del denominado Modelo Social de la Discapacidad. (Hunt, 1966; UPIAS, 1975, 1976; Finkelstein, 1980; Oliver, 1983, 1990).

Este modelo se caracteriza y surge a partir de la crítica a los enfoques exclusivamente biólogos y medicalizados de interpretación de la discapacidad, los cuales asignan una *mono-causalidad biológica* al fenómeno y lo conciben como una condición y problema individual, consecuencia de una enfermedad. En esta línea, la discapacidad es reconceptualizada a partir de su diferenciación del concepto de deficiencia: la **deficiencia** alude a una condición biológica caracterizada por la carencia parcial o total de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, mientras que el concepto de **discapacidad** hace referencia a las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación generadas por contextos y entornos pensados, diseñados y construidos según

parámetros convencionales y estereotipos de “normalidad”, que no contemplan la diversidad inherente a la condición humana. Concebir la discapacidad desde esta perspectiva significa entenderla como una *situación* construida socialmente, una creación humana que todos los actores sociales producen día a día a partir de actitudes, acciones y omisiones fundadas en la naturalización de criterios de “normalidad”. De este modo, se trasciende la medicalización del fenómeno a través de la incorporación del ambiente físico, social y actitudinal como factores determinantes, que se constituirán en *barreras* o *facilitadores*,⁵ según limiten y/o dificulten la actividad y participación de una persona, o la faciliten y/o mejoren.

Desde este enfoque, entonces, la discapacidad se revela como una *cuestión relacional y relativa al ambiente*, no como una etiqueta que porta y predetermina a una persona.⁶ Por su parte, la noción de accesibilidad no ha estado exenta de interpretaciones ambiguas o parciales. Usualmente ha sido ligada de manera exclusiva al “acceso físico” (modificaciones urbanas y en las edificaciones) por consiguiente, también se considera necesaria su redefinición. Se entenderá la accesibilidad ⁷ como una condición, una cualidad, un requisito básico que debieran cumplir los espacios, ámbitos, servicios, bienes, etc., para poder ser utilizables por todas las personas de manera: **AUTÓNOMA**, es decir, en forma independiente, no subordinada al auxilio de otra. **SEGURA**, es decir, libre de todo peligro o riesgo. **CONFORTABLE**, es decir, de manera cómoda sin inconvenientes, obstáculos o restricciones en su uso. **EQUITATIVA**, o sea, con equidad entendida como la cualidad que consiste en atribuir a cada persona aquello que le corresponde por derecho.

De este modo, la accesibilidad en sus dimensiones: arquitectónica, comunicacional, informacional (incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y de la comunicación), cultural, jurídica, académica; se constituye en un requerimiento elemental para la inclusión social de las personas, independientemente de su edad, género, etnia, opción sexual, religión, características bio-físicas, etc. Asimismo, y en congruencia con la concepción de discapacidad adoptada, se manifiesta como una *cuestión de derechos*

humanos. De derechos de circulación, de comunicación, de participación en los circuitos de producción, intercambio y consumo de bienes y servicios, tanto materiales como simbólicos. En definitiva, de apropiación de los espacios públicos.

Apoyos personales

Los *apoyos personales* se constituyen en apoyos naturales o profesionales. El primer apoyo personal es la misma persona en situación de discapacidad. Ella misma, desde sus actitudes, autopercepción y autovaloración, sus características de personalidad, sus propósitos de vida, define qué tanto puede hacer por sí misma y cómo recibe el apoyo brindado por el otro.

Las personas cercanas al estudiante (emocional o físicamente) y que hacen parte de su entorno familiar o educativo pueden ser apoyos naturales. Estas personas facilitan o pueden facilitar cotidianamente la interacción con el entorno al cumplir funciones de guía, tutor, lector, cuidador, asistente o monitor, entre otros. Entre las personas que pueden constituirse en un apoyo natural están: un familiar, el maestro, un par, un funcionario que labore en dicho contexto, un directivo.

Mediaciones discursivas en el acto pedagógico

Otro de los apoyos en el contexto universitario, son las mediaciones *discursivas en el acto pedagógico*. Los aprendizajes se dan en el marco de relaciones diádicas que median, de manera significativa, la participación y el aprendizaje del escolar. La actuación del docente y de otros actores que rodean al estudiante en situación de discapacidad, puede proveer apoyos verbales y no verbales para facilitar la interacción social y constituir una verdadera relación pedagógica que brinde soporte permanente y opciones de participación en la vida universitaria.

Cuando el profesor genera estrategias para establecer un diálogo, o para movilizar usos del lenguaje propicia un apoyo para involucrarse en la situación de aprendizaje. Igualmente, dentro y fuera del salón de clase, desde el discurso del profesor se presentan diversas formas de apoyo

que favorecen el aprendizaje y la participación en las diversas actividades. Las marcaciones de orden narrativo, explicativo o argumentativo, la elaboración de preguntas, la explicación, las *Productos y Tecnología*

Por otra parte en *productos y tecnología* se identifican dispositivos y ayudas técnicas que son utilizadas por algunos estudiantes, de acuerdo a sus características funcionales que las requieran, con el fin de favorecer la participación en las actividades académicas, extracurriculares y el acceso a la cotidianidad de la vida universitaria. Pueden definirse como “cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad” (CIF-CJ 2007:191)

Estos apoyos se constituyen en dispositivos o productos que permiten favorecer la ejecución independiente de actividades relacionadas con: *La movilidad*, a través del uso de bastones, sillas de ruedas, muletas, *la postura*, mediante la utilización de sillas especiales o dispositivos que brinden estabilidad en tronco o cabeza. *La comunicación y el acceso a la información*, a través del uso de tableros de comunicación aumentativa o alternativa; señalización, dispositivos para Adaptación de tipografías en tamaño y color en el computador.

Apoyos en el entorno socioeducativo

En cuanto a los apoyos que se provee desde el entorno socioeducativo, éstos hacen referencia a las modificaciones dirigidas a contribuir al proceso de interacción social de los estudiantes en situación de discapacidad y en su aprendizaje, a partir de la eliminación o reducción de barreras actitudinales. Estas modificaciones pueden ser *culturales*, en relación con la deconstrucción de concepciones, representaciones con respecto a la situación de discapacidad, la *Apoyos en el entorno físico y arquitectónico*

En relación con los apoyos en el entorno físico y arquitectónico, el nivel físico, es entendido como todos aquellos ajustes que pueden llevarse a cabo para optimizar las condiciones de factores medio ambientales, así como la adaptación o diseño del espacio físico en el que acontece la vida universitaria.

Los factores ambientales que pueden ser modificados por el hombre tales como el clima, la luz y el sonido en su intensidad y calidad, la ventilación. Por otra parte, el entorno físico puede ser un apoyo cuando se llevan a cabo adaptaciones de los espacios, equipos y materiales, cuando se adecúa la distribución y organización del mobiliario, o cuando se llevan adaptaciones en el espacio que implican: la adecuación de los corredores con pasamanos, escaleras con bordes antideslizantes y de adecuada altura y ancho, de pisos, y puertas, así como de sanitarios y lavamanos. Además, la implementación de señalizaciones visuales, auditivas y táctiles, (disponibles en braille y lengua de señas), así como avisos y alarmas luminosas son apoyos del entorno para favorecer la información de los usuarios del espacio público.

Apoyos en la actividad y situación de enseñanza y el aprendizaje

En cuanto a los apoyos en la actividad y situación de enseñanza y el aprendizaje, se consideran importantes por estar relacionados con la didáctica y se constituyen en uno de los factores relevantes para la participación y el aprendizaje de los estudiantes que evidencian un funcionamiento diverso.

Para definir los apoyos desde las situaciones de aprendizaje es fundamental que el profesor identifique y comprenda el contenido del saber al que está referida la actividad, así como los conocimientos del saber y del hacer que tienen los estudiantes. Por otra parte, en esta tipología se identifican apoyos relacionados con las variaciones en la actividad para favorecer el proceso de aprendizaje de los estudiantes. en situación de discapacidad y sus intereses frente la actividad de enseñanza, los ajustes a la estructura de la actividad, la presentación de la misma, sus materiales, el espacio, los enunciados y consignas que orientan su comprensión.

Apoyos de servicios y comunitario

Por último, respecto a los apoyos, desde los servicios y la comunidad, se identifican los servicios profesionales, generalmente ofrecidos desde el ámbito de la salud, en los cuales se consideran asesorías, consultorías o procesos

terapéuticos paralelos al proceso educativo en la vida universitaria. Disciplinas como trabajo social, psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, fisioterapia, tiflogía, medicina general y sus especialidades son apoyos que pueden brindar soporte de manera directa o indirecta en algún momento del proceso formativo.

Con esta tipología de apoyos se abordó el acercamiento a los diversos actores de la comunidad universitaria con el fin de identificar su requerimiento acorde con las actividades que un universitario lleva a cabo en su cotidianidad.

MARCO LEGAL

La equiparación de oportunidades de las personas en situación de discapacidad en la educación superior esta soportada por un marco jurídico, conformado por declaraciones, tratados y convenciones internacionales, así como por legislaciones nacionales.

Legislación colombiana

Ley estatutaria no. 1618 del 27 de febrero 2013

"Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad"

Puntos concretos de la ley Estatutaria para ubicación de ley y decretos que la conforman:

- Ley 13 – 46 2009: Aprueba la convención de los derechos de las personas con discapacidad, adoptada por la asamblea general de la nación 2006. Acto Legislativo: 03 – del 2011 Establece el principio de la sostenibilidad fiscal.
- Ley 715 – 215: Asignación de recursos.
- Decreto 366 2009: Salud y educación.
- Artículo 31: Sanciones.

DISEÑO METODOLÓGICO

Una vez que se ha definido el tipo de estudio a realizar y de investigación o los lineamientos para la investigación, el investigador debe concebir la manera práctica y concreta de responder a las preguntas de investigación. Esto implica seleccionar o desarrollar un diseño de

investigación y aplicarlo al contexto particular de su estudio. El término “diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación (Christensen, 1980). El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio, contestar las interrogantes que se ha planteado.

Tipo de estudio

Este estudio tiene un carácter **descriptivo-exploratorio**, puesto que, busca identificar las carencias existentes en la universidad de Pamplona para la realización del sistema de Inclusión Universitaria.

Es importante aclarar que el macro proyecto Sistema Inclusión Universitaria, Universidad de Pamplona SIUP está pensado para que a futuro se pueda trabajar en todas las direcciones del tema de población vulnerable, pero que esta fase inicial se abordaría solo el tema de Discapacidad.

El diseño fue experimental, de tipo transversal según lo planteado por Hernández y otros (1990), donde se pretende obtener y correlacionar información acerca de actividades en relación con el aprendizaje y aplicación del conocimiento, las tareas y demandas generales, la comunicación, la movilidad, el auto cuidado, las interacciones y relaciones interpersonales y la vida comunitaria, social y cívica, realizadas al interior de la vida universitaria.

Mixta, Cualitativa – Cuantitativa – según Hernández, R (2003).

Enfoque cualitativo

Utiliza recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede o no probar la pregunta problema en su proceso de interpretación.

Enfoque cuantitativo

Usa recolección de datos para probar la pregunta problema con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

En la investigación se utiliza un enfoque cualitativo y cuantitativo, debido a que se realiza

un estudio estadístico en el cual prueba que la universidad de Pamplona carece del sistema de inclusión, esto es evidenciado en la encuesta respondida decanos, directores de programa y docentes.

Población y muestra

Tamayo, T. & Tamayo, M. (1997), la población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

La Población y Muestra objeto de estudio en la presente investigación está conformado por doscientos diez funcionarios de las siete facultades de la Universidad de Pamplona. En cada facultad fueron aplicadas treinta encuesta, siendo esta diligenciada por personal adscrito a cada una de esta dependencia. Es de resaltar, que cada facultad se encuentra conformada por un decanos, directores de programas para cada una de las carreras ofertadas, docentes tiempo completo, medio tiempo y horas cátedras respectivamente se constituyeron en nuestra fuente de información.

Técnicas e instrumentos de valoración

“Encuesta de Percepción en el tema de Discapacidad”

La encuesta fue diseñada por un grupo de profesionales de la facultad de salud que actualmente cursan la especialización de educación especial e inclusión especial y fue valorada o estudiada por un grupo de profesional de la facultad de educación quienes dieron su aval para la aplicación.

RESULTADOS

Interpretación de resultados

Tabulación de los resultados arrojados por la encuesta de caracterización de estudiantes con discapacidad, sistema de inclusión universitario, universidad de pamplona-upa

Esta encuesta fue aplicada a doscientos diez funcionarios pertenecientes a las siete facultades de la Universidad de Pamplona. En cada facultad fueron aplicadas treinta encuestas,

siendo estas diligenciadas por personal adscrito a cada una de estas dependencias. Es de resaltar, que cada facultad se encuentra conformada por un decano, directores de programa para cada una de las carreras ofertadas, docentes tiempo completo, medio tiempo y horas cátedra respectivamente, quienes se constituyeron en nuestra fuente de información.

La encuesta fue dividida en tres secciones; la primera de ellas titulada “REFERENTE A LA CONCEPTUALIZACION EN LA DISCAPACIDAD”, conformada por cinco preguntas, las cuales hacen referencia a la exploración de los conocimientos básicos que debe poseer un administrativo y docente referente al tema, buscando con ello, indagar cuales son las falencias conceptuales existentes en la facultades; la segunda sección fue titulada “REFERENTE AL SISTEMA DE INCLUSION” conformada por nueve preguntas, las cuales buscan confirmar por medio de las encuestas aplicadas, evidenciar la carencia en todas sus dimensiones del sistema de inclusión; y la tercera sección etiquetada como “REFERENTE AL AULA DE CLASE” conformada por tres preguntas, pretende indaga las fortalezas y dificultades existentes en la Universidad de Pamplona y señala el camino a seguir para iniciar el proceso para la creación del sistema de inclusión.

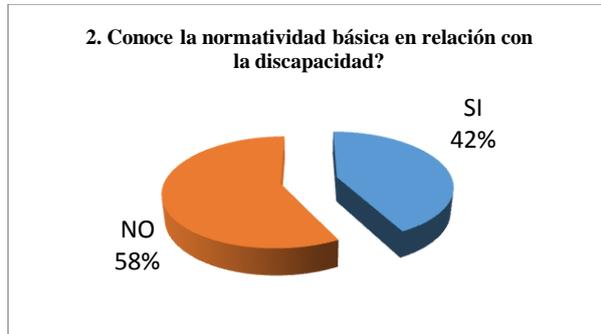
Referente a la conceptualización en la discapacidad:



Gráfica 1 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

Analizando la Gráfica 1, se deduce que el 91% de los encuestados (192 funcionarios) tienen conocimientos del término discapacidad, mientras 9% restante (18 funcionarios), contesta negativamente a la pregunta formulada,

mostrándonos estos resultados que el término discapacidad no es ajeno a la mayoría de encuestados.



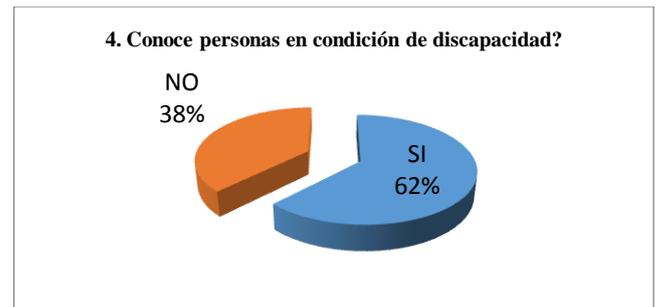
Gráfica 2 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 2, nos muestra como el 58% de los encuestados (121 funcionarios) no tienen conocimientos de la normatividad básica en relación con la discapacidad, lo cual nos muestra cómo más de la mitad de los encuestados puede estar infringiendo la ley sin saberlo mientras el 42% restante (89 funcionarios), contesta afirmativamente a la consulta planteada. Estos últimos 89 funcionarios, son los llamados a liderar los procesos tendientes a la aplicación de lo normado por el estado colombiano, respecto al tema de discapacidad que nos atañe.



Gráfica 3 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 3, nos muestra como para el 98% de los encuestados (206 funcionarios) saben que es una discapacidad, mientras 2% de los encuestados (4 funcionarios), contesta negativamente a la pregunta formulada. Los resultados arrojados por esta pregunta son esperanzadores, ya que el 98% sabe que es discapacidad y este es el primer paso para entender a quienes se encuentran en esta situación.



Gráfica 4 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

El Gráfico 4, evidencia que el 62% de los encuestados (131 funcionarios) conocen personas en condición de discapacidad, mientras el 38% de los encuestados (79 funcionarios), afirman no conocer personas con estas características. Esto permite evidenciar que de una forma u otra un gran porcentaje de personas distingue casos de discapacidad ya sea solo por observación o porque dentro de su familia o conocidos cercanos existen personas en condición de discapacidad.



Gráfica 5 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

Esta Gráfica 5, concluye que el 79% de los encuestados (166 funcionarios) consideran que una persona en condición de discapacidad puede acceder a la educación superior, mientras el 21% de los encuestados (44 funcionarios), son escépticos frente al tema. Este resultado muestra que hay gran factibilidad de que un proceso de sensibilización en favor de la discapacidad sea exitoso o por lo menos que el grado de aceptación sea alto, y con respecto al porcentaje que masca la negativa hace referencia a tabús que rodean al tema o a los estudiantes que presentan un grado de trastorno en el desarrollo intelectual.

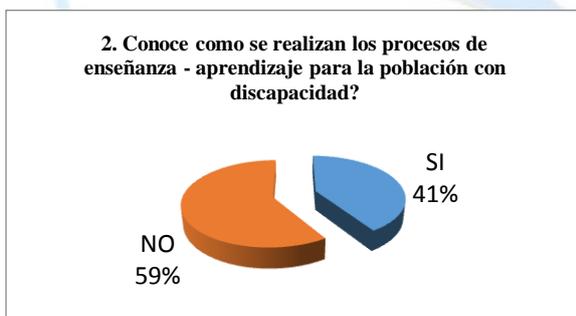
Referente al sistema de inclusión:



Gráfica 6 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

Esta Gráfica 6, permite apreciar como para el 99% de los encuestados (208 funcionarios) afirman no conocer ningún sistema de inclusión para personas con algún tipo de discapacidad, mientras el 1% de los encuestados (2 funcionarios), contestan afirmativamente respecto a la situación planteada. Este porcentaje confirma que ninguna de las facultades cuenta con un proceso de inclusión, llámense adaptaciones curriculares, o capacitaciones en políticas públicas etc.

El porcentaje que marca el positivo hace referencia a los pasos que esta realizando la facultad de salud con la creación del proyecto SIUP.



Gráfica 7 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 7, nos permite apreciar como para el 59% de los encuestados (124 funcionarios) no tienen conocimiento de cómo se realizan procesos de enseñanza – aprendizaje en población discapacitada y solo el 41% de los encuestados (86 funcionarios), tiene conocimientos al respecto. Los resultados arrojados muestra la urgencia de capacitar al cuerpo administrativo y docentes en el tema de discapacidad, pues el carecer del conocimiento

para realizar los procesos de enseñanza-aprendizaje puede ser un causante de deserción.



Gráfica 8 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

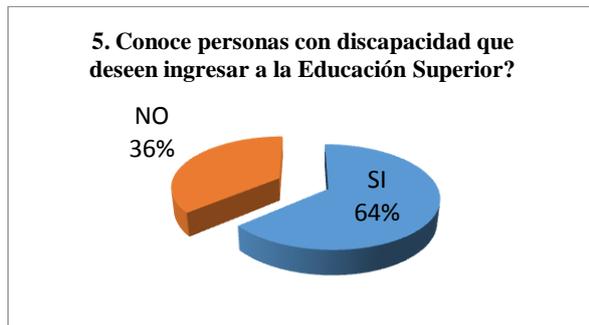
La Gráfica 8, permite concluir que el 99% de los encuestados (207 funcionarios) desean capacitarse en temas referentes a la discapacidad, mientras 1% de los encuestados (3 funcionarios), no considera relevante capacitarse en esta temática. Los resultados arrojados por esta pregunta muestra un alto porcentaje a favor de la disposición para enfrentarse al reto cognitivo, moral y pedagógico que es la Inclusión de personas en condición de discapacidad. El porcentaje negativo hace referencia a los profesionales que no ven la inclusión como una alternativa.



Gráfica 9 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

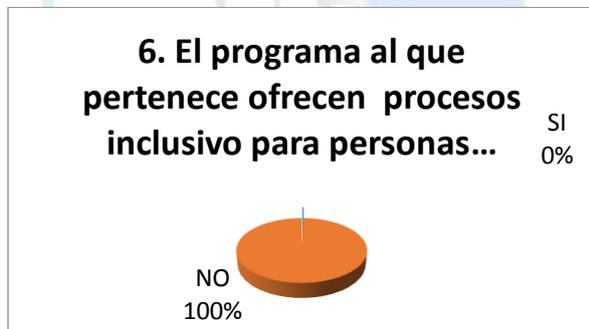
La Gráfica 9, evidencia como para el 67% de los encuestados (140 funcionarios) afirman no contar con apoyo de profesionales expertos en el área de discapacidad, mientras el 33% de los encuestados (70 funcionarios), considera que si cuenta con este apoyo. Los resultados arrojados por esta pregunta muestra que la universidad cuenta con profesionales capacitados para trabajar en el tema de discapacidad, y que lo ideal es contar con los recursos humanos existente para dar paso a redes en pro de la

colaborar a la facultades que carecen por su perfil de personas que manejan el tema.



Gráfica 10 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

Esta Gráfica 10, claramente nos muestra como el 64% de los encuestados (134 funcionarios) conocen personas discapacitadas motivadas a formarse en la Educación Superior, mientras 36% de los encuestados (76 funcionarios), contesta negativamente a la pregunta formulada. Los resultados muestra que existe personas con discapacidad que desean ingresar a la universidad de Pamplona y para esto la universidad debe prepararse para ofertar una educación Inclusiva llena de posibilidades y de calidad.



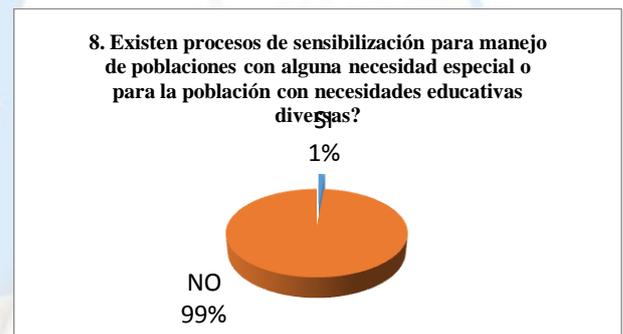
Gráfica 11 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

Es contundente los resultados de la Gráfica 11, donde se aprecia la ausencia de programas inclusivos para personas con discapacidad, consolidándose esta pregunta con un 100% de los encuestados (210 funcionarios) manifestando la total ausencia de estrategia inclusivas en todas las facultades de la Universidad de Pamplona.



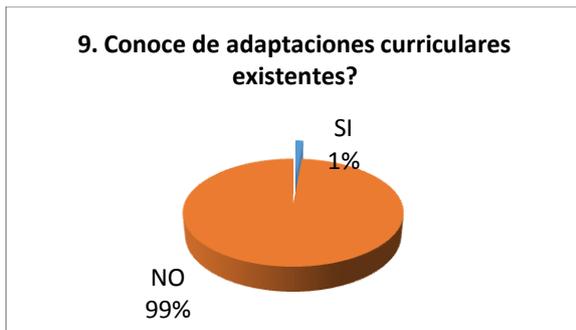
Gráfica 12 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 12, es concluyente al afirmar el 88% de los encuestados (184 funcionarios) consideran que los programas a los que pertenecen se encuentran preparados para realizar procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad, mientras el 12% de los encuestados (26 funcionarios), no comparten el punto de vista de los demás encuestados. Los resultados arrojados por esta pregunta confirma la ausencia del sistema en todas las dimensiones.



Gráfica 13 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 13, nos muestra como para el 99% de los encuestados (207 funcionarios) consideran que no existen procesos de sensibilización para manejo de poblaciones con alguna necesidad especial; solo el 1% de los encuestados (3 funcionarios), consideran que este tipo de procesos si existen al interior de la Universidad de Pamplona. Los resultados arrojados por esta pregunta resalta que la universidad de Pamplona debe presarse en el tema ya que no se debe tomase como algo improvisado si no como una labor moral y de principios.



Gráfica 14 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

En la Gráfica 14, 207 funcionarios correspondientes al 99% de los encuestados, no conocen adaptaciones curriculares realizadas en las facultades a las que pertenecen, solo el 1% de los encuestados (3 funcionarios), considera que si existen este tipo de adaptaciones al interior de sus respectivas facultades. Los resultados arrojados por esta pregunta son claros al confirmar la ausencia de adaptaciones curriculares específicas y sustentadas en las diferentes facultades y el 1% lo marca docentes que de forma flexible evalúan y realizan las clases, pero de manera informal.

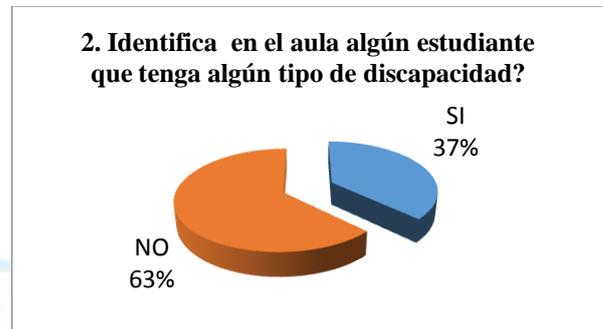
Referente al aula de clase



Gráfica 15 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

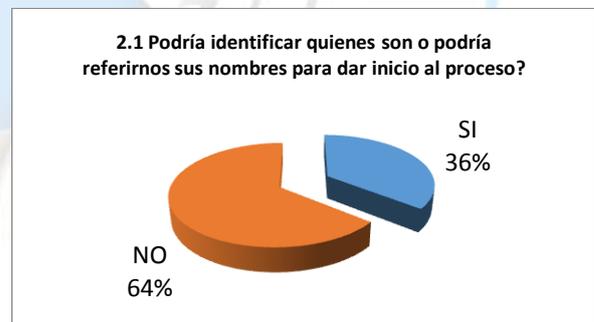
La Gráfica 15, nos muestra como para el 86% de los encuestados (180 funcionarios) no consideran adecuada las adecuaciones de la planta física para la circulación de población discapacitada, mientras el 14% de los encuestados (30 funcionarios), piensan que la infraestructura de la planta física es la adecuada para atender a esta población. Los resultados arrojados evidenciados en esta pregunta ratifican que existe falencias en la infraestructura y que es una de las dificultades

más notoria, el porcentaje que dice que si, puede concluirlo a mi parecer por las rampas existente en la Universidad de Pamplona.



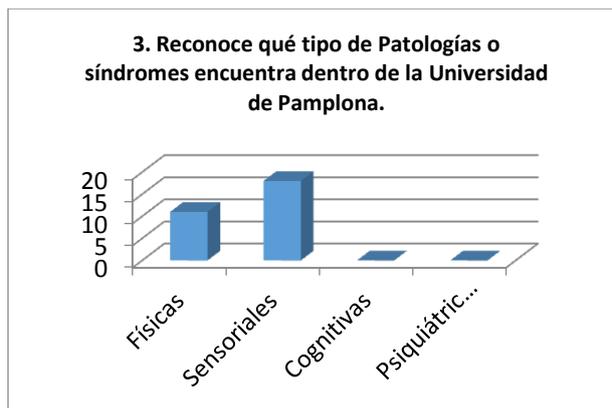
Gráfica 16 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 16, concluye que el 63% de los encuestados (132 funcionarios) no identifican población discapacitada al interior del aula de clase, mientras 37% de los encuestados (78 funcionarios), contesta afirmativamente a la pregunta formulada. Los resultados arrojados por esta pregunta muestran que la población con discapacidad es bajo y casi imperceptible, ya que los casos notorios o evidentes son los que vienen acompañado de discapacidad física o sensorial.



Gráfica 17 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 17, muestra como el 36% de los encuestados (75 funcionarios) pueden convertirse en nuestra fuente de información para individualizar los casos de posible población discapacitada vinculada actualmente a la Universidad de Pamplona, la cual no se encuentra atendida correctamente y requiere de nuestra atención.



Grafica 18 – Fuente de información: Facultades Universidad de Pamplona

La Gráfica 18, concluye que de las 4 patologías consultadas en la encuesta, solo 2 han sido identificadas por los encuestados, 11 funcionarios afirman conocer personas con limitaciones físicas vinculadas a la Universidad de Pamplona y 1811 funcionarios afirman conocer personas con limitaciones físicas vinculadas a la Universidad de Pamplona y funcionarios afirman conocer personas con limitaciones sensoriales vinculadas a la Universidad de Pamplona. Respecto a las patologías Cognitivas y Psiquiátricas, los encuestados no relacionan a nadie.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es importante expresar el interés de directivos y docentes para la creación del sistema, muchos de ellos al recibir o llenar la encuesta expresaban las dificultades existen para hacer posible la inclusión en todo los sentidos.

Otros hablaban de casos específicos de estudiantes que presentan características de tener algún grado de trastorno en el desarrollo intelectual leve que les impide responde en las cátedras y que ellos como docente no sabe direccionarlos.

Otros expresan la carencia de tecnología en la universidad para abordar el trabajo y facilitarle las condiciones a los de baja visión.

Algunos docentes comentan que la carencia del sistema trae como consecuencia una nula caracterización de la población y que no existe en la matrícula un ítem que los capte.

Otros docentes expresan que la universidad no fue hecha para personas en condición de discapacidad física o sensorial visual ya que sus espacios llámense rampas y baños no están construido con las medidas y disponibilidad requerida.

Otros pocos carecen del conocimiento de la normatividad y lo expuesto a nivel nacional e internacional como derecho irrefutable a la educación.

Los docentes que muestran gran interés por el tema son los docentes de la facultad de educación y salud, quienes se expresan con conceptualización acorde al tema.

Por otro lado existen docentes que dicen que sería magnífica la creación del sistema de inclusión por que de manera cercana tienen contactos con personas con algún tipo de discapacidad y como toda familia quieren una oportunidad para mejorar la calidad de vida de sus seres queridos.

Otros docentes relatan historias tristes de estudiantes en condición de discapacidad que han tenido que dejar sus estudios porque solo encuentran obstáculos físicos, morales e intelectuales en la Universidad de Pamplona.

Otra cara de la moneda son los casos de personas con discapacidad egresada de la universidad de Pamplona que son profesionales exitosos hablo específicamente de Doris Albarracín (Sensorial Visual) quien cuenta con un trabajo estable y una familia ejemplar, ella agrádesese a sus compañeros y docentes de la época quienes se convirtieron en su apoyo incondicional.

Doris aclara que la sensibilidad y el conocimiento ha cerca del tema es el primer paso para la aceptación.

PLAN DE ACCION

Descripción de actividades

I. SUB- FASE

Estudio de Barreras arquitectónicas. Este estudio es necesario para presentar la propuesta del diseño de asequibilidad o las posibles alternativas para mejorar la calidad de vida en

las personas en condición de discapacidad de la Universidad de Pamplona.

II. SUB FASE

Se inicia el proceso de creación de las políticas públicas y normatividad que respalda la proyección de atención a las personas con discapacidad de la Universidad de Pamplona, esta debe tener claro cuál es la especialidad de la universidad de acuerdo a los resultados que arroje el estudio de barreras arquitectónicas y el presupuesto asignado para este servicio.

III. SUB FASE

Diseño estudio sobre las Tics en Discapacidad y Sistematizar la admisión.

Este estudio está pensado en la adquisición de tecnología para mejorar el bienestar universitario y la calidad en la adquisición de los conocimientos.

Crear formatos digitales que permitan tener datos claros del ingreso de las personas con discapacitadas, estos deben ser diligenciados en la matriculas.

IV. SUB FASE

Diseño del Centro de Atención para la Población con NED. Es un espacio físico adecuado con recursos humanos como terapeutas ocupacionales, sicólogos clínico y educación especial, este equipo estará encargado de prestar un servicio de orientación adecuada.

La educadora Especial tiene como función realizar protocolo de admisión.

Psicología realiza entrevista y aplicación de pruebas requeridos para la admisión Terapia Ocupacional está encargada de los perfiles y orientación ocupacionales – Vocaciones.

V. SUB FASE

Proyección para el trabajo de sensibilizaciones a Comunidad estudiantil esta fase es una de la más relevantes del proyecto busca concientizar a docentes de que la educación es un derecho de todos y que su disponibilidad a participar es vital para su Impacto.

VI. SUB FASE

Adaptaciones curriculares, este trabajo se realiza de la mano de las diferentes decanaturas, directores de programa y docentes.

VII. SUB FASE

Creación de Programas Mediadores desde Bienestar Universitario, esta etapa hace referencia a programas como: estudiantes monitores de exclusividad de la población en condición de Discapacidad.

Programas de integración en el área de la cultura y el deporte entre otros.

VIII. SUB FASE

Gestión de redes internas interdisciplinarias, para la creación de proyectos enfocados a mejorar el bienestar universitario de las personas con discapacidad y su calidad de vida.

Aprovechando las fortalezas de la Universidad de Pamplona con gran variedad de programas fomentar la creación de proyectos que beneficien a la población en condición de Discapacidad.

IX. SUB FASE

Convertir a la universidad de Pamplona en la primera institución, que crea entre sus electivas la lengua de señas y método braille como proyección a prepara a sus profesionales a un camino a la inclusión.

Convertir a la Universidad de Pamplona en la primera universidad de norte de Santander

CONCLUSIONES

Es de destacar la urgencia de conocimiento del proyecto por parte del representante legal de la universidad de Pamplona para avanzar en cada una de las fases planeadas.

La creación y aplicación del sistema de inclusión universitaria llevaría a la Universidad de Pamplona a un estatus elevado al par de instituciones que ya cuentan con el sistema.

Una gran ventaja de tener el sistema de inclusión de la universidad de Pamplona funcionando es poder participar en convocatorias organizadas por el MEN para aspirar a recursos.

Con la creación de las políticas públicas la Universidad se direccionaría y la calidad de la educación para las personas en condición de discapacidad sería un éxito.

En esta etapa del Macro proyecto la conclusión es positiva en cuanto a colaboración de instituciones nacionales e internacionales que de una u otra forma asesoraron a los investigadores y suministraron información verificada y confiable que alimento la investigación.

La investigación en su proceso de recolección de información para la realización de las fases con sus respectivas sub fases fue creando expectativas a docente y administrativos que apoyan el proceso de inclusión.

El tiempo limitado para el proceso de investigación no dejo avanzar satisfactoriamente en los resultados esperados por los investigadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antón, Ares (2006). "Tecnologías e inclusión en la educación superior", *Relatec*, vol. 5, núm. 2.

Antón, Paloma (2010). *Programas y Apoyos Técnicos para favorecer la accesibilidad en la Universidad*. Universidad Complutense de Madrid. España.

Asociación Colombiana de Universidades ASCUN (2007). *Políticas y Estrategias para la Educación Superior en Colombia 2006-2010. De la Exclusión a la Equidad II, Hacia la construcción de un sistema educativo superior más equitativo y competitivo, al servicio del país*. Bogotá.

Blank, L. (1990) *La Administración de Organizaciones, Un Enfoque Estratégico*. Centro Editorial Universidad del Valle. Santiago de Cali.

Booth T. y Ainscow M. (2000) *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva (Indexforinclusion)*. Centro de estudios para la educación inclusiva. Bristil.

Carvajal, Mónica, M. (2005) *Apoyos para Aulas Inclusivas*. Universidad del Valle. Santiago de Cali.

Castro, Aura. Rueda, Elba. (2007) *Reconceptualizar la situación de discapacidad*

para asumirla pedagógicamente. Universidad de Santander, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 2007.

Céspedes, L. Torres, D. *Caracterización de la Población en Situación de Discapacidad de la Universidad del Valle Sede Cali*. Santiago de Cali.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional (2005). *Lineamientos de Política para la Atención Educativa a Poblaciones Vulnerables*. Revolución Educativa. Documento No. 2. Bogotá.

Universidad del Valle Facultad de Salud Escuela de Rehabilitación Humana Fonoaudiología.

Jiménez, R. (2002) *La persona con discapacidad en la Educación superior (Una propuesta para la Diversidad e Igualdad)* Fundación Justicia y Género, San José.

Lara, S. Johana, L. (2010). *Las Miradas de la Diferencia: Percepciones Sociales Frente a la discapacidad en el Aula Universidad del Valle*. Santiago de Cali.

Las personas con discapacidad de Cali volverán a sonreír, andar, ver y oír, [En línea], <http://www.cgh.org.co/noticias.php?id=35>, Centro de Gestión Hospitalaria. Santiago de Cali. Abril 30 de 2011

Max Neef, M. (1986). *Desarrollo a Escala Humana*. Santiago de Chile.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BAJO LA TEORÍA DE NOLA J PENDER A NIVEL DOMICILIARIO

Lizeth viviana lizarazo daza*
Yeribeth Galviz**

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 59 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, planteando como objetivo el identificar las intervenciones de enfermería en una paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, bajo la teoría de Nola Pender con el fin de fortalecer la promoción de su salud a nivel domiciliario, con una metodología de estudio de caso, Cualitativo, lo que comprende un método de investigación Transversal porque no existe continuidad en el tiempo, bajo la teoría de Nola J Pender a nivel domiciliario. A partir de la valoración de enfermería por dominios de la taxonomía NANDA, se aplicó el proceso de atención de enfermería, se realizó priorización mediante modelo área, y abordaje cualitativo observacional descriptivo, orientado mediante la teoría de mediano rango "Promoción de la salud" de Nola J. Pender que permita describir los cuidados de enfermería aplicados en una paciente con diabetes mellitus tipo 1 e hipertensión arterial, siendo útil para verificar la influencia de los cuidados de enfermería en la calidad de vida de estos pacientes, teniendo como resultados que por medio de compromisos se logró llegar a una conducta promotora de salud, por parte del sujeto de cuidado, con respecto a sus patologías de base. Se encontraron diversos estudios donde también trabajaban con la teórica Nola Pender, en pacientes críticos donde demostraban que cuando el paciente tiene conocimientos de su enfermedad realiza una serie de conductas para el control de las complicaciones en su diario vivir, para la calidad y promoción de su salud.

PALABRAS CLAVES: Cuidados, intervención, enfermería, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Nola, promoción de la salud, domiciliario.

ABSTRACT

We present the case of a 59-year-old patient with a history of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension, posing as an objective to identify nursing care in a patient with Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension, under Nola Pender's theory Transversal because there is no continuity in time, under the Nola J Pender theory at the household level. From the assessment of nursing by NANDA taxonomy domains, the nursing care process was applied, a prioritization was made in the area area, and a descriptive observational qualitative approach, guided by the medium-ranking theory. Health promotion "of I can not stop describing the nursing care applied in a patient with diabetes mellitus type 1 and hypertension, being useful to identify the influence of nursing care on the quality of life of these patients, taking into account result that through the medium a behavior relationship with a behavior that promotes health. It is not like this? Nola Pender, how? Health.

KEYWORDS: Care, intervention, nursing, Diabetes Mellitus type 2, arterial hypertension, Nola, health promotion, domiciliary.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica no transmisible, presenta complicaciones crónicas. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) (2006) en el mundo existen más de 347 millones de personas con diabetes. Se predice que para el 2030 en América latina el número de personas con diabetes aumentara en un 148%, y en población general un 40%. Según la Asociación Colombiana de Diabetes la prevalencia de la diabetes tipo 2 es de aproximadamente de 7.4% en hombres y de 8.7% en mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de caso, Cualitativo, es un método de investigación Transversal porque no existe continuidad en el tiempo, se hará un estudio sobre Cuáles son las intervenciones de enfermería a una persona con diabetes mellitus e hipertensión arterial, bajo la teoría de Nola J Pender a nivel domiciliario durante el primer periodo del 2014, a partir de la valoración de enfermería por dominios de la taxonomía NANDA, se aplicó el proceso de atención de enfermería, se realizó priorización mediante modelo área, y abordaje cualitativo observacional descriptivo

RESULTADOS

Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos acerca de las complicaciones de no administrarse la insulina e/p verbaliza ingresar a urgencias por descompensación de insulina, verbalización de no administrarse insulina por 1 día por creencia como ingerir un agua de azúcar, hace elecciones ineficaces como no administrarse la insulina para estar hemodinamicamente estable

Resultado NOC: Conocimiento: control de la diabetes (1820)

Dominio: Conocimientos y conducta de salud (iv)

Clase: Conocimientos sobre salud (s)

Definición: Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus, su tratamiento y la prevención de complicaciones.

Objetivo NOC: La paciente C.H.E verbalizara el proceso y tratamiento de la enfermedad, posterior a la intervención de la enfermera en formación, por medio de sesiones educativas, durante las visitas ambulatorias.

INDICADORES	NINGÚN CONOCIMIENTO 1	CONOCIMIENTO ESCASO 2	CONOCIMIENTO MODERADO 3	CONOCIMIENTO SUSTANCIAL 4	CONOCIMIENTO EXTENSO 5
Proceso de la enfermedad					
régimen de cumplimiento con la insulina					
Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad					

 **Antes de la intervención**
 **Después de la intervención**

NIC: Acuerdo con el paciente (4420)

Campo: 3 conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida

Nivel 2: terapia conductual: intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables

ACTIVIDADES	JUSTIFICACIÓN
Educación al paciente sobre el proceso de su enfermedad Y SUS CUIDADOS mediante un sección educativa mediante ilustraciones educativas relacionas con Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión.	La educación que se le brinda una paciente en relación con el proceso de patológicos ofrece seguridad, confianza y elimina la incertidumbre del paciente en relación al futuro de su enfermedad. La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que no tiene cura pero tiene tratamiento; En esta forma de diabetes, el páncreas es incapaz de producir insulina ya sea porque las células encargadas de ello están dañadas o son incapaces de producirla. Como consecuencia de esta enfermedad, la glucosa (azúcar) se acumula en la

	<p>sangre ya que no puede ser asimilada por las células derramándose entonces en la orina mientras el cuerpo se muere de hambre porque las células no pueden asimilar la glucosa que da la energía para llevar a cabo sus funciones normales. Esto sucede porque la insulina es la conexión necesaria para que las células puedan asimilar a la glucosa.</p> <p>http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96623206 http://www.fundaciondiabetes.org/findrisk/FactoresRiesgo.asp http://www.idf.org/node/26455?language=es</p>
<p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad “compromisos de cuidados, para evitar complicaciones</p>	<p>Al brindar educación sobre los factores de riesgo sobre las diferentes patologías que presenta la paciente evitamos complicaciones en su estado de salud a través del tiempo. Algunos factores como lo son Antecedentes familiares de diabetes, sobrepeso dieta poco sana, inactividad física, edad avanzada, Presión arterial alta, Origen étnico, tolerancia anormal a la glucosa (TAG), aumentan la probabilidad de contraer diabetes y de que si ya se tiene que aumente progresivamente.</p> <p>http://www.geosalud.com/hipertension/hipertension-arterial-factores-riesgo.html http://espanol.ninds.nih.gov/tastornos/tunel_carpiano.htm http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/hbp/atrisk.html</p>

<p>Describir las complicaciones de la enfermedad</p>	<p>Pueden ser micro vasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macro vasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones micro vasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves).</p> <p>Las complicaciones macro vasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardiacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores. En ensayos aleatorizados con testigos de gran envergadura se ha comprobado que un buen control metabólico, tanto en la diabetes de tipo 1 como en la de tipo 2 puede retrasar el inicio y la evolución de estas complicaciones.</p> <p>http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf</p>
--	--

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se realizó con el propósito Identificar las intervenciones de enfermería a una paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, bajo la teoría de Nola Pender con el fin de fortalecer la promoción de su salud a nivel domiciliario durante el primer periodo del año 2014. Para su desarrollo se aplicó el proceso de atención de enfermería bajo encuestas de valoración en diferentes dominios, técnicas objetivas de

valoración, datos subjetivos del sujeto de estudio de sexo femenino de 59 años de edad quien se encontraba en su domicilio en la ciudad San José de Cúcuta. Se enfocó la teórica Nola J. Pender ya que el modelo de promoción de la salud es una de las teorías intermedias que se han comprobado en investigación aportan pruebas para la práctica basada en datos científicos, facilitando, por tanto el traslado de la investigación a la práctica (Pender, comunicación personal, (abril de 2008) Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. “Hay que promover la vida saludable en personas con enfermedades de base porque de ese modo hay menos complicaciones de sus enfermedades, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Según López T (2010) en su artículo “educación diabetológica realizada por el servicio de enfermería para el autocuidado del anciano diabético” Es posible que el diabético, una vez que conozca bien cómo controlar su enfermedad, tenga discrepancias entre los conocimientos adquiridos y su conducta alimentaria real, pero si no ha logrado ni siquiera aprender aspectos elementales, resultará totalmente imposible lograr su estabilidad.

Es necesario reiterar la importancia que tiene la educación sobre el cuidado y control que deben poseer las personas con diabetes mellitus. El fin último de la atención integral a estos pacientes es mejorar su calidad de vida, evitarles la aparición de complicaciones a corto y largo plazos, y garantizarles el desarrollo normal de las actividades diarias. Con el establecimiento del conjunto de acciones para el autocuidado de los ancianos con diabetes, se comprobaron modificaciones significativas en los

conocimientos y prácticas de autocuidado de los sujetos estudiados.

Según Contreras A, & Valderruten A, (2012) en su artículo “intervención educativa sobre diabetes mellitus en el asic 512. edo. vargas. marzo-septiembre” Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito comunal, donde hay una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. La educación sobre la diabetes es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia y la persona.

Granados, E. & Escalante, E. (2010) en su artículo “estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus” parten de la consideración de que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo en las que están involucrado una multiplicidad de factores y que en esencia se trata de un comportamiento humano modulados por componentes subjetivos, en los que se conceptualiza que la conducta de cumplir el tratamiento esta mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tienen de la enfermedad, encontrándose además implicados aquí procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud.

En la adherencia al tratamiento, que como se sabe, comienza a operar en momentos posteriores al diagnóstico de la enfermedad intervienen también la percepción del paciente con respecto la enfermedad, la enfermería ayuda al paciente a conductas de adhesión al tratamiento y a su cumplimiento, promoviendo así su salud y evitando complicaciones a largo plazo.

En términos generales cabe señalar, que en los estudios sobre adherencia en diabetes, la teoría social cognitiva centrándose en la variable autoeficacia, ha reportado que a medida que ella aumenta, son mayores las conductas tendientes al cumplimiento terapéutico, así como también señalan la presencia de una correlación positiva entre autoeficacia y conductas de salud.

Según Pérez Rodríguez, Godoy (2013) en su artículo "Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa" Estudios sobre la calidad de la atención a la salud muestran que los pies de las personas con diabetes no son examinados en la mayoría de las consultas en ambulatorio, situación que puede explicar parcialmente la falta de detección precoz de los problemas de los pies, neuropatías, micosis y problemas de isquemia. Se estima que el 85% de todas las amputaciones podrían ser prevenidas si los pacientes cuidaran de sus pies, haciendo la evaluación diaria y adoptando medidas de prevención para, así, disminuir la magnitud y la incidencia del problema

CONCLUSIONES

Se logró cumplir con el objetivo de realizar un plan de cuidados para Identificar las intervenciones de enfermería a una paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, bajo la teoría de Nola Pender con el fin de fortalecer la promoción de su salud a nivel domiciliario.

Se pudo dar respuesta a la pregunta problemática sobre cuáles son las intervenciones de enfermería a una persona con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, bajo la teoría de Nola J Pender donde en la búsqueda de artículos las que más se encontraron fueron brindar educación sobre la importancia de la dieta, de la actividad física, y la adherencia al tratamiento, en otros estudios los cuidados en la administración y conservación de la insulina, los cuidados de los pies, el afrontamiento de la enfermedad, todo esto encaminado a tener conductas de control de las enfermedades de base para la promoción de la salud.

Finalmente concluyo con que realizar intervenciones de enfermería encaminadas a las conductas promotoras de salud en pacientes que ya presenten una patología de base como lo es la diabetes y la hipertensión ayuda que estas personas lleven una mejor calidad de vida y también a disminuir los índices de mortalidad por complicaciones presentes en las mismas .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baquedano, I . & Santos, M. & Martins, T. & Zanetti, M . (2010) Autocuidado de personas

con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México1 Rev. Latino-Am. Enfermagem Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf

Guadalupe, A. & Rodríguez, S. & Botello, Y. & Guajardo B, & Alatorre, A. (2012) Automonitoreo y tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes: Intervención educativa. eRev, waxapa disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126i.pdf>

Según Gallegosa, E. & Bañuelos B. (2010) Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes mellitus tipo II Rev. Investigación y Educación en Enfermería ISSN Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105216892003>.

Gack, G. & pimenta, E. & Souza, M. & Calcalho ,W. (2010) consulta de enfermería a portadores de diabetes mellitus hipertensión arterial: la integración de la educación y la práctica de cuidados de la salud. Rev. Ciencia y enfermería xvi (2): 17-24 disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_03.pdf

Dres. G, & Faramarz I, & Nowreen .H, & Harlan M, & Chirag. P, (2010) "Control Glucémico Intensivo y Nefropatía Terminal de la Diabetes 2" Rev. Salamandra disponible en: http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos_academicos/AGO2012/03_Agos-to-12_Glucemico_intensivo_y_nefropatia.pdf

Pérez Rodríguez, Godoy (2013) "Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa" Rev. Electrónica trimestral de enfermería. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/154791/143821>

Pupo, M. & Hechavarría, V. (2011) Cultura sanitaria sobre algunos aspectos relacionados con la diabetes mellitus. Imbiomed 15(2): 182-189 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68913&id_seccion=636&id_ejemplar=6893&id_revista=80.

López T (2010) en su artículo "educación diabetológica realizada por el servicio de enfermería para el autocuidado del anciano

diabético” Rev científica Villa clara Medcentro;14(3) disponible en: <http://www.medcentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/138/167>

Aristizábal. P, & Blanco. D, & Sánchez. A, & Ostiguín. R. (2011) El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión disponible Medigraphic enfermería universitaria en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=252&IDARTICULO=36608&IDPUBLICACION=3900>.

Según Alarcón, N. Alonso, M. Cadena, F. (2010) en su artículo “Estilo de Vida y Control Glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de una Institución de Seguridad Social de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Rev. Enfermería universitaria UNAM disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30286/28133>

Granados, E. & Escalante, E. (2010) “estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus Rev científica Scielo 16(2): 203-216, disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2.pdf>

Vargas. A, & González. Avilés, & Aguilar. M, Moreno, Y. (2010) Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Disponible en Rev Fac Med UNAM Vol. 53 No <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un102d.pdf>

Según Juárez, A. & Lourdes M. (2009) La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; 17 (2): 109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaim/ss/eim-2009/eim092j.pdf>

Según Ortiz, M. Ortiz, E (2011) en su artículo “Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev científica Scielo. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>

Según Serrano .C, Torres D, (2013) en su artículo “Impacto de una intervención intensiva multifactorial con diabéticos tipo 2 en Atención Primaria”, Rev nure investigación N° 67 Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE67_proyecto_diabetes2.pdf

Valdés. E, & Castillo. Y, & Cedeño. Y (2012) Intervención educativa en personas con diabetes mellitus en la provincia Granma Revista Cubana de Medicina General Integral. 28(4): 658-667 disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=90107&id_seccion=799&id_ejemplar=8855&id_revista=69.

Contreras A, & Valderruten A, (2012) intervención educativa sobre diabetes mellitus en el asic 512. edo. vargas. marzo-septiembre 2012 disponible en: <http://www.convencionalsalud2012.sld.cu/index.php/convencionalsalud/2012/paper/viewFile/1296/554>

Caricote, E. & Figueroa, E. (2009) LA SALUD Y LOS ESTILOS DE VIDA Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo. Vol. 2. N° 12 disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v2n12/art9.pdf>

Mercedes O, & Díaz D, & Barrientos E, & Peña E. (2009) Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes av. enferm. -Col- Disponible en <http://www.index-f.com/rae/272/r1318.php>.

Herrera. A, & Andrade H, & Hernández O, & Manrique M, & Faria C. (2012) Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. av.enferm., XXX (2): 39-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>

Pérez. A, & Barrios. Y, & Monier. A, & Berenguer, M. (2009) Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. Rev científica Scielo, MEDISAN v.13 n.4 Santiago de Cuba. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san11109.pdf>

Víctor M, & Pablo S. (2012) AUTOCUIDADOS Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Rev científica de enfermería. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_5_nov_2012/revis_bibliografic_autocuidad_educ_therapeutic_diabetes.pdf

Gonzales, A. & Tinoco, A. & Gonzales, B. (2012) en su artículo “Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2” Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>.

Castillo A, & González, M. & García, A. & García M. & Fernández T. & Blanco G. (2013) Rev, electrónica trimestral de enfermería Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.156481/146561>

*APLICACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UN
PACIENTE CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO
DANDO RESPUESTAS A SUS NECESIDADES HUMANAS DESDE
EL MODELO DE SWANSON.*

Leydis Maria Sampayo Vanegas*
Wilmer Argenis Velasco**

RESUMEN

El siguiente artículo presenta el análisis de un estudio de caso de un paciente de 8 meses asignado en la práctica ambulatoria de cuidado de enfermería en el niño y adolescente con esquema de vacunación incompleto cuyo objetivo es aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con esquema de inmunización incompleto dando respuestas a las necesidades humanas y mejorando su calidad de vida durante la rotación ambulatoria en la Unidad Básica Loma Bolívar siguiendo el modelo teórico de Kristen Swanson, cuya metodología de investigación es de tipo cualitativa descriptivo observacional; obteniendo resultados a partir del modelo área se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería priorizados, así mismo la Protección ineficaz, Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, Mantenimiento ineficaz de la salud, Ansiedad afectando la integridad del sujeto de cuidado, para el cual se realizó un plan de cuidados de enfermería donde se utilizaron la taxonomía NNN y la articulación de la teoría de los cuidados de Swanson. Concluyendo que es importante que como profesionales de salud ayudemos a esta población vulnerable como son los niños a mejorar su calidad de vida previniendo enfermedades mediante la vacunación oportuna reduciendo la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y lógicamente reduciendo la mortalidad.

PALABRAS CLAVES: Enfermería, vacunación, cuidado.

ABSTRACT

The following article presents the analysis of a case of a patient of 8 months in the ambulatory practice of nursing care in the child and adolescent with an incomplete vaccination scheme whose objective is to apply the process of nursing care in a patient with incomplete immunization scheme to respond to human needs and improve the quality of life during ambulatory rotation in the Loma Bolívar Basic Unit following the theoretical model of Kristen Swanson, whose research function is of a qualitative, descriptive, observational nature; To get information about the status, you can see the results of the results. A nursing care plan was carried out using the NNN taxonomy and the articulation of Swanson's care theory. What is the important? How to improve the quality of life? How to improve the quality of life?

KEYWORDS: Nursing, vaccination , care .

INTRODUCCIÓN

Durante la práctica ambulatoria de cuidado en el niño y el adolescente en la Unidad Básica de Loma Bolívar IMSALUD se realiza un estudio de caso de un paciente de 8 meses de edad con esquema de vacunación incompleto en el cual se realiza el proceso de atención de enfermería, realizándose 2 visitas domiciliarias, donde se llevó una secuencia de las etapas de: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación incorporándose la teoría de Swanson como modelo en el estudio.

Históricamente, la inmunización en niños ha alcanzado éxito en diversos países, por medio de altas coberturas con vacunas y considerables avances en el control y erradicación de enfermedades.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) fue diseñado en los años 1970 por la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de seis enfermedades prevenibles por inmunización: sarampión, coqueluche, poliomielitis, tuberculosis, tétano y difteria, mediante aplicación de las vacunas correspondientes.

La vacunación es una acción de rutina en los servicios de atención primaria a la salud, con gran influencia en las condiciones generales de salud del niño. Representa un expresivo avance tecnológico en salud en las últimas décadas, y es considerada un procedimiento de buena relación costo-eficacia en el sector salud. Para ampliar las metas de cualquier programa de inmunización es necesario administrar las vacunas adecuadamente, en tiempo oportuno y con una práctica que requiere esfuerzos efectivos de los profesionales de salud, en relación al cambio en las actitudes y creencias sobre la inmunización.

Cuanto más la vacunación está integrada al cuidado del niño, en el proceso de crecimiento y desarrollo, más éxito la inmunización tendrá como un indicador de cobertura de la vacunación, contribuyendo también para ampliar el entendimiento de las familias sobre esa acción de salud.

En cuanto al proceso de enfermería en esta acción de programa de inmunización proporciona el mecanismo por el que el cual utiliza sus acciones, conocimientos y habilidades para diagnóstico y tratar la repuesta del cliente a los problemas reales y potenciales de la salud, siendo una serie de acciones señaladas para cumplir los objetivos propuestos, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia proporcionar la cantidad de asistencia y así cubrir las necesidades individuales del paciente.

MARCO TEÓRICO

El decreto 1562 de 22 de junio de 1984 regula parcialmente los títulos VII y XI de la ley 9 de 1979 miran la parte epidemiológica Constitución de 1991. Establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada Ley 100 de 1993. Implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual reorganiza el sistema de prestación de servicios en salud, desarrollar el servicio público de la salud y genera una complementariedad entre la red pública y la red privada de prestadores con el fin de lograr una mayor cobertura.

En su artículo 3 entre otras menciona que los servicios y beneficios correspondientes a la acción en vacunación según el esquema único Nacional del (PAI), estarán incorporados a los planes de Salud tanto del régimen contributivo como subsidiado y serán a cargo de los recursos del subsidio a la oferta para la población vinculada en el artículo 12 de las acciones de Vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo con relación al PAI hace referencia a la prevención de enfermedades Inmuno prevenibles, búsqueda activa de casos y contactos de las enfermedades inmuno prevenibles, artículo 165, la Ley 100 del 93 define el Plan Obligatorio de Salud El Plan Ampliado de Inmunizaciones, en el marco del SGSSS se considera prioritario y se encuentra incluido en las políticas de gobierno en favor de la niñez y la mujer. Por tanto, sus actividades están incluidas en los planes de beneficios, Plan de Atención Básica (PAB) y Plan Obligatorio de Salud (POS). PIC Resolución 4288 de 1996 Acuerdo No.117 de diciembre de 1998.

Resolución 0412 de 2000 se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud públicas definiendo específicamente para Pal artículo 3 artículo 13

Aparte 4 del tomo 1, ítem 5.3 de la norma técnica para la atención al recién nacido, referente a los cuidados mediatos del neonato, se establece como responsabilidad Resolución 3384 de 2000 En su capítulo IV, artículo 12 fija las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las normas técnicas de protección específica, entre éstas vacunación para el régimen contributivo y subsidiado (ajustada en la circular externa 000052 de 2002 y circular 18 del 2.004).

Ley 715 de 2001 En su artículo 46 en el cual se aclaran las competencias en Salud Pública artículo 52 establece la distribución de recursos para financiar las acciones de Salud Pública definidas como prioritarias para el país 10% EN VACUNACION Resolución 001535 del 20 de noviembre de 2002 Decreto 2309 de 2002 del Ministerio de Salud Decreto 2287 del 12 de agosto de 2003 El cual tiene como obligatoriedad que a la edad los niños tengan todas las vacunas

Acuerdo 002-1998 del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud; se fijan reglas para las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado están obligadas a suministrar las vacunas que requieran sus afiliados según lo establece el manual de medicamentos y hacer promoción y prevención en las actividades relacionadas con jornadas Distritales de vacunación La Resolución 671 de julio de 2001 de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá mediante la cual se establece la obligación de las IPS que atienden partos respecto de la vacunación a los recién nacidos

Decreto 085 de 2003 de la Alcaldía Mayor de Bogotá., por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar la cobertura efectiva del

Programa Ampliado de Inmunizaciones en el Distrito Capital.

ACUERDO 003 CRES 2010. Actualización POS C –POS S.ARTICULO 49: Las vacunas cubiertas son las contempladas en el PAI. Las EPS deben promover e inducir demanda de la inmunización activa de los biológicos y garantizar la accesibilidad y calidad de biológicos.

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr: coberturas universales de vacunación disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmuno prevenibles min protección social a través de las estrategias de promoción, prevención y vigilancia de salud pública, en el marco del sistema general de seguridad social de salud.

El proceso de enfermería, propuesto por Kristen Swanson, es un método que busca determinar con base en el nivel de conocimiento, las capacidades del cuidado, así como el papel que el enfermero (o la persona) irá a desempeñar para suplir las exigencias necesarias para la satisfacción del mismo cuidado. (Mattia A.; Santos S. & Oliveira T. 2010).

TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON

Kristen Swanson plantea en el año 1991 la “Teoría de los Cuidados”, la autora concibe los cuidados de enfermería como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad profesional. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) cuyo único propósito o resultado es lograr el bienestar del paciente, logrando que este reanude sus actividades.

- Cuidados: Forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.
- Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento y de enfrentarse al futuro con

significado, creyendo en la capacidad del otro, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

- Conocimiento: Se refiere a la capacidad de las personas para dar cuidado, teniendo en cuenta el conocimiento empírico, ético, personal y estético.
- Estar con: Las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, con miras a devolver la salud al individuo.
- Hacer por: Las condiciones enfermera-paciente, que aumentan o reducen la posibilidad de suministrar cuidados dependiendo de las necesidades del paciente.
- Posibilitar: Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, generando alternativas y dando retroalimentación. (Modelos y teoristas de enfermería.2012).

Metaparadigmas desarrollados en la teoría

- Persona: “seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas”.
- Cuidado: La enfermería es una disciplina que se basa en el conocimiento empírico, ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y, los valores expectativas personales para brindar al paciente un cuidado holístico.
- Salud: Restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidado.
- Entorno: Sostiene que el entorno para la enfermería es “cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente”. Afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos.

Swanson plantea que independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera. Por lo tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una

creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al paciente.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa observacional, donde se realizó el Proceso de Atención de Enfermería de un paciente con atraso en el esquema de vacunación, el cual fue seleccionado durante la práctica de Cuidado de enfermería en el niño y adolescente; realizándose recolección de información de datos subjetivos y objetivos, valoración por dominios NANDA, aplicación de escalas validadas, para seguidamente establecer los diagnósticos enfermeros, modelo área, NOC -NIC desde la mirada de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson abordando tres principios que la componen: conocimiento, estar con y hacer por.

RESULTADOS

Relacion teoria de kristen swanson discusión

Partiendo de los hallazgos encontrados, se puede establecer que la inmunización, es muy importante en los niños ya que los ayuda en la prevención de enfermedades inmuno prevenibles.

Las intervenciones realizadas durante el proceso contribuye a que el cuidador principal pueda ofrecerle los cuidados que el niño necesita y continuar con el esquema de vacunación, permitiendo que el mismo disminuya la probabilidad de enfermarse, mejorar en su calidad de vida y fortalecer su crecimiento sanamente.

Estudios muestran la relevancia de la práctica de enfermería para el éxito de la inmunización infantil, las prácticas de inmunización son variadas e incluyen actos técnicos, así como relacionales, organizacionales y actividades de educación continuada.

Las decisiones sobre la inmunización en la infancia no son fáciles para los padres, y es fundamental que los profesionales de salud les ofrezcan informaciones actualizadas e incentiven a los mismos. (Plumridge E 2009)

Las intervenciones realizadas en el paciente con necesidad de inmunización, guiadas mediante la teoría de los cuidados de Kristen Swanson ha demostrado que es importante emplearla con frecuencia como marco para la práctica profesional de enfermería ya que permite que como enfermeros se participe en el cuidado del paciente con esquema de vacunas incompleto y posteriormente contribuir en mejorar las prácticas de la madre como cuidadora principal del niño, es así que la teoría ofrece unos conceptos que guían al profesional a mejorar la práctica de enfermería en cuanto al cuidado del niño con esquema de vacunación incompleto y con esto mejorar su calidad de vida.

A pesar del entendimiento de la importancia de la inmunización, los padres, frecuentemente, tiene múltiples responsabilidades que los

CONCLUSIONES

Es importante que como profesionales de salud ayudemos a esta población vulnerable como son los niños a mejorar su calidad de vida previniendo enfermedades mediante la vacunación oportuna reduciendo la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y lógicamente reduciendo la mortalidad.

Las inmunizaciones son una herramienta fundamental de la Salud Pública ya que constituye una medida de prevención de primera magnitud, que permite la protección contra enfermedades inmuno prevenibles.

Es muy importante educar a los padres a que lleven a los niños vacunar y que sigan un esquema de vacunación completo ya que si el niño no es llevado a las citas en las fechas estipuladas se pueden perder algunas vacunas.

Si un niño ha dejado de recibir su vacuna por mucho tiempo se debe continuar con la que le toca para completar su esquema de inmunización y con esto prevenir enfermedades. Necesidades de cuidado médico especial. *Revista Chil Infect*; 24 (6): 485-490.

Torres Bardones M. (2013). El proceso de enfermería en la vacuna antineumococcica. Consultado en: <http://www.socinorte.com/wp-content/uploads/2013/06/Proceso-de-enfermer%C3%ADa-en-Vacunaci%C3%B3n-Antineumoc%C3%B3cica.pdf>

impiden de recordar el calendario de vacunación del niño. La inmunización de bebés y niños depende de la iniciativa de sus adultos cuidadores, muchos de los cuales pueden estar altamente ansiosos con la seguridad de las vacunas, o preocupados en someter sus niños a procedimientos dolorosos. Los enfermeros precisan construir buenos relacionamientos y alianzas prácticas con los padres/cuidadores. (Joyce C. 2011)

La vacunación, como importante cuidado protector para la salud del niño, implica en la articulación entre familia, profesional de salud en este caso enfermería y comunidad; el involucramiento y responsabilidad de todos dificultarían perder oportunidades de inmunización para el niño.

Es importante que se sigan investigando e implementando estrategias que ayuden en el compromiso de los padres hacia sus hijos en cuanto a llevarlos a vacunar ya que este es totalmente gratuito y además es un derecho para el niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rodríguez Heredia O; Castañeda Souza A (2009). Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses. *Revista AMC v.13 n.2 Camagüe*.

Alves Figueiredo G L; Coelho Pina J; Pamplona Tonete V L; Garcia de Lima R A; Falleiros de Mello D. (2011). Experiencias de familias en la inmunización de niños brasileños menores de dos años. *Revista Latino-Am. Enfermagem 19(3):[09 pantalla]*.

Solís Y; Lilian Bolte, Jennipher Johnson M., Jaime Cerda L. y Marcela Potin S. (2008). Adherencia a las inmunizaciones en niños con Galindo Santana B M; Arroyo Rojas L; Díaz D (2010). Seguridad de las vacunas y su repercusión en la población. *Revista Cubana de Salud Pública*; 37(1)149-15.

Arévalo Alcocer M E; Suarez Cuba M A; Rocha Mercado G. (2008). Inmunización en niños. *Revista paceña de medicina familiar 4(5): 76-80*

Castillo de Febres O; Carrizo J T; Izaguirre J; Betancourt A; Narváez M, (2012). Esquema de inmunizaciones para niños, niñas y adolescentes en Venezuela. recomendaciones para 2012-2013 sociedad venezolana de puericultura y pediatría. *Archivos Venezolanos de puericultura y pediatría; Vol 75 (1): 25-27.*

Huerta González I. (2014). Programa de vacunaciones de Asturias. Consultado en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=5ea1acd27be23410VgnVCM10000098030a0aRCRD>

Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2002). Vacunación Segura: Cómo enfrentar los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización. Consultado en: <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/copia%20leydy%2002.pdf>

Norma técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Vacunación PAI. Consultado en ministerio de salud- Dirección General de salud pública.

Alman Ruiz E; Ruiz Fernández J (2008). Manual de Vacunaciones para Enfermería. Consultado en: <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodosalud/Enfermeria/Documentos%20de%20intereses/Manual%20vacunaciones%20enfermeria.pdf>.

González M; Sandoval C; Valenzuela P; Montecinos L; Martínez C; Godoy P; Abarca K. (2013). La vacuna polio oral en lactantes no interfiere con la detección de enterovirus en sangre. *Revista Chilena Infectol 30 (6): 626-629*

Pardo Reyes A; Cardoso Rodríguez E, Díaz Cediell SA; Díaz Medina L; Montañéz Mancera

A. (2007). Evaluación de la adherencia al esquema de vacunación Plan Ampliado de Inmunizaciones Clínica Infantil Colsubsidio. *Revista. Ciencia. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 18-32,*

Potin M; Cerda J; Contreras L; Muñoz A; Ripoll E; Vergara R. (2012). Modificación en el esquema de vacunación antipertussis en Chile,

vacunación en grupos especiales y estrategias de control. Comentario del Comité Consultivo de Inmunizaciones (CCI) de la Sociedad Chilena de Infectología. *Revista Chilena Infectol 29 (3): 307-311*

Cuevas Valdespino I; Jiménez López G; Peña Machado M; Ávila Pérez J; González Delgado BE (2007). Resultado de la Farmacovigilancia de vacunas producidas por el Instituto Finlay. Calzada de Infanta No. 1162, Centro Habana, La Habana, Cuba.