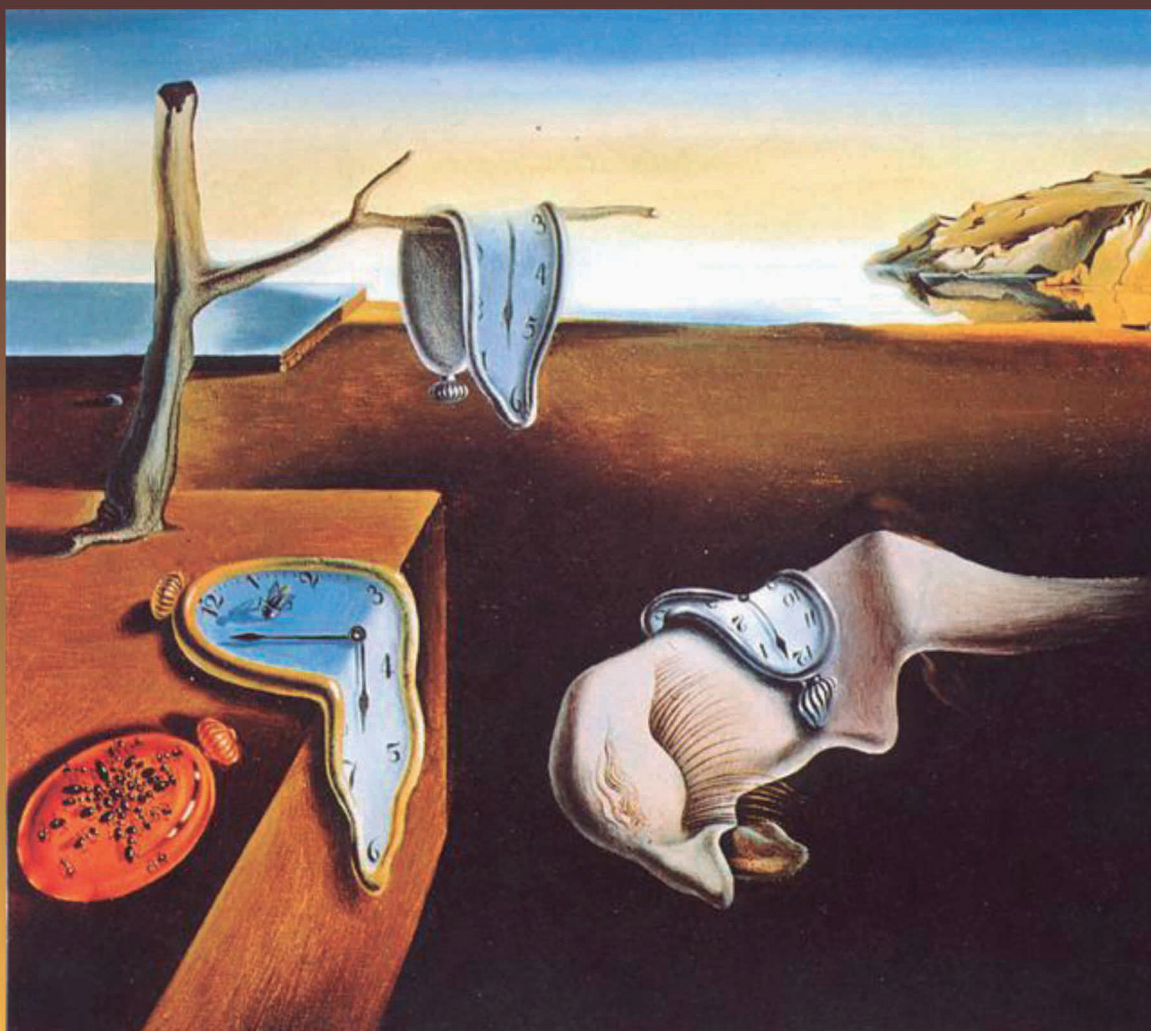




Cultura del Cuidado **ENFERMERÍA**

Universidad Libre - Seccional Pereira

Revista ISSN 1794-5232 / Vol. 13 N° 1, enero a junio de 2016 / Pereira, Colombia



*Esta revista se encuentra indexada en:
Publindex-categoría C, Latindex, Lilacs, Dialnet y Cuiden*

Cultura del Cuidado ENFERMERÍA

Universidad Libre - Seccional Pereira

Revista
ISSN 1794-5232

Vol. 13 N° 1, enero a junio de 2016
Pereira, Colombia

Correspondencia:

Correspondencia: Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Libre, sede Belmonte.
Tel: +57-6-3155645 Fax: +57-6-3155645. Pereira, Colombia.
Correos electrónicos: enfermeria@unilibrepereira.edu.co
culturadelcuidado@unilibrepereira.edu.co

Jorge Orlando Alarcón Niño
Presidente Nacional

Jorge Gaviria Liévano
Vicepresidente

Fernando Emrique D'janón Rodríguez
Rector Nacional

Antonio José Lizarazo Ocampo
Censor Nacional

Floro Hermes de San José Gómez Pineda
Secretario General

Miguel Hernando González Rodríguez
Presidente Seccional

Fabio Giraldo Sanz
Rector Seccional

Diana Patricia Giraldo Palacio
Censor Seccional

Carmen Helena Aragón Villa
Secretaria Seccional

Beatriz Elena León de la Pava
Síndica-Gerente

Julián Osorio Valencia
Director Seccional de Investigaciones

María Teresa Rodríguez Lugo
Decana Facultad de Ciencias de la Salud



Seccional Pereira



Editor Principal

Lilia Andrea Buitrago Malaver
Directora Centro de Investigaciones
Facultad de Ciencias de la Salud

Comité editorial

Martha Whetsell, RN. ARNP, PhD
Associate Professor
The City University of New York
Department of Nursing
Lehman College and
Associate Professor
Doctoral Program in Nursing Science
The Graduate Center of the City University of New York

Erick Landeros Olvera
Doctor en Ciencias de Enfermería
Profesor Investigador de la Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla

María Clara Tovar Toledo
Doctora en Filosofía de la Educación
Directora de Programas de Posgrado
Escuela de Enfermería de la Universidad
del Valle

Obra de la portada

Título: La persistencia de la memoria
Autor: Salvador Dalí
Año: 1931
Técnica: óleo sobre lienzo
Sitio web:
<http://uploads6.wikiart.org/images/salvador-dali/the-persistence-of-memory-1931.jpg!Large.jpg>

Esta revista se encuentra indexada en:
Publindex-categoría C, Latindex, Lilacs, Dialnet y Cuiden

CONTENIDO

EDITORIAL	4
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA	
Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares <i>Jéssica Paola Hernández Gómez, Mary Luz Jaimes, Yaneth Carvajal Puente, Diana Paola Suárez Suárez, Paulin Yesenia Medina Ríos, Socorro Fajardo Natez</i>	6
Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino en población de riesgo. Ciego Montero. Cienfuegos, Cuba 2015 <i>Daynisett Molina Curbelo, Héctor Cabrera Rodríguez, Lourdes Montenegro Arias, Vismery Valdes Vales</i>	22
Masaje facial en la evolución de pacientes con terapia electroconvulsiva <i>Disley Pedraza Pérez de Prado, Alina Pérez Ruiz, Heidy Díaz García, Mirelys Sarduy Lugo</i>	31
Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un hospital universitario <i>Mónica P. Quemba M., Andrea C. Ortiz, Diana C. Fetecua V., Ingrid C. Sánchez M., Paola N. Acosta B.</i>	40
Transdisciplina y enfermería, un recorrido por el estado del arte del 2000 al 2015 <i>Ricardo Antonio Escobar, María Beatriz Escobar</i>	50
REFLEXIÓN	
Necesidad de legislación para la regulación de enfermería de práctica avanzada en Colombia <i>Luz Estella Varela L</i>	60
Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos <i>José Alonso Andrade Salazar, Laura Patricia Lozano Sapuy, Angélica Rodríguez Romero, Juan Andrés Campos Ramírez</i>	70
INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	90

EDITORIAL

Palabras de agradecimiento al laboratorio del afecto

“La verdadera autoestima nace de aprender a reconocernos como seres capaces de afrontar los desafíos de la vida”

Por: Internas pabellón B.
Guillermo Valencia Montoya¹
Beatriz García González²
Mercy Soto Chaquir³

El cumplimiento de las funciones sustantivas de las universidades en docencia, investigación y proyección social, son posibles en espacios donde el conocimiento permite transformar una realidad que refleja una problemática la cual después de ser intervenida se le reconoce un beneficio y sobre todo si este beneficio puede permanecer a través del tiempo en la vida de los participantes; tal es el caso del proyecto del “Laboratorio del Afecto”, que busca la promoción de la salud mental de las mujeres privadas de la libertad en un reclusorio en la ciudad de Pereira, donde a través de una intervención interdisciplinaria de Psicología clínica y Enfermería se busca el fortalecimiento del auto concepto, considerado como un importante factor protector para la salud mental.

La salud mental según la OMS, es considerada como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Cuando se habla de contextos carcelarios a nivel mundial se piensa en hacinamiento, proliferaron de enfermedades, violencia, vulneración a los derechos humanos, lo cual no es ajeno a la situación que se vive en Colombia, donde en los diferentes medios de comunicación se comenta de una crisis carcelaria, la cual se agrava con la condición de mujer, quien sufre el aislamiento social, todo lo anterior se constituye en riesgo para no alcanzar ese estado de bienestar y que le generan tensiones con su entorno.

Para ayudar a paliar esta situación el programa de enfermería de la Universidad Libre, viene trabajando ininterrumpidamente desde el año 2009 en la promoción de la salud

1 Psicólogo, especialista en psicología clínica y en docencia universitaria. Profesor Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre y Universidad Tecnológica de Pereira. Correo electrónico: guivalmo49@hotmail.com

2 Enfermera, Mg. en docencia universitaria, Profesora Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre. Correo electrónico: bgarcia@unilibrepereira.edu.co

3 Enfermera, Mg en Enfermería, Profesora Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre. Correo electrónico: msoto@unilibrepereira.edu.co

mental de esta población con este proyecto de educación psicosocial para fomentar el autoreconocimiento de las participantes centrado en las temáticas de: Autoestima, autonomía, comunicación asertiva, control del estrés, buen trato y la funcionalidad familiar. Después de 7 semanas continuas de trabajo, las participantes reciben un certificado de la universidad que les acredita 40 horas de formación académica, pero más allá de este logro, lo que motiva a seguir buscando el cumplimiento de las funciones sustantivas de la educación superior es reconocer en las voces de participantes las transformaciones de la realidad que viven, razón por la cual hoy se comparte esta nota de agradecimiento de las internas del pabellón B.

“Hoy que terminamos oficialmente este taller y queremos expresar lo agradecidas que estamos con cada uno de ustedes y con la universidad Libre por tomarse el tiempo para sembrar en nosotras la semilla del autoestima ya que gracias a este hermoso proyecto nosotras las internas que asistimos a él estamos creciendo como personas al reconocernos como mujeres integrales, que en algún momento de nuestra vida tomamos una decisión errada de acuerdo a la situación de cada una pero que esta decisión no define quienes somos para siempre, acá aprendemos que una cosa es la conducta que la ley condena y otra muy distinta somos nosotras como seres humanos iguales en derechos.

Acá aprendimos que nadie es dueño de la verdad absoluta y también nadie está equivocado totalmente, que los derechos de cada ser humano llegan hasta donde vulneramos los derechos del otro. Que la verdadera autoestima nace de aprender a reconocernos como seres capaces de afrontar los desafíos de la vida, confiando a nuestras propias capacidades aceptando nuestro derecho a ser felices y dignos de gozar los frutos de nuestros esfuerzos, independiente de lo que piensen los demás.

También aprendimos que la base de una buena convivencia es el lenguaje y la comunicación asertiva empezando a cambiar los esquemas tradicionales de comunicación pasiva o agresiva, desde nosotras mismas aprendiendo a manifestar nuestras posiciones de manera que la familia, la comunidad o círculo de convivencia no se sienta agredida pero tampoco nosotras.

Que la visión de familia al igual que los tiempos ha evolucionado y que familia abarca mucho más que padres e hijos, que familia es todo aquello que nos hace sentir que cumplimos una función importante en la tierra, que la manera en que se nos vea como familia funcional o disfuncional depende de que cada miembro de la misma realice sus funciones, como la máquina de un reloj si todo funciona nos dará exactitud.

Por último nuevamente gracias por no estigmatizarnos, por no hacer parte de esta sociedad de doble moral. Dios los bendiga”

Yaqueline Mejía

Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares

Jéssica Hernández Gómez¹, Mary Luz Jaimes Valencia², Yaneth Carvajal Puente³, Diana Paola Suárez Suárez⁴, Paulin Yesenia Medina Ríos⁵, Socorro Fajardo Nates⁶

Resumen

Introducción: El modelo de adaptación de Callista Roy, fue desarrollado por una enfermera en el año 1964, en el que describe al ser humano como un ser con las capacidades y recursos para lograr una adaptación a la situación que se esté enfrentando en su proceso salud enfermedad.

Objetivo: Identificar los instrumentos creados con el enfoque del modelo de adaptación de Callista Roy en escenarios cardiovasculares, reportados por la literatura en el periodo del año 2000 a 2015.

Metodología: Se realizó una búsqueda sistematizada de la literatura en las bases de datos Pubmed, Bireme, Scielo y revistas de enfermería especializadas. Se utilizaron descriptores de Bireme y palabras Mesh como: Enfermería, Cuidado, Enfermedades Cardiovasculares, Adaptación, Cuidado de Enfermería; Nursing, Care, Cardiovascular Diseases, Adaptation, Nursing care. Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta: artículos publicados entre el año 2000 a 2015 de texto completo en el idioma español e inglés, que reportaran la utilización de instrumentos con el modelo de adaptación de Callista Roy en escenarios cardiovasculares en las bases de datos o revistas especializadas.

Resultados: Inicialmente se localizaron 50 artículos de los cuales 11 reportaron la creación de instrumentos con el modelo de Callista Roy y 4 específicamente utilizados en instituciones de servicios cardiovasculares. Conclusiones La literatura reporta que si se han utilizado instrumentos de valoración con el modelo de Callista Roy en escenarios cardiovasculares. Dentro de los instrumentos localizados algunos reportan mejores propiedades psicométricas que otros.

Palabras claves: Enfermería; Cuidado; Enfermedades Cardiovasculares; Adaptación; Cuidado de Enfermería. (Fuente: DeCs Bireme).

1 Estudiante de Enfermería. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Correo: jhernandez33@unab.edu.co

2 Enfermera., Magister en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar., Doctora en Enfermería Práctica y Educación. Docente titular programa de enfermería, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Correo: mjaimes239@unab.edu.co

3 Enfermera., Magister © en enfermería. Coordinadora de enfermería, Instituto del Corazón de Bucaramanga. Correo: coord_enfermeria@institutodelcorazon.com

4 Enfermera., Hospital San Antonio de Soata. Correo: dsuarez56@unab.edu.co

5 Enfermera servicio de Urgencias Clínica Bucaramanga. Correo: pmedina@unab.edu.co

6 Enfermera, Especialista en Administración de Servicios de Salud. Docente asistente Programa de Enfermería Universidad Autónoma de Bucaramanga

Callista Roy adaptation model: assessment instruments reported by the literature in cardiovascular scenarios

Abstract

Introduction: *Callista Roy's model of adaptation was developed by a nurse in 1964, in which she describes the human being as a being with the capacities and resources to achieve an adaptation to the situation that she is facing in her health process disease.*

Objective: *To identify the instruments created with the approach of the model of adaptation of Callista Roy in cardiovascular scenarios, reported by the literature in the period from 2000 to 2015.*

Methodology: *A systematized search of the literature was carried out in Pubmed, Bireme, Scielo and specialized nursing journals. Bireme descriptors and Mesh words were used as: Nursing, Care, Cardiovascular Diseases, Adaptation, Nursing Care; Nursing, Care, Cardiovascular Diseases, Adaptation, Nursing care. Among the inclusion criteria were: articles published between 2000 and 2015 full text in Spanish and English, which report the use of instruments with the Callista Roy adaptation model in cardiovascular scenarios in data bases or specialized magazines.*

Results: *Initially 50 articles were found, 11 of them reported the creation of instruments with the Callista Roy model and 4 specifically were used in cardiovascular service institutions.*

Conclusions: *The literature reports that assessment instruments have indeed been used with the Callista Roy model in cardiovascular scenarios. Within the localized instruments some of them report better psychometric properties than others.*

Key words: *Nursing, Care, Cardiovascular diseases, Adaptation, Nursing Care. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

La enfermera Callista Roy, nació en 1939 en los Ángeles, California, realizó estudios de posgrado en enfermería pediátrica, hacia el año de 1963. En uno de sus seminarios en su proceso formativo de maestría, junto con Dorothy Johnson su asesora desarrolló los principios de un modelo conceptual de enfermería, basada en su experiencia en el área de pediatría en el que tuvo en cuenta la capacidad de recuperación y adaptación a cambios físicos y psicológicos por parte del niño, posteriormente en el año de 1977 realizó su doctorado en Sociología (1, 2, 3). De su experiencia profesional y formativa se derivaron sus primeras publicaciones en 1970, un artículo Titulado “Adaptación: Un marco conceptual para enfermería”, en 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model” (4).

Las fuentes teóricas del modelo de adaptación de Callista Roy se basan en

la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson (5). Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, y en la unidad cósmica, términos que han sido incorporados recientemente por Roy (3). El modelo se basa en dos pilares teóricos; la adaptación y los sistemas humanos: a) adaptación se refiere al “proceso y al resultado por los que, las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su ambiente”; b) sistema humanos definido como el “conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes”(6-13). El modelo adaptación se puede evidenciar en la tabla 1 donde se presentan modos adaptativos y procesos de afrontamiento de Callista Roy y en la figura 1 se explica de manera dinámica el modelo de adaptación (2,14-18).

Tabla 1. Modos adaptativos y procesos de afrontamiento de Callista Roy.

Modos adaptativos (19)	Mecanismo de afrontamiento (19)
- Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación.	- Regulador: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- Autoconcepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo.	- Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.
- Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta.	
- Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener Iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo).	

Fuente: Definiciones tomadas de Gómez-Torres D, Méndez-Salazar V, Velasco-Whetstall M. Gerentes de escuelas de enfermería: una discusión sobre su adaptación al entorno social según la Teoría de Roy. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2409>

MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

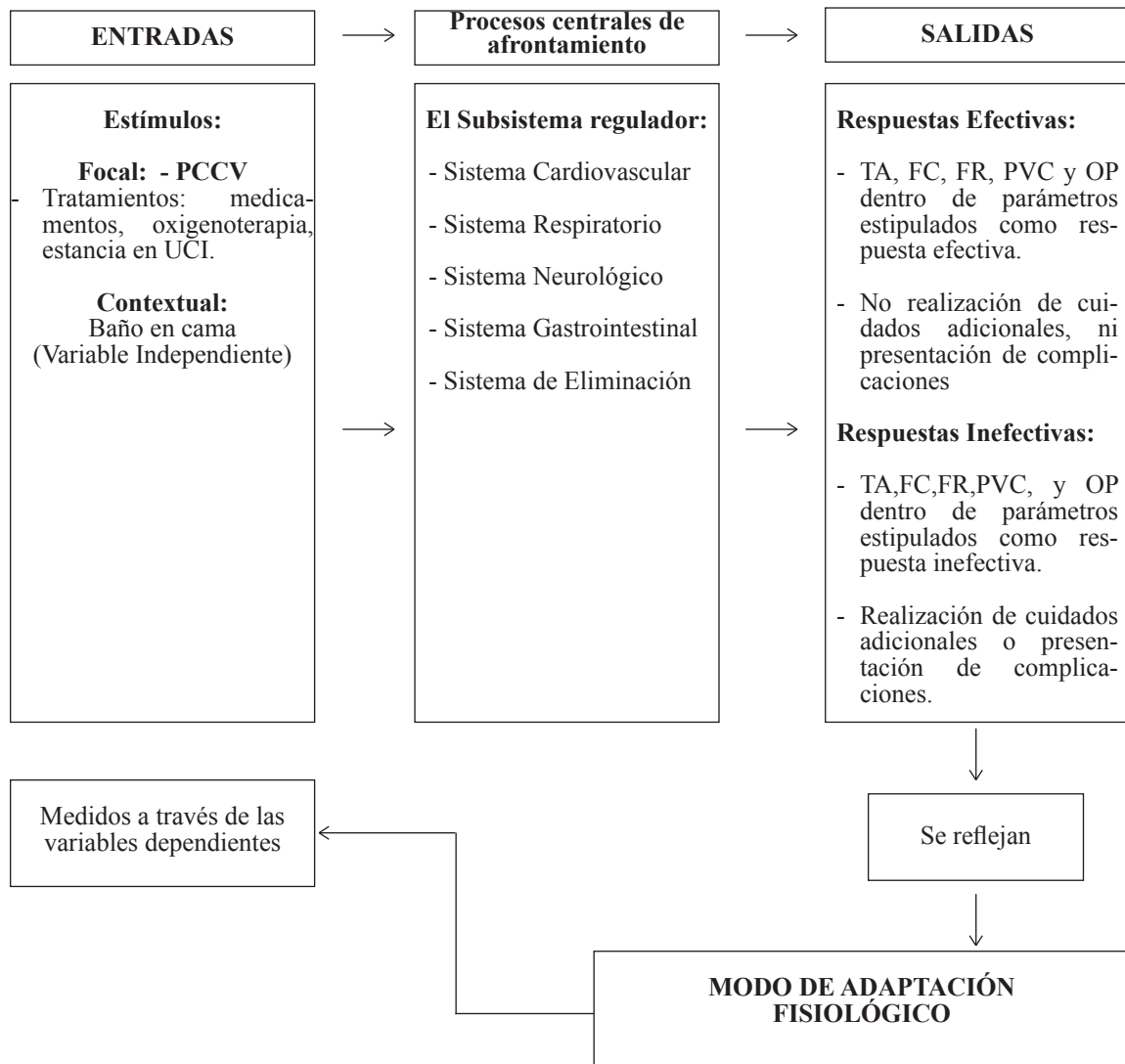


Figura 1. Modelo de adaptación de Callista Roy.

Fuente: Villamizar Carvajal B, Durán de Villalobos M. Modelo de adaptación de Roy en un ensayo clínico controlado [Internet]. Avances en enfermería. 2012 (8)

Callista Roy es la teorista de enfermería que más ha desarrollado y trabajado en el concepto de adaptación; ha especificado problemas, niveles y modos de adaptación a estímulos determinados a través de procesos de afrontamiento innato o adquirido en los seres humanos a los cuales considera como sistemas holísticos (8-11). Es importante reconocer que a lo largo de los años las enfermeras en

diferentes países alrededor del mundo se han motivado en su aplicación, entre ellas enfermeras latinoamericanas, como se evidencia en productos de investigación publicados en revistas de enfermería (3,4,9,14-18)

De esta manera, se identifica que el modelo de Callista Roy se ha utilizado en distintos escenarios (19-25), clínicos

(en servicios de pediatría, neurología, cardiología entre otros) y comunitarios (personas mayores con hipertensión) y también las situaciones de adaptación por parte del personal de enfermería en espacios estresantes (En desastres naturales, Unidad de cuidados intensivos UCI Cardiovascular y Directoras de escuelas de enfermería) (19-34).

Desde esta perspectiva resulta de interés realizar una revisión de la literatura que permita identificar los instrumentos de valoración que se hayan creado con el enfoque del modelo de Callista Roy en escenarios cardiovasculares publicados en bases de datos o revistas especializadas de enfermería en el periodo del año 2000 a 2015.

Método

Para esta revisión sistematizada de la literatura se diseñó un protocolo de búsqueda, en el que se establecieron como criterios de inclusión artículos en las bases de datos Pubmed, Bireme, Scielo y revistas de enfermería especializadas como Aquichan, Avances en enfermería. Se utilizaron descriptores de Bireme y palabras MeSH como: Enfermería, Cuidado, Enfermedades Cardiovasculares, Adaptación, Cuidado de Enfermería; Nursing, Care, Cardiovascular Diseases, Adaptation, Nursing Care. Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta: artículos publicados entre el año 2000 a 2015 a texto completo en el idioma español o inglés, que reportaran la utilización de instrumentos con el modelo de Callista Roy en escenarios cardiovasculares.

Se generó una plantilla que permitiera identificar la base de datos donde se localizó el artículo, el escenario en el que se desarrollado el estudio, el año en el que fue publicado, con que grupo poblacional

se había trabajado, calidades métricas del cuestionario y sus principales resultados. De la búsqueda de la literatura se lograron localizar 50 artículos de los cuales 11 reportaron la creación de instrumentos con el modelo de Callista Roy y 4 específicamente utilizados en instituciones de servicios cardiovasculares.

Resultados y Discusión

La revisión de la literatura en las diferentes bases de datos consultadas y revistas especializadas permite identificar que el modelo de Callista Roy se ha venido trabajando en distintos escenarios y se han realizado intentos en crear instrumentos que faciliten su uso. A continuación se presentan los distintos abordajes que han permitido el uso del modelo desde el reconocimiento de los conceptos del modelo por parte del personal de enfermería, las situaciones del personal de salud y su capacidad de afrontamiento en UCI en situaciones de desastre natural, y con enfermeras directoras de programas de enfermería. Por otra parte también la literatura permite identificar que el modelo se ha utilizado con distintos sujetos de cuidado: en pediatría con niños en edad entre 3 a 12 años, mujeres en situación de aborto, personas mayores en hogares geriátricos, valoración neurológica.

Desde el punto de vista de la utilización del modelo en el área cardiovascular se identifica que se ha trabajado en el personal de enfermería que labora en unidades de cuidado intensivo UCI cardiovascular, y con sujetos de cuidado en distintas situaciones de salud relacionadas con hipertensión arterial, bajo gasto cardiaco, y angina. A continuación se desglosan los principales reportes de la literatura sobre la utilización del modelo en los distintos contextos.

Conocimientos sobre el modelo de Callista Roy y la capacidad de afrontamiento de enfermería y el personal de salud

En la revisión se encontraron tres artículos relacionados con la aplicación del Instrumento de estrategias de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en el Personal de enfermería en diferentes situaciones de salud:

-El Personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular:

En este artículo se utilizó el modelo de la teoría de adaptación de Callista Roy para evaluar al paciente pediátrico en la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de lograr comprender más el cuidado de enfermería en el paciente pediátrico con problemas Cardiovasculares. Se elaboró y aplicó, el cuestionario estructurado denominado “Conceptos propios del modelo” cuyo fin es medir el conocimiento que posee la enfermera acerca del modelo de adaptación. La muestra fue de 24 enfermeras de los turnos de mañana, tarde y noche. Dentro de los aspectos relevantes se pudo determinar que la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy ha tenido un impacto en la organización del servicio de Enfermería, se pudo evidenciar que más de la mitad de las enfermeras tienen conocimiento claro de los conceptos del modelo, lo que ha permitido orientar y fundamentar su práctica, evitando la aparición de eventos adversos y logrando la satisfacción del usuario de los servicios que recibe (6).

-El Personal de salud y su capacidad de afrontamiento en UCI en situaciones de desastre natural : en este estudio se utiliza el instrumento de estrategias de afrontamiento y adaptación de “Callista Roy” aplicándose a los profesionales de

enfermería, paramédicos y auxiliares de servicio de la unidad donde concluyen que el equipo de enfermería posee una alta capacidad para enfrentar situaciones estresantes, reacciona con actitudes alertas, centradas y recursivas, y utiliza estrategias de afrontamiento sistemáticas. La edad de funcionario y los años de servicio se relacionan con una mejor capacidad de generar estrategias de afrontamiento. Cabe resaltar la utilidad que tiene el desarrollo y validación de instrumentos, que se evidencia en la aplicación de la versión en español de CAPS en situaciones de afrontamiento del personal de salud en desastres naturales dando como resultado una capacidad de afrontamiento adecuada en estas situaciones específicas (22).

-Directoras de escuela de enfermería:

La aplicación del instrumento se hizo con el objetivo de analizar los retos afrontados por las directoras de la escuela de enfermería en su entorno social durante su gestión en las escuelas de enfermería en la década de los setenta donde se obtuvo que la aplicación del instrumento adquiere importancia en el ámbito gerencial ya que existía un vacío en su conocimiento respecto a su empleo y se contó con mecanismos de afrontamiento en sus formas innatas o adquiridas, a fin de responder a los estímulos del entorno social con un nivel de adaptación apropiado (19).

A continuación se presenta la tabla 3 en donde se relacionan los estudios con el personal de enfermería que han utilizado el modelo de Callista Roy y los instrumentos utilizados.

Tabla 2. Cuadro resumen de artículos relacionados con la aplicación del Instrumento modelo de adaptación de Callista Roy en el personal de enfermería en diferentes situaciones

Modelo de Callista Roy en el personal de salud en diferentes Situaciones							
Nº	Artículo	Año	Lugar	Tipo de Estudio	Sujetos de Estudio	Escenarios	Cuestionario
1	Valoración de enfermería al paciente en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, según el modelo de adaptación de Callista Roy	2011	Panamá	El marco lógico como herramienta para el diseño y gestión del proyecto	N:24 Enfermeros.	Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular	Cuestionario Estructurado. Prueba de Validez: - Lista de Chequeo aleatorio.
2	Estrategias de afrontamiento del equipo de enfermería de la unidad de Cuidados intensivos Médico Quirúrgicos Hospital Regional Concepción pos terremoto y Tsunami 27/02	2010	Chile	Estudio Descriptivo Relacional	N:57 Profesionales de enfermería, paramédicos y auxiliares de servicio de la unidad	Unidad de Cuidados intensivos Pos terremoto	Escala de Medición de Afrontamiento y Adaptación de "Callista Roy" ESCAPS Prueba de Validez: - La prueba t-Student determina diferencias estadística-mente significativas del instrumento
3	Gerentes de Escuelas de Enfermería: Una discusión sobre su adaptación al entorno social según la Teoría de roy	2013	México	Estudio Cualitativo de corte Histórico -Social	N:7 Directoras de escuelas de Enfermería	Facultades de enfermería universitarias	Cuestionario estructurado. Prueba de Validez: - Guía de entrevista - Técnica Winter

Se logra identificar que los estudios que realizados han valorado en el personal de enfermería los conocimientos básicos sobre el modelo teórico, además de su utilización en escenarios de cuidado crítico.

Modelo de adaptación (Callista Roy) como referente para el plan de cuidados con diferentes sujetos de cuidado

-Niños de 3 a 12 años: La investigación se realizó en un hospital infantil con el fin de diseñar y aplicar un plan de cuidados e intervenciones de enfermería que favorezcan el proceso de adaptación del niño al medio intrahospitalario según postulados de Callista Roy. Entre los cuidados de enfermería implementados para el grupo caso se obtuvo una respuesta favorable para la adaptación, permitiendo al niño recibir el alimento con agrado, sin mostrar resistencia. Es importante destacar que se obtuvo una respuesta favorable con los estímulos focales y contextuales (personal y actividades de enfermería) donde juegan un papel primordial generando una respuesta favorable para lograr adaptarse al medio intrahospitalario. (1)

-Mujeres en situación de aborto: Se analizan los cuidados de enfermería enfocados en las respuestas biopsicosociales ante este problema de salud, utilizando como marco teórico el modelo de adaptación de Callista Roy. Se brindan consideraciones sobre la prestación de cuidados con un enfoque social y humano. Se emiten conclusiones con relación a las respuestas humanas ante el aborto espontáneo y sobre el cuidado enfermero desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, tomando en consideración la valoración de la conducta y de los estímulos que puedan influir en la adaptación de la mujer en situación de aborto (24).

-Personas mayores en hogares geriátricos: Se utilizó el instrumento en paciente mayores de 50 años con función mental intacta en el siguiente artículo: “Validez y confiabilidad de la versión

en español del Instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy”. Escala CAPS (Escala de medición del proceso de afrontamiento y Adaptación.) esta escala es diseñada por Callista Roy en el 2004 Con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a las situaciones difíciles o críticas como conclusión de la aplicación del Instrumento se evidenció que permitió identificar su fortaleza con relación a sus propiedades psicométricas con una alta validez y confiabilidad al haber aplicada la escala **CAPS** en tres idiomas diferentes que certifican la utilidad del instrumentos en diferentes escalas a su vez reconoce la fortaleza del Instrumento en la práctica profesional permitiendo determinar estrategias de intervención logrando una adaptación adecuada en situaciones difíciles o críticas (13,26,27,28,29).

- Uso del modelo en la valoración neurológica: En este escenario no logran demostrar el cuestionario donde precise de manera específica el modelo de adaptación de Callista Roy pero lo refieren como herramienta para identificar los problemas de adaptación y generar un diagnóstico de enfermería en compañía de la valoración neurológica. Referido en el artículo: “La valoración neurológica un soporte fundamental para el cuidado de enfermería” (4) A continuación se presenta la tabla 4 los estudios utilizados en distintos sujetos del cuidado.

Tabla 3. Cuadro resumen de artículos relacionados con la aplicación del instrumento modelo de adaptación de Callista Roy en distintos sujetos del cuidado.

Modelo de Callista Roy en distintos Sujetos de Cuidado							
Nº	Artículo	Año	Lugar	Tipo de Estudio	Sujetos de Estudio	Escenarios	Cuestionario
1	Cuidado e intervenciones de Enfermería que favorecen el proceso de adaptación del niño de 3 a 12 años en la Ciudad de Pasto-Período 2007-2008	2010	Colombia, Pasto	Estudio Cuantitativo	n=120 Niños entre 3 y 12 años	Hospital infantil	Cuestionario Estructurado. Prueba de Validez: El valor referido corresponde al 30% de población de niños hospitalizados, siendo éste válido de acuerdo al teorema central del límite que garantiza una distribución equitativa cuando N es muy grande
2	Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo	2009	Cuba	Estudio Cualitativo	n=10 Revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo	Hospita-lización	Revisión Bibliográfica utilizando el marco teórico de Callista Roy Prueba de Validez: - Investigación Documental Detallada
3	Validez y Confiabilidad de la versión en español del instrumento de escala de medición del proceso de adaptación de Callista Roy	2007	Colombia. Bogotá	Investigación Metodológica	n=417 Sujetos Mayores de 50 años	Hogar Geriátrico	Escala de medición de Afrontamiento y Adaptación de "Callista" Roy ESCAPS Prueba de Validez: - Para establecer validez facial se utilizaron dos métodos - Panel de Expertos, quienes evaluaron el instrumento considerando tres criterios de calificación: Claridad, Precisión y Compresión. 96% de los ítems cumplieron - El segundo correspondió a 5 sujetos de estudio quienes evaluaron el instrumento en su totalidad, determinando su comprensión
4	La valoración neurológica: Un soporte fundamental para la valoración de enfermería	2002	Colombia. Bogotá	Investigación Metodológica	Pacientes Neurológicos	Servicio de Neurología	Cuestionario Estructurado y valoración física. Validez interna: Asignación Aleatoria de los sujetos

Los resultados de los estudios mencionados muestran una gran influencia de la utilización del modelo en la valoración y definición de las estrategias de intervención de enfermería para una adecuada adaptación y afrontamiento por parte de los sujetos de cuidado.

Modelo de Callista Roy en servicios cardiovasculares

A continuación se presenta la experiencia de la aplicación del modelo de adaptación de Roy como marco de referencia en la atención de servicios cardiovasculares, se evidencia el interés de las profesionales de enfermería por comprender el proceso de adaptación de los individuos y familiares que se encuentran alguna condición cardiovascular.

-Experiencia de utilización del modelo en instituciones de salud. En tres artículos se destacan las etapas que se siguieron para lograr su implementación y los logros en reconocimiento social y académico, autonomía y calidad del cuidado en cada una de las instituciones donde se aplica el Modelo como marco de referencia teórico (4,14). En el artículo titulado “La aplicación del modelo de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración de paciente hospitalizado en la Unidad de cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil” donde lograron adaptar el modelo en el servicio cardiovascular el resultado es la organización de los procesos de enfermería y se logró determinar una valoración general de cada uno de los niños durante la entrega de turno (2).

En general en la revisión se registraron algunas reflexiones teóricas sobre la aplicación del modelo de adaptación en condiciones específicas, el cuidado de

los familiares de niños con cardiopatías congénitas (15,31) y tres experiencias institucionales relacionadas con la aplicación del modelo en hospitales colombianos, como el servicio de rehabilitación de la Clínica Universitaria Teletón, la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico de la Fundación Cardio Infantil y el Instituto de Cardiología.

-Unidad de cuidados intensivos cardiovascular pediátrico: Utilizando el modelo de adaptación de Callista Roy para evaluar al paciente pediátrico en una unidad de cuidados intensivos, se logró comprender el cuidado de enfermería en niños con problemas cardiovasculares donde se concluye que los enfermeros de la unidad consideran que la adaptación es un proceso y resultado por lo cual los individuos usan la conciencia y la opción de crear una integración humana con el medio ambiente, lo que coincide con la definición adoptada por Callista Roy. (2)

-Pacientes con hipertensión: Se evidencio la aplicación del instrumento a 242 personas con hipertensión arterial donde se observó la capacidad de afrontamiento y adaptación en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial. Se usaron 2 instrumentos cada uno con su respectiva validación: Escala CAPS “Escala de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación” y el Instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes de riesgo de enfermedad cardiovascular” en su última versión del 2008. Como resultado de la investigación se observó que la mayor proporción de la población tienen una alta capacidad para el proceso de afrontamiento y adaptación, mientras el 10% de las personas con

hipertensión arterial (n= 23) presentan una baja capacidad en el proceso de afrontamiento y adaptación (9,20,21).

-Lactante con bajo gasto cardiaco: El Instrumento logró la construcción de indicadores de adaptación positiva en el modo fisiológico en lactante con bajo cardiaco en estado crítico, después de realizar intervenciones de enfermería en la UCI pediátrica (UCIP) con una muestra de 75 lactantes entre los 2 y 24 meses de edad, con 3 intervenciones como: Cambio de posición, lubricación de la piel y cambio de pañal. El Instrumento presenta validez interna, externa y de constructo. Evidenciado en el artículo (16): “Respuesta adaptativa en el modo fisiológico del lactante con bajo gasto cardiaco en estado crítico de las intervenciones cotidianas de enfermería de la UCIP”. Como resultado de la investigación se evidenció que la intervención de enfermería como lo es el cambio de posición, revela que sí se genera un cambio estadísticamente significativo en la hemodinamia y la capacidad de adaptación del modo fisiológico del lactante en los tres grupos de bajo gasto cardiaco, siendo particularmente severa en el grupo III. La lubricación de la piel y el cambio de pañal son intervenciones mejor toleradas que alteran en menor proporción la capacidad de adaptación del modo fisiológico del lactante con bajo gasto cardiaco en estado crítico y se concluye que las mediciones repetidas de los indicadores de adaptación positiva, cada grupo de bajo gasto cardiaco responde de manera diferente. La respuesta adaptativa depende de la severidad del bajo gasto cardiaco y el tipo de estímulo contextual (16,29,33,34,35).

-Problemas de adaptación fisiológica en personas con angina: El instrumento se aplicó en 20 pacientes. Para

caracterización y discusión, utilizamos las definiciones presentadas por Roy para cada problema de adaptación fisiológica identificado demostrando adaptación en el medio intrahospitalario donde se evidenció los problemas comunes de adaptación: Infección (1), Inestabilidad de comportamiento y humor (1), y Cicatrización comprometida (1), no se encontró asociación plausible con la angina. Estos problemas de adaptación no son directamente definidos por Roy en su libro, mientras, apunta para la posibilidad de utilizarse las definiciones de los diagnósticos enfermeros que componen la taxonomía de la NANDA: Riesgo de infección, afrontamiento defensivo y protección inefectiva utilizados durante el proceso de enfrentamiento de la enfermedad (17).

A continuación se presenta la tabla 4 los artículos con la aplicación del Instrumento modelo de adaptación de Callista Roy en el área Cardiovascular.

Tabla 4. Cuadro Resumen de artículos relacionados con la aplicación del Instrumento modelo de adaptación de Callista Roy en el área Cardiovascular.

Modelo de Callista Roy utilizados en el área cardiovascular							
Nº	Artículo	Año	Lugar	Tipo de Estudio	Sujetos de Estudio	Escenarios	Cuestionario
1	Evaluación de la Aplicación del modelo de Callista Roy Utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la Unidad de cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil IC	2011	Colombia Bogotá	Metodología del Marco Lógico	n:24 Enfermeros en la valoración del paciente hospitalizado	Unidad de Cuidados intensivos Cardio-vascular	Entrevista estructurada: Validez interna: -Prueba Preliminar o de piloto. -Lista de Chequeo -Correcciones del Cuestionario
2	Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial	2011	Colombia Bogotá	Estudio Cuantitativo de tipo Descriptivo	N:242 Pacientes con Hipertensión Arterial	Consulta Externa	Escala de la capacidad del proceso de Afrontamiento y Adaptación "ESCAPS" Validez Facial: La validez facial con resultado de confiabilidad de 0.82
3	Respuesta adaptativa en el modo fisiológico del lactante con bajo gasto cardiaco en estado crítico de las intervenciones cotidianas de enfermería de la UCIP	2012	Colombia Bogotá	Estudio observacional descriptivo con diseño	N:75 Lactantes entre 2 y 24 Meses	Unidad de Cuidados intensivos Pediátrica	Cuestionario Estructurado. La validez de constructo: Está dada por la interrelación que se alcanza entre los postulados teóricos del modelo de Adaptación de Callista Roy y el conocimiento compartido en fisiología y patología
4	Problemas de Adaptación fisiológica en personas con angina	2006	Brasil	Estudio Descrip-tivo	n:20 Pacientes con angina	Medicina Interna	Cuestionario Estructurado y Examen Físico Prueba de Validez; Fundamentado en instrumento propuesto por Christensen&Kenny (1995)

En la revisión se registran algunas reflexiones sobre la importancia de la implementación del modelo teórico de Callista Roy en los escenarios Cardiovasculares, donde se demuestra como resultado la respuesta adaptativa, la capacidad de afrontamiento e integración humana con el medio ambiente en condiciones con enfermedad Cardiovascular adecuadas y favorables en el medio hospitalario.

En los primeros tres artículos relacionados con experiencias institucionales de Colombia con la aplicación del modelo en hospitales se logra apreciar el proceso de afrontamiento y adaptación en el área cardiovascular con resultados de adaptación **óptimas para este tipo sujetos y medio hospitalario** donde el manejo del instrumento es comprometido y necesario por parte del personal de enfermería. En el **último** artículo referido de Brasil, se aprecia un estudio descriptivo con cada problema de adaptación fisiológica aplicado a personas con angina siendo representativo el análisis de cada variable fisiológica con resultados específicos creando la necesidad de seguir aplicando el instrumento en diversos escenarios cardiovasculares.

Conclusiones

El análisis de los conceptos del modelo ha sido interesante, porque favorece la comprensión de sus elementos estructurales y facilita su aplicación en la práctica.

En la literatura reciente de enfermería, se aprecia el interés de los profesionales de enfermería por indagar sobre el proceso de adaptación y psicosocial en diversas condiciones de enfermedades, por el desarrollo y validación del instrumento en diversas situaciones, diversos sujetos y el

área cardiovascular a través de diversos tipos de estudio.

Esta revisión permite concluir que se evidencian algunos esfuerzos por desarrollar instrumentos que posibiliten el abordaje del modelo de Callista Roy en el área cardiovascular, puesto que solo se localizaron 4 reportes de artículos de 50 en total, de aquí la necesidad de validar o desarrollar instrumentos de medición más precisos y culturalmente congruente para determinar el modelo de adaptación en el área Cardiovascular.

Declaración conflicto de intereses

Los autores manifiestan no presentar conflicto de intereses.

Referencias

1. Muñoz-Guerrero J, Pajajoy-Bolaños N, Narvaez-Eraso C. Revista Unimar Número 53 [Internet]. Umariana.edu.co. 2010 [cited 10 May 2016]. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/publicaciones/RevistaUnimar53.html#/68/>
2. Álvarez-Watson J, Bornacelli-Sanjuanelo L. Evaluación de la aplicación del modelo de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular de la fundación Cardioinfantil IC. [Internet]. Intellectum.unisabana.edu.co. 2011 [cited 17 April 2016]. Disponible en: http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1682/JOSE_LUIS_ALVAREZ_WATSON.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Universidad de la Sabana G. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2009 [cited 29 March 2016]; 2(1):3-5. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18>
4. Venegas-Bustos B. La valoración neurológica: un soporte fundamental para el cuidado de la enfermería. Aquichán [Internet]. 2002 [cited 10 February 2016];

- 2(1):40-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100008
5. Ediane-Gayesi M, Micheloto-Parizoto G, Perin-Guimarães G, Lorenzini-Erdmann A, Hörner-Schindwein Meirelles B. Sistemas de organización de cuidados en enfermería: reflexiones sobre la complejidad del cuidado como práctica asistencial. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2012 [cited 15 May 2016]; 28(1):49-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
6. Cuzco-Cabellos C, Guasch-Pomés N. Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 2012; 26(4):137-143
7. Enfermería D. Entrevista con Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2009 [cited 18 April 2016]; 2(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/21>
8. Villalobos M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura?. Aquichan [Internet]. 2007 [cited 11 February 2016]; 7(2):2-5. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/220>
9. Editorial C. Durán de Villalobos [Internet]. Aquichan.unisabana.edu.co. 2016 [cited 13 January 2016]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/129/259>
10. Herrera B. 7. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas aparentemente sanas [Internet]. Scielo. 2008 [cited 21 January 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a07.pdf>
11. Maroso-Krauzer I, Brocardo D, Scarsi T. Reufsm [Internet]. Cascavel.ufsm.br. 2011 [cited 11 January 2016]. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2513/1631>
12. Moreno-Fergusson M, Alvarado-García A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009 [cited 26 February 2016]; 9(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/170/1671>
13. Fergusson M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005 [cited 21 February 2016]; 5(1). Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121>
14. Mesquita Melo E, Lopes M, Carvalho-Fernandes A, Teixeira-Lima F, Barbosa I. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enfermería Global* [Internet]. 2009 [cited 21 February 2016]; (17):0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300017&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Suárez de Sarmiento B. Importancia de la investigación para el desarrollo de la disciplina de enfermería. Scielo. 2003.
16. Oliveira T, Araujo T. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2002; 36(3):276-281.
17. C R. Research based on the Roy adaptation model: last 25 years. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 29 February 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975478>
18. Pinto-Afanador N. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería [Internet]. *Revistas Unal*. 2002 [cited 30 March 2016]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312/17244>
19. Gómez-Torres D, Méndez-Salazar V, Velasco-Whestell M. Gerentes de escuelas de enfermería: una discusión sobre su adaptación al entorno social según la Teoría de Roy. Aquichan [Internet]. 2013 [cited 21 May 2016]; 13(2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2409>

20. Villamizar-Carvajal B, Durán de Villalobos M. Modelo de adaptación de Roy en un ensayo clínico controlado [Internet]. Avances en enfermería. 2012 [cited 20 May 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a09.pdf>
21. Martínez Trujillo N, Torres Esperón M, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. La brecha entre Investigación en Sistemas y Servicios y la práctica de enfermería, posibles causas: Possible causes. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2010 [cited 21 April 2016]; 26(3):161-168. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300007
22. Molina Ch PHuecha D. Estrategias de afrontamiento del Equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos Hospital Regional Concepción Posterremoto y Tsunami 27/02 [Internet]. Medicina-Intensiva. 2010 [cited 16 January 2016]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2010-4/5.pd>
23. Bula-Romero J. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial [Internet]. bdigital. 2011 [cited 21 May 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7053/>
24. Mulens-Ramos V. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [cited 13 February 2016]; 8(3):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300019
25. López C, Gómez M, Fergusson M, Villalobos M, Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2007 [cited 1 April 2016]; 7(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98>
26. Fortes A, Silva V, Lopes M. Problemas de adaptación fisiológica en personas con angina. Cultura de los cuidados [Internet]. 2006 [cited 24 March 2016]; 10(19):87-92. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/244>
27. López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. RH. 2009; 6(12).
28. Flórez Ramos J. Respuesta de adaptación en modo fisiológico en paciente crítico cardiovascular durante el baño en cama [Internet]. Bdigital. 2013 [cited 26 January 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43115/1/8126987.2013.pdf>
29. Sarmiento González P, Botero Giraldo J, Carvajal Carrascal G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. Index de Enfermería. 2013; 22(4):233-236.
30. Fergusson M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005 [cited 11 May 2016]; 5(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58>
31. Pérez E, Roca-Closa J, Puigoriol-Juventeny E, Pons-Baños J, Isern-Farrés O, Pilar Fernández-Burgos P et al. Pacientes quirúrgicos e intervenciones enfermeras estandarizadas. Estudio descriptivo sobre resultados. Rev Enferm [Internet]. 2012 [cited 11 April 2016]; 35(12):822-828. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ibc-107968>
32. Ramos Garzón J, Guáqueta Parada S. Respuesta adaptativa del niño con síndrome de bajo gasto cardíaco a los cambios de posición en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2014; 16(2):114.
33. Barrios Buitrago A, Pérez Bustillo E, Suácuñe, a C et al. Diseño de un instrumento de valoración del niño en estado crítico para el cuidado de enfermería basado en el modelo de adaptación de Callista Roy [Internet]. Intellectum.unisabana.edu.co. 2012 [cited 25 January 2016]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/2279>

34. Milán Dobson N. Fundamentos de las rutas de cuidados en el paciente pediátrico. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2012 [cited 23 February 2016]; 28(2):181-188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200013
35. Roy C. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de los cuidados* [Internet]. 2012 [cited 25 February 2016]:139-159. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/94>

Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino en población de riesgo. Ciego Montero. Cienfuegos, Cuba 2015.

Daynisett Molina Curbelo¹, Héctor Cabrera Rodríguez², Lourdes Montenegro Arias³,
Vismary Valdes Vales⁴

Resumen

El cáncer cervico-uterino, o carcinoma del cuello uterino, es una enfermedad que ha provocado gran impacto en todas las esferas sociales contribuyendo a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero, incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero.

Objetivo

Identificar los conocimientos sobre cáncer cérvico-uterino en las mujeres comprendidas dentro del programa de detección precoz del mismo, pertenecientes al Consultorio N° 4 del Consejo Popular Arriete - Ciego Montero

Metodología

De un universo de 233 pacientes incluidas dentro del programa se seleccionó una muestra de 93 participantes, la cual representa el 40 %. Los datos fueron obtenidos fundamentalmente mediante la aplicación de una encuesta a la población objeto de estudio.

Resultados

Predominó el grupo de edad de 36 a 40 años, el 33.3 % de las pacientes encuestadas presentan un nivel de escolaridad de duodécimo grado, el 81 % de las participantes encuestadas refirió haber recibido información sobre esta enfermedad, el tener múltiples compañeros sexuales fue identificado como el factor de riesgo más frecuente por el 93.5 % de las pacientes.

Conclusiones

Existe desconocimiento en algunas pacientes sobre el grupo de edades de las pacientes comprendidas dentro del Programa de Detección Precoz de Cáncer Cérvico-uterino, la periodicidad de la realización de la prueba de Papanicolaou, los principales síntomas, factores de riesgo y métodos de prevención de esta patología.

Palabras clave: *cáncer cérvico-uterino, factores de riesgo, síntomas. (Fuente: DeCs Bireme).*

- 1 Licenciada en Optometría y Óptica. Profesora Asistente. Profesora principal de Optometría y Óptica de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
- 2 Máster en Educación Médica. Licenciado en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF. Profesor Auxiliar. Jefe de departamento de Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
- 3 Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF. Profesora Auxiliar. Profesora del departamento de Enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
- 4 Licenciada en Optometría y Óptica. Profesora Instructora. Profesora de Optometría y Óptica de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Knowledge about cervical cancer in the at-risk population. Ciego Montero. Cienfuegos, Cuba 2015

Abstract

Cervical carcinoma is a disease that has had a major impact in all social spheres contributing to high rates of morbidity and mortality worldwide, including malignant neoplasms that develop in the lower fibromuscular portion of the uterus.

Objective: *to identify the knowledge about cervical cancer in women included in the Early Cervical Cancer Detection Program, belonging to the Office No. 4 of the Popular Council Arriete - Ciego Montero.*

Methodology: *a sample of 93 participants was selected from a universe of 233 patients included in the program, which represents 40%. The data were obtained mainly through the application of a survey to the population under study.*

Results: *the 36-40 age group prevailed. 33.3% of the patients surveyed had a High school diploma. 81% of respondents reported having received information about this disease. Having multiple sexual partners was identified as the most common risk factor for 93.5% of patients.*

Conclusions: *There is no information about the age of some patients included in the Early Cervical Cancer Detection Program, nor about the periodicity of the Pap test, the main symptoms, risk factors and methods of prevention of cervical cancer pathology.*

Key words: *Uterine Cervical Neoplasms , Risk Factors, Symptoms. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

El cáncer cérvico-uterino, o carcinoma del cuello uterino, es una enfermedad que ha provocado gran impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero. Incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero; consiste en un proceso mórbido, en el cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

En los países latinoamericanos, más de 30 000 mujeres mueren anualmente por cáncer de cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; tasas inferiores muestran Cuba y Puerto Rico, no así Canadá, que a escala mundial presenta la tasa de mortalidad más baja por esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 500 000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino y mueren más de 550 000 mujeres, y que de estas, el 80 % proceden de países subdesarrollados.⁽¹⁾

El desarrollo del cáncer cervical, generalmente, es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia, que se puede detectar por medio de un citodiagnóstico vaginal y es 100 % tratable; por esta razón, es tan importante que las mujeres se practiquen dicho estudio regularmente. La mayoría de las féminas a quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad, no se han realizado esta prueba citológica con la periodicidad establecida o no han tenido un seguimiento evolutivo por resultados anormales.⁽²⁾

El factor de riesgo más común del cáncer cérvico-uterino es la exposición a ciertas

variedades del papilomavirus humano (PVH). Dicho agente causal provoca una infección de transmisión sexual (ITS) que, en muchos casos, es asintomática. Dada esta característica del PVH, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. Otros factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino son: no hacerse la prueba para su detección con sistematicidad; comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana; tener parejas sexuales múltiples o contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples; contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el PVH; poseer antecedentes familiares de primera línea de cáncer cérvico-uterino. El grupo etario más vulnerable es el de 25-60 años de edad, y se conoce que el riesgo de contraer esta neoplasia aumenta con la edad. Entre otros factores de riesgo, se han señalado el hábito de fumar y el bajo estado socioeconómico; las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.⁽³⁾

En Cuba, el cáncer ocupa el primer lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, y es la primera causa de años de vida potenciales perdidos (AVPP) en el país. Las provincias de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín, Granma, son territorios donde esa enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte. En el país, el cáncer de cuello ocupa el sexto lugar en incidencia entre las enfermedades malignas que afectan a las mujeres.

En la provincia Cienfuegos, el cáncer cérvico-uterino se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte por tumores malignos en el sexo femenino,

a pesar de esto hay un grupo de mujeres comprendidas dentro del programa de detección precoz del mismo que se niegan a realizarse la prueba citológica, muchas veces por no tener percepción del riesgo y de la importancia del diagnóstico oportuno de esta enfermedad y así lograr una mayor calidad de vida en estas pacientes.

En el consultorio No 4 del Consejo Popular Arriete – Ciego Montero existe una alta incidencia de pacientes que no acuden con la sistematicidad requerida a realizarse la prueba citológica por lo que nos motivamos a realizar un estudio sobre el nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico-uterino de las pacientes comprendidas dentro del programa de detección precoz del mismo.

Para el mismo planteamos como problema científico:

¿Cuáles son los conocimientos sobre cáncer cérvico uterino en las mujeres comprendidas dentro del programa de detección precoz del mismo, pertenecientes al Consultorio No 4 del Consejo Popular Arriete-Ciego Montero?

Objetivos

General

- Identificar los conocimientos sobre cáncer cérvico-uterino en las mujeres comprendidas dentro del programa de detección precoz del mismo, pertenecientes al Consultorio No 4 del Consejo Popular Arriete- Ciego Montero. Específicos

Específicos

1. Definir escolaridad, edad de las pacientes y si han recibido información sobre el cáncer cérvico uterino, así como las vías utilizadas. .

2. Identificar la información que presentan las pacientes sobre el grupo etario que incluye el Programa de Detección Precoz de Cáncer Cérvico-uterino y la periodicidad de la realización de la prueba citológica.
3. Conocer el conocimiento sobre los síntomas y factores de riesgo para desarrollar el cáncer cérvico-uterino.
4. Determinar la preparación de las pacientes en cuanto a los métodos para la prevención del cáncer cérvico-uterino.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido de septiembre a diciembre del 2015 con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico-uterino en las mujeres comprendidas dentro del programa de detección precoz del mismo, pertenecientes al Consultorio N° 4 del Consejo Popular Arriete, Ciego Montero. De un universo de 233 pacientes incluidas dentro del programa se seleccionó una muestra de 93, la cual representa el 40 %, para la selección de la misma se utilizó un muestreo aleatorio simple. Para el desarrollo de la investigación se revisó bibliografía actualizada referente a este tema, los datos fueron obtenidos mediante el análisis de la situación de salud del consultorio, las fichas familiares y la aplicación de una encuesta a la muestra objeto de estudio, se utilizaron variables tales como edad, sexo, raza, escolaridad, antecedentes patológicos personales, vías por las que ha recibido información, periodicidad con que se realiza la citología vaginal. Durante el proceso de investigación se utilizaron métodos científicos tales como: De nivel teórico el histórico-lógico y el analítico -sintético, del nivel empírico la encuesta y el análisis de documentos, además se trabajó con el método estadístico -matemático el cual

permitió el análisis e interpretación de los datos que se obtuvieron como resultados de los métodos aplicados. La información obtenida sobre el tema investigado se muestra en forma de tablas y gráficos.

Al trabajar con la muestra seleccionada se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los pacientes así como diferentes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes incluidas dentro del programa de detección precoz de cáncer cérvico-uterino que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes incluidas dentro del programa de detección precoz de cáncer cérvico-uterino que no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Pacientes que cambiaron de domicilio durante el periodo del estudio

Resultados y discusión

En los pacientes objeto de estudio predominó el grupo etario de 36 a 40 años representando en un 18.3 %, seguido del de 31 a 35 años con 15 pacientes y del de 46 a 50 años presente en el 12.9 % de la muestra, ambos con un 12.5 %, solo el 6.4 % de las pacientes se encuentra entre los 61 y 65 años. (Tabla N° 1)

La población cubana se caracteriza por el nivel de preparación que posee sobre diferentes temáticas relacionadas con la salud, esto se debe entre otras causas a la labor que desarrollan los profesionales de salud en cuanto a la labor educativa para la prevención y promoción de salud.

En la medida que sea mayor el nivel de escolaridad de la población será superior

las posibilidades de asimilación de los conocimientos en materia no solo de salud sino también de otros aspectos relacionados con la cultura general. (4)

El 33.3 % de las pacientes encuestadas presentan un nivel de escolaridad de duodécimo grado, el 25.8 % solo concluyó los estudio de secundaria mientras que son universitarios el 12.9 % representado por 12 mujeres. (Tabla N° 2)

Es importante que las mujeres en edades de riesgo de cáncer cérvico-uterino tengan conocimientos sobre la necesidad de la realización sistemática del citodiagnóstico, lo nocivo de la promiscuidad y la importancia de disminuir los hábitos tóxicos, esto facilitará la detección precoz de esta enfermedad y la disminución de la mortalidad por dicha patología. (Tabla N° 3)

El 81 % de las pacientes encuestadas refirió haber recibido información sobre el cáncer cérvico uterino, no siendo así en el 12 % de las mismas.

En Cuba son múltiples las acciones que se realizan relacionadas con la prevención y promoción de salud, no siendo esto responsabilidad solamente del personal de salud es por eso que la dirección del país utiliza para esto los diferentes medios de comunicación masiva , divulgación de información relacionada con la salud y libros y revistas que se encuentran al acceso de la población , todo esto garantiza que una gran parte de la población cubana tenga amplios conocimientos en materia de salud.

De la totalidad de las pacientes que refirieron haber recibido información sobre el cáncer cérvico-uterino el 96.2 % plantea que una de las vías utilizadas para ello ha sido a través del conversatorios con el médico y la enfermera de la familia, el

81.4 % dice que ha obtenido conocimientos mediante conversaciones con familiares y amigos, mientras que el 29.6 % de la muestra estudiada refiere haber utilizado los medios de comunicación masiva. (Tabla No. 4)

En Cuba, se aplica el Programa para la reducción del cáncer cérvico-uterino, que tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, y entre sus proyecciones se encuentran: mejorar la salud de las mujeres mediante medidas que actúen sobre los principales factores de riesgo que puedan afectarla, además de disminuir la incidencia y actuar sobre las principales causas de mortalidad en la mujer. Dicho programa incluye las mujeres entre 25 y 64 años. (5)

Al evaluar los conocimientos de la muestra objeto de estudio sobre el grupo etario que incluye el programa de detección precoz de cáncer cérvico-uterino el 45.2 % respondió correctamente identificando el grupo de edad de 25 a 64 años, el 31.2 % contestó que este programa comprende a las mujeres entre 25 y 55 años, el 15 % plantea que está dirigido a las mujeres entre 40 y 55 años, mientras que 8 mujeres consideran que solo incluye a las féminas entre 20 y 35 años. (Tabla N° 5)

El factor de riesgo más común del cáncer cérvico-uterino es la exposición a ciertas variedades del papilomavirus humano (PVH). Dicho agente causal provoca una infección de transmisión sexual (ITS) que, en muchos casos, es asintomática. Dada esta característica del PVH, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. Otros factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino son: no hacerse la prueba para su detección con sistematicidad; comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana; tener parejas sexuales múltiples o contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples;

contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el PVH; poseer antecedentes familiares de primera línea de cáncer cérvico-uterino.(6,7)

Al valorar los conocimientos que tienen las pacientes sobre los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino (Tabla No. 6) se obtuvo que el tener múltiples compañeros sexuales fue identificado por el 93.5 % de las pacientes, seguido por las infecciones por VIH y otras infecciones de transmisión sexual reconocido como un factor por 71 miembros de la muestra. En tercer lugar fue identificado por el 69.8 % de la muestra el hábito de fumar.

Estos resultados coinciden con un estudio similar realizado en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo en el año 2010 donde el tener múltiples compañeros sexuales fue identificado por el 95 % de las pacientes, y las infecciones por VIH y otras infecciones de transmisión sexual fue reconocido como un factor por el 69 % de la muestra.(5)

Fueron reconocidos incorrectamente como factores de riesgo por el 24.7 % de las mujeres encuestadas el tener relaciones sexuales poco frecuentes, el 16.1 % cree que el uso prolongado de dispositivos intrauterinos favorece el cáncer cérvico-uterino y el 12.9 % piensa que es un factor de riesgo los antecedentes de embarazo ectópico.

El cáncer cérvico-uterino en su fase precoz generalmente se asocia con un flujo rosado acuoso vaginal descrito como “agua de lavar carne” y hemorragia que se presenta tras el coito, lavados vaginales y menos frecuentemente con la defecación, algunas veces se produce un sangrado intermitente. Estos síntomas no siempre son reconocidos por las pacientes. (8)

Al evaluar los conocimientos sobre los principales síntomas de cáncer cérvico-uterino el 89.2 % identifica como uno de los fundamentales a la hemorragia anormal como “agua de lavar carne“ y el 82.3 considera que existe un aumento del flujo vaginal. (Tabla N° 7)

Fueron identificados incorrectamente como uno de los síntomas la fiebre (47.3 % de las pacientes), la aparición de verrugas en los genitales por el 11.8 de la muestra así como el aumento del deseo sexual por el 6.4 %.

Papanicolaou en 1943 describió el método de la citología exfoliativa, que demostró ser capaz de diagnosticar el cáncer de cérvix y las etapas que lo preceden, es por eso, que ha tenido éxito como método de pesquisa en la reducción de la mortalidad por esta causa en muchos países. (9,10,11)

El Programa Cubano de Diagnóstico Precoz del Cáncer cérvico uterino con los objetivos trazados, es un ejemplo a lo que debe aspirarse con la aplicación de un programa de pesquisa cuando plantea: “Disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer de cuello uterino, mediante su detección en su etapa más temprana posible a través la realización de la prueba de *Papanicolaou* la misma se le realiza a las mujeres comprendidas entre los 25 y 64 años y con una periodicidad de 3 años.(12,13)

Solo el 65.6 % de las mujeres encuestadas plantean que la prueba de *Papanicolaou* se realiza con una periodicidad de 3 años, el 17.2 % dicen que se realiza cada 1 año, 7 pacientes refieren que el programa establece una periodicidad de 5 años. (Tabla N° 8)

El tratamiento más eficaz del cáncer cérvico-uterino es su prevención. La mayoría de las enfermedades importantes de la humanidad han sido controladas

mediante la aplicación de estrategias de prevención y no por medio de procedimientos terapéuticos invasivos. El éxito de dichas estrategias depende del conocimiento general y detallado del fundamento biológico, la causa del cáncer y las condiciones precoces de transformación. Nuestro sistema de salud tiene implementadas acciones para enfrentarla, y estamos convencidos de que la información que adquieran las mujeres en riesgo de padecer esta enfermedad contribuirá a prevenirla o, al menos, reducir al mínimo su incidencia. (14,15)

El 95.6 % de las pacientes objeto de estudio reconoce que uno de los métodos para la prevención del cáncer cérvico-uterino es la realización de la prueba citológica de forma regular , seguidos del 92.4 % quienes consideran importante no fumar para evitar esta enfermedad y del 79.5 % que plantean que una de las formas de evitarla es no beber .Dicen que se debe evitar el contagio con las enfermedades de transmisión sexual el 74.1 % de las encuestadas así como evitar las relaciones sexuales con múltiples compañeros sin protección reconocido esto por el 62.3 % de la muestra . (Tabla N° 9)

Fueron identificadas erróneamente como métodos preventivos el ingerir una dieta baja en grasa y proteínas (7.5 % de las pacientes) y el realizar ejercicios físicos frecuentes y evitar la obesidad (24.7 % de las pacientes).

Conclusiones

- Predominó el grupo de edad de 36 a 40 años presente en un 18.3 % de la muestra, el nivel de escolaridad duodécimo grado en el 33.3 %.
- El 87 % de las pacientes encuestadas refirió haber recibido información sobre el cáncer cérvico-uterino siendo los conversatorios con el médico y la enfermera de la familia y el

intercambio con familiares y amigos las vías más utilizadas.

- Solamente el 45.2 % de la muestra identifica correctamente el grupo de edades de las pacientes comprendidas dentro del Programa de Detección Precoz de Cáncer Cérvico-uterino y el 65.6 % responde correctamente al evaluar los conocimientos sobre la periodicidad de la realización de la prueba de *Papanicolaou*.
- Al evaluar los conocimientos sobre los principales síntomas de cáncer cérvico-uterino el 89.2 % identifica a la hemorragia anormal como “agua de lavar carne” entre uno de los síntomas y el 82.3 % considera que existe un aumento del flujo vaginal, el 47.3 % identifica incorrectamente a la fiebre como un síntoma de esta enfermedad.
- Los factores de riesgos de cáncer cérvico-uterino más identificados por la muestra estudiada fueron el tener múltiples compañeros sexuales y la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Los métodos de prevención de cáncer cérvico-uterino más reconocidos por las pacientes objeto de estudio fueron la importancia de la realización de la prueba citológica de forma regular, no fumar y no beber.

NOTA: Sería interesante darle alguna fuerza al artículo, específicamente mencionando el propósito de este artículo, desde que disciplina se escribe, y como puede contribuir al aporte social que los profesionales de la salud pueden realizar a la salud de las mujeres, específicamente a la prevención del cáncer cérvico-uterino.

Referencias

1. Sureda M, Martínez D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Rev. cuba. Med Gen Integr [serie en Internet].2014 [citado 28 Noviembre 2015]; 18(1): [aprox 6p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1630/1341>
2. Walter V, López E, Joa C. Cervicomed: multimedia de apoyo a la docencia sobre cáncer cérvico-uterino. Rev. MEDISAN[serie en Internet].2014 [citado 28 Noviembre 2015]; 18(7): [aprox 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700020&nrm=iso.
3. Salvent A, Rodríguez O, Leyva M. Comportamiento del cáncer cérvico-uterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet].2012 [citado 28 Noviembre 2015]; 38(2): [aprox 10p.]. Disponible en: elo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006
4. Espín JC, Cardona A, Acosta Y. Acerca del cáncer cérvico-uterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet].2012 [citado 30 Noviembre 2015]; 28(4): [aprox 7p.]. Disponible en: elo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016
5. Reyes YI, Sanabria J G, Marrero R. Incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [serie en Internet].2014 [citado 30 Noviembre 2015]; 18(5): [aprox 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300009&lng=es
6. Sarduy M. Control de la calidad en los programas de pesquisa de cáncer cérvico-uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol Río [serie en Internet]. 2012 [citado 30 Noviembre 2015]; 38(3): [aprox 8p.]. Disponible en: elo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600
7. Sanabria Negrín JG, Salgueiro Medina VE, Abreu Mérida MB, Vólquez C.

- Incremento de la detección de lesiones cervicales mediante inspección visual. Puerto Esperanza. 2008. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Sep [30 Noviembre 2015]; 15(3): 81-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1561-31942011000300009&lng=es
8. Ramírez Valle M, Sanabria Negrín JG, Salgueiro Medina VE. Evaluación del programa de detección precoz de cáncer cérvico-uterino en Consolación del Sur. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2013 Feb [13 Diciembre 2015]; 17(1): 36-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1561-31942013000100005&lng=es
9. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cérvico-uterino [Internet]. OPS; 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentview=categorylayout=blogid=3595Itemid=3637&lang=es [Acceso 14-07-13]
10. Andrae B, Andersson TM, Lambert PC, Kemetli L, Silfverdal L et al. Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. BMJ. [Internet] 2012 Mar 1 [Acceso 13 Diciembre 2015]; 344: e900. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3291751/>
11. Dávila Gómez HL, García Valdés A, Álvarez Castillo F. Cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2010 oct.-dic. [citado 12 jun. 2012];36(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36_04_10/gin14410.htm
12. Domínguez Alonso E, Seuc Jo AH, Galán Álvarez Y, Tuero Iglesias A. Carga del cáncer ginecológico en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2009 jul.-sep. [citado 16 Diciembre 2015 2012]; 35(3):[aprox. 24 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Martínez Pinillo A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, de la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2010 ene.-mar. [citado 12 Diciembre 2015];36(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_01_10/gin08110.htm
14. Varela Álvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferrá Torres TM, Durruthy Wilson O, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Comportamiento del cáncer cérvico uterino durante el quinquenio 2002-2006 en la Provincia Camagüey. Mediciego [internet]. 2008 feb. [citado 12 Diciembre 2015];14(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/articulos/a5_v14_0208.htm
15. Tamayo Lien TG, de la Torre AI, Varona Sánchez J, Borrego López J, Areces Delgado G. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. Ginecología y salud reproductiva [internet]. 2010 jul.-sep. [citado 12 Diciembre 2015];36(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin12310.htm

Masaje facial en la evolución de pacientes con terapia electroconvulsiva

Disley Pedraza Pérez de Prado¹, Alina Pérez Ruiz², Heidy Díaz García³,
Mirelys Sarduy Lugo⁴

Resumen

Introducción: A través de la historia en el tratamiento de las enfermedades, en especial las psíquicas, se han usado métodos y mecanismos naturales. En esa amplia gama de mecanismos figura la acupuntura, el masaje, la homeopatía y la terapia floral.

Objetivo: evaluar la efectividad de la aplicación de masaje facial en la evolución de los pacientes hospitalizados con terapia electroconvulsiva.

Métodos: Se realizó una investigación cuasiexperimental de intervención y comparación en el Hospital Psiquiátrico de Villa Clara, de abril a junio de 2014, el universo de estudio fueron 124 pacientes que recibieron terapia electroconvulsiva, 62 de ellos formaron parte del grupo estudio a los que se les aplicó masaje facial, el resto entraron a formar parte del grupo control los que no recibieron masaje facial, no existió aleatorización para conformar los grupos, se realizó a través de un muestreo no probabilístico intencional u opinático. La técnica empleada fue el masaje Tuina.

Resultados: El grupo de edades más representado fue de 36 -45 años y el sexo que prevaleció fue el masculino. Los efectos colaterales en el grupo estudio, se evidenciaron en solo 9.6% de los pacientes y el consumo de medicamentos por esta causa fue menor en el 90.3%. La evolución en el grupo estudio fue satisfactoria en 56 (90.3%) pacientes, mientras que en el grupo control solo en 28 (45.17%).

Conclusiones: La aplicación de masaje facial resultó efectivo en los pacientes hospitalizados con terapia electroconvulsiva porque el grupo estudio presentó una evolución clínica satisfactoria, no hubo variación en la dosis farmacológica, se atenuaron los efectos colaterales y tuvo buena aceptación por los pacientes.

Palabras clave: Terapia electroconvulsiva, masaje, naturopatía. (Fuente DeCs Bireme).

1 Licenciada en Enfermería. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor instructor. Enfermera asistencial del departamento de tratamiento Electroconvulsivante del Hospital Psiquiátrico Provincial de Villa Clara, Cuba

2 Licenciada en Enfermería. Master en cultura física comunitaria. Enfermera asistencial del Taller Protegido, Hospital Psiquiátrico Provincial, Villa Clara, Cuba. Diplomada en depresión.

3 Licenciada en Enfermería. Master en Psicología Médica. Profesor asistente. Coordinadora docente, Universidad Médica de Villa Clara, Cuba.

4 Licenciada en Enfermería. Especialista de primer grado en enfermería intensiva y emergencia. Master en atención integral al niño. Profesor asistente. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Pediátrico Provincial "José Luis Miranda", Villa Clara, Cuba. Correo: mirelyssl@infomed.sld.cu

Facial massage for patients' evolution in electroconvulsive therapy

Abstract

Introduction: Across the history in the treatment of the diseases, especially the psychic ones, methods and natural mechanisms have been used. In this wide range of mechanisms there appears the acupuncture, the massage, the homeopathy and the floral therapy.

Objective: to evaluate the effects of the application of facial massage in patients hospitalized with electroconvulsive therapy.

Methods: A quasiexperimental study of intervention and comparison was carried out at the Psychiatric Hospital of Clear Villa in April - June, 2014. The universe of study was composed of 124 patients who received electroconvulsive therapy. 62 of them were applied facial massage (Study Group I), the other 62 patients (Control Group) didn't receive facial massage. There was no randomization to create the groups, it was done through an intentional non-probabilistic sampling or opinion-based. The technique chosen was the Tuina massage.

Results: 36-45 years old was the prevailing age, and masculine the prevailing sex. The collateral effects in the study group were evident in only 9.6 of the patients; and the consumption of medicines for this reason was lesser than 90.3 %. The evolution in the study group was satisfactory in 56 (90.3%) patients, whereas in the control group only 28 (45.17%).

Conclusions: The application of facial massage turned out to be effective in the patients hospitalized with electroconvulsive therapy because the study group presented a satisfactory clinical evolution. There was no variation in the pharmacological dose, the collateral effects decreased and the massage had good acceptance from the patients.

Key words: Electroconvulsive Therapy, Massage, Naturopathy. (Source: DeCs Bireme).

Introducción

En los años 30 del pasado siglo Cerletti desarrolló un modelo experimental de epilepsia inducido por electricidad que se le aplicaba a los esquizofrénicos psicóticos agudos.¹

Dada su efectividad se constituye la modalidad de terapia electroconvulsiva pero en la actualidad se desarrolla la terapia fármaco convulsiva dada la interrelación de medicamentos (anestésicos y relajantes conjuntamente con oxigenoterapia) para disminuir las complicaciones y la morbilidad de la técnica.^{2,3}

De esta forma tiene como sentido un impacto en el sistema cardiovascular, respiratorio, músculo esquelético y nervioso. Por lo que tiene una evaluación previa al tratamiento para descartar contraindicaciones propias del mismo.⁴ Se necesita un consentimiento informado por el familiar más cercano o el que legalmente representa al paciente.⁵

El electroshock o terapia electroconvulsivante (TEC o TECA) ha sido considerado uno de los tratamientos psiquiátricos más controversiales desde que comenzó su aplicación, continúa siendo un tratamiento grandemente cuestionado e incluso rechazado por parte de la población.^{5,6} Esta terapia comenzó a usarse en los años cuarenta y cincuenta; hoy se calcula que alrededor de un millón de personas en el mundo reciben TEC cada año.⁵

Clásicamente, los electrodos se han colocado bilateralmente en la zona frontotemporal, aunque hasta el presente han aparecido diversas modificaciones de la técnica inicial, tales como el uso de relajación muscular, anestesia, oxigenación, la colocación de electrodos unilateralmente y los estímulos de baja

energía, propuestos como medios para disminuir la morbilidad sin que lo haga la eficacia terapéutica.^{3,7}

Se ha descrito que la colocación unilateral de los electrodos en el hemisferio no dominante permite que efectos secundarios tales como la temporal confusión post ictal y las dificultades de la memoria sean menores, pero también se ha discutido si esta disminución de los efectos secundarios sea en detrimento de los beneficios terapéuticos.⁸

Una hipótesis popular del efecto terapéutico de la TEC consiste en la potenciación que esta produce de las vías monoaminérgicas que salen de las zonas diencefálicas que son importantes para la generación del ataque, van al hipotálamo así como a las regiones límbicas. Presumiblemente esta activación es capaz de producir cambios de estado de ánimo y la sintomatología vegetativa que se refleja en una respuesta mayor al tratamiento. Las hipótesis más frecuentes prueban a favor de estudios realizados de los cambios de sensibilidad del receptor en el aumento de transmisiones de noradrenalina además se han descrito cambios neuroendocrinos congruentes con la activación de los núcleos hipotalámicos específicos, en este sentido hay pruebas de que la disfunción hipotalámica indicada por una incapacidad para suprimir la respuesta al cortisol tras una dosis de dexametasona puede ser predictiva a una buena respuesta terapéutica de la TEC.^{4,5}

La cantidad a utilizar depende del tipo de afección y de la evolución del paciente, en general las afecciones se atenúan o desaparecen después de la tercera o cuarta sesión de tratamiento, mientras que en los cuadros alucinatorios y delirantes el número aumenta, en ocasiones son necesarios de 11 a 15 ó más para apreciar mejoría en el paciente. En cuanto a

la frecuencia se han utilizado varios esquemas, el más utilizado es tres veces por semana por un total de 6 a 12 sesiones, a veces se continúa uno semanal, luego uno cada 15 días y uno mensual, esta modalidad se utiliza fundamentalmente en los trastornos bipolares.⁴⁻⁷

A pesar de la probada efectividad de este tratamiento y sus efectos positivos en el paciente, existe una negativa casi generalizada tanto en la población psiquiátrica como la sana por los mitos, lo controversial del mismo y por los efectos colaterales que muchas veces se presentan como es la cefalea post tratamiento. Es por ello que siempre se está en constante búsqueda de alternativas para el paciente que lo ayuden a recuperarse y a superar cada sesión de tratamiento lo más natural y adecuado posible. Una terapia que reúne estas características por lo inocuo, económico, factible, no doloroso además de aceptable es la medicina natural y tradicional en la modalidad de masaje facial.

El masaje activa zonas relacionadas directamente con los canales que equilibran la energía y alivia o elimina los síntomas, es un procedimiento fácil de aprender y de auto practicarlo.⁹, Las circunstancias actuales permiten utilizar procedimientos físicos o naturales para combatir los síntomas y efectos colaterales de la TEC tan molestos para el paciente.

Se realizó esta investigación con el objetivo de evaluar los efectos de la aplicación de masaje facial en la evolución clínica de los pacientes que recibieron la TEC.

Método

Se realizó un estudio cuasiexperimental con grupo de intervención y grupo de comparación entre Abril y Junio de 2014 en el Hospital Psiquiátrico Provincial

Docente de Villa Clara, Cuba. El universo de estudio fue de 124 pacientes todos mayores de 18 años que recibieron tratamiento electroconvulsivo (TEC), de ellos 62 formaron parte del grupo estudio a los que se les aplicó masaje facial 15 minutos posterior al tratamiento con TEC todo el tiempo que se administro esta terapia, y 62 constituyeron el grupo control a los que no se aplicó masaje facial post TEC.

Se empleó masaje facial Tuina. El principio del masaje consistió en mejorar la circulación sanguínea regional, eliminar la inflamación y promover la restauración de las funciones nerviosa. El método básico de tratamiento fue la regulación mediante movimientos estables y suaves de frecuencia lenta, indicados en disturbios de energía (qi) y sangre (xue) y por obstrucción de los canales y vasos sanguíneos.¹⁰

Para aplicar el masaje se tuvo primeramente en cuenta la preparación previa de la profesional que lo realizaría, además que el paciente no refiriera dolor facial y la piel estuviera sana.

Se realizó el procedimiento previo lavado con agua y jabón tanto de las manos del terapeuta como de la zona a tratar. No se utilizó lubricante. Con el paciente acostado en decúbito supino en una camilla de masaje, las maniobras se realizaron durante un minuto, bilateralmente. El tratamiento se realizó de lunes a viernes en una sesión diaria, descansando los fines de semana.

Para obtener la información se realizó revisión de las historias clínicas individuales de los pacientes previa aprobación por parte del comité de ética de la institución.

Este estudio se sustentó en la Declaración de Helsinki, en donde se establecen los

criterios de respeto, confidencialidad y dignidad de las personas, que describe lo siguiente: se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto al que se le realiza la investigación; por tanto se tuvo en cuenta los principios éticos de la investigación, se respetó la voluntariedad de los tutores para que los pacientes participaran en el estudio y el consentimiento informado de estos ya que al llevarse a cabo la investigación con pacientes que tienen enfermedades psiquiátricos estos no son legalmente responsables, también se tuvo en cuenta la libertad en la toma de decisiones para abandonar el mismo en el momento que lo desearan. Se informó previamente a los tutores legales en qué consistía la investigación.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, evaluación de los resultados del masaje que fue valorado por la aparición o no de efectos colaterales después de la aplicación de TEC y evolución.

Se consideró por criterio de las autoras evolución, a la secuencia de acontecimientos que ocurren en el organismo humano durante el desarrollo de una enfermedad.

La evolución de los pacientes se evaluó como satisfactoria cuando:

- No se presentaron complicaciones como: Broncoespasmo, laringoespasmo, estatus convulsivo, infarto agudo del miocardio, luxaciones o fracturas; las cuales fueron identificadas por los registros médicos diarios.
- No se presentaron efectos colaterales como: cefalea post TEC, dolores musculares, desorientación auto-psíquica o alopsiquicamente
- El consumo de medicamento para palear los efectos colaterales fue menor

No satisfactoria cuando en la evolución se presentaron complicaciones, efectos colaterales y el consumo de medicamento fue igual o mayor.

Los grupos de edades fueron definidos por los autores de la siguiente manera:

- 18- 25 años
- 26-35 años
- 36-45 años
- 46-55 años
- > 56 años

El consumo de medicamentos en el presente estudio se refiere a los que se administran para el tratamiento de los efectos colaterales en el caso de que se presentaran; por protocolo de la institución los más frecuentes son:

- Analgésicos: Dipirone
- Relajantes musculares: Metacarbamol
- Esteroides: Hidrocortisona
- Anticonvulsivos: Tiopental

La información recogida fue procesada con la utilización del programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer) versión 18,5 para Windows. Se utilizó como medida de resumen para variables cuantitativas la media.

La medida de la fuerza de asociación fue calculada mediante la razón de productos cruzados u odds ratio (OR) que es una alternativa del riesgo relativo específico para el análisis de la asociación causal en el diseño de casos y controles.

$$OR = \frac{a \times d}{c \times b}$$

Donde:

- a- El número de casos expuestos al posible factor de riesgo.
- b- El número de controles expuestos al posible factor de riesgo.

- c- El número de casos no expuestos al posible factor de riesgo.
- d- El número de controles no expuestos al posible factor de riesgo.

- ♦ $OR < 1$ y $p < 0,05$: El factor asociado es un factor protector.

Resultados

En la evaluación de los factores de riesgo se tuvieron en cuenta las siguientes posibilidades de asociación:

- ♦ $OR > 1$ y $p < 0,05$: El factor constituye un riesgo del suceso.
- ♦ $OR > 1$ y $p > 0,05$: La relación entre el factor y el suceso está influida por el azar.
- ♦ $OR < 1$ y $p > 0,05$: La relación entre el factor y el suceso está influida por el azar.

En los pacientes que recibieron TEC se constató que el grupo de edades representativo fue el de 36 -45 años, 33 en el grupo estudio y 32 en el grupo control, mientras que el sexo que prevaleció fue el masculino. (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes según edad y sexo en el grupo estudio

Grupo Etario (Años)	Grupo estudio					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
18- 25	0.00	0.00	1.00	1.60	1.00	1.60
26- 35	6.00	9.60	6.00	9.60	12.00	37.50
36 - 45	18.00	29.00	15.00	24.10	33.00	53.20
46 - 55	5.00	8.10	6.00	9.60	11.00	17.70
≥ 56	3.00	4.80	2.00	3.20	5.00	8.00
Total	32.00	51,60	30.00	48,30	62.00	100.00

Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes según edad y sexo en el grupo estudio

Grupo Etario (Años)	Grupo Control					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
18-25	1.00	1.60	1.00	1.60	2.00	3.20
26-35	6.00	9.60	4.00	6.40	10.00	16.10
36-45	17.00	27.40	15.00	24.10	32.00	51.60
46-55	9.00	14.50	4.00	6.40	13.00	20.90
> 56	3.00	4.80	2.00	3.20	5.00	8.01
Total	36.00	58,07	26.00	41,90	62.00	100

Con relación a las complicaciones que aparecieron en los pacientes después del TEC pudo evidenciarse que tanto en el grupo estudio como en el grupo control

estas fueron mínimas, solo se observó en 2 pacientes del grupo estudio y en 1 del grupo control. Tabla 3

Tabla 3. Distribución de pacientes según presencia de complicaciones post TEC

Complicaciones	Grupo estudio		Grupo control	
	No	%	No	%
Si	2.00	3.20	1.00	1.60
No	60.00	96.80	61.00	98.40
Total	62.00	100.00	62.00	100.00

Los resultados obtenidos en relación a la ocurrencia de efectos colaterales o secundarios al tratamiento electroconvulsivo exhiben datos significativamente diferentes entre el

grupo estudio y control, en el primero solo apareció cefalea post TEC en seis pacientes (9,6%) mientras que en el segundo fue observado este síntoma en 34 pacientes (54,8%). Tabla 4

Tabla 4. Distribución de pacientes según presencia de efectos colaterales post TEC

Efecto colateral	Grupo estudio		Grupo control	
	No	%	No	%
Si	6.00	9.60	34.00	54.80
No	56.00	90,30	28.00	45,20
Total	62.00	100.00	62.00	100.00

El consumo de medicamentos disminuyó en 56 pacientes del grupo estudio (90.3%) y solo en 9 del grupo control (14.6%), mientras que se mantuvo igual o aumento

en solo 6 pacientes del grupo estudio (9.7%) y en 53 del grupo control 85.4%). Tabla 5

Tabla 5. Distribución de pacientes según consumo de medicamentos post TEC.

Consumo de medicamentos	Grupo estudio		Grupo control	
	No	%	No	%
Menor	56.00	90.30	9.00	14.60
Igual o mayor	6.00	9.70	53.00	85.40
Total	62.00	100.00	62.00	100.00

La evolución fue satisfactoria en 56 pacientes (90.3%) del grupo estudio y 28

(45.17%) del grupo control. Tabla 6

Tabla 6. Distribución de pacientes del grupo control y estudio según evolución

Evolución	Grupo Estudio		Grupo control	
	No	%	No	%
Satisfactoria	56.00	90,30	28.00	45,20
No satisfactoria	6.00	9,40	34.00	54,80
Total	62.00	100,00	62.00	100,00

Discusión

Actualmente la terapia electroconvulsiva, constituye un tratamiento ampliamente utilizado en psiquiatría. Las complicaciones graves son muy raras y la tasa de mortalidad muy baja, no supera los 4 casos por 100.000 tratamientos, de hecho en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente de Villa Clara a través de la historia los reportes son ínfimos.³

Generalmente se aplica más al sexo masculino en relación al femenino aproximadamente en 2 %, lo cual coincide con los resultados del presente estudio donde existió una prevalencia relativamente mayor de pacientes masculinos.^{4, 5}

Referente al grupo etario predominante los resultados del presente estudio coinciden con Cantarini et al⁴ encontrando supremacía del sexo masculino en las edades comprendidas entre 36 - 45 años, seguido del rango entre 46-55.

Estos resultados encontrados en relación a la prevalencia del grupo etáreo entre 36 a 45 años guardan relación con la edad más frecuente en que aparecen los padecimientos psiquiátricos en la población estudiada.

En el presente estudio de los efectos colaterales o secundarios que pueden aparecer en los pacientes con tratamiento electroconvulsivo, la cefalea es la que más se observa; cuando revisamos críticamente la bibliografía que trata este tema vemos que siempre se describe este

síntoma como de frecuente aparición en los pacientes sometidos a esta terapia.⁹

El manejo tradicional de este efecto colateral o secundario tanto en Cuba como en el resto del mundo de forma habitual se realiza con el uso de analgésicos tanto por vía oral como parenteral; las autoras del presente estudio no encontraron registros nacionales ni foráneos que hablen de la utilización del masaje facial para reducir o paliar la cefalea post TEC, sin embargo es reconocido internacionalmente las bondades de este tratamiento en el manejo de los pacientes convencionales con este síntoma.

En Medicina Tradicional China el masaje suele ser una técnica agradable y analgésica al mismo tiempo, no solamente por la actividad relajante, sedante y tranquilizante que desempeña sino también por la mejora energética que provoca.¹⁰

El masaje facial aplicado después del tratamiento electroconvulsivo activa zonas relacionadas directamente con los canales que equilibran la energía y se alivian o desaparecen los síntomas, es fácil de aprender y de auto practicarlos.

Se puede plantear que los resultados alcanzados en el presente estudio no difieren mucho, de los logrados por otros investigadores como Leon LG¹¹ y Ruiz SJF¹² en auriculoterapia y acupuntura respectivamente, destacando que el proceder empleado es menos agresivo y permite un mayor tiempo de contacto con el paciente lo que constituye, según

bibliografías revisadas,^{4, 5} un requisito indispensable en la relación terapeuta – paciente y en la evolución futura satisfactoria de estos.

Cuando analizamos los resultados alcanzados por la presente investigación en relación a la frecuencia de aparición de efectos colaterales en los pacientes con terapia electroconvulsiva en ambos grupos, es evidente la efectividad del masaje facial para reducir la cefalea durante este tratamiento ya que los pacientes que recibieron sus bondades presentaron una disminución ostensible de este síntoma y por ende el consumo de medicamentos por esta causa fue ínfimo.

Conclusiones

La aplicación de masaje facial resultó eficaz en la evolución de los pacientes hospitalizados con terapia electroconvulsiva y en la disminución de la aparición de efectos secundarios o colaterales.

Referencias Bibliográficas.

1. Diccionario de Psicología y Pedagogía. Madrid: Cultura SA; 2000.p.135 – 138.
2. Nishikawa K, Higuchi M, Kawagishi T, Shimodate Y, Yamakage M. Effect of divided supplementation of remifentanyl on seizure duration and hemodynamic responses during electroconvulsive therapy under propofol anesthesia. J Anesth. 2011;25:29---33.
3. Mirzakhani H, Welch CA, Eikermann M, Nozari A. Neuromuscular blocking agents for electroconvulsive therapy: A systematic review. Acta Anaesthesiol Scand. 2012;56:3--16.
4. Cantarini P; Fràgola E; Fahrner R; Actualización en Terapia Electroconvulsiva. Revista Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría; volumen 10, número 2; España, 2010. p. 29-34.
5. Tellez J; Terapia electroconvulsiva, de la controversia a la seguridad y eficacia; Revista Psiquis; volumen 20, número 1; México, 2011. p. 23-37.
6. Fenton MC, Moret A. Salud Mental: En Temas de Enfermería Médico Quirúrgico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.2005.P.511 – 14.
7. Guzmán Y; Tejada P; Romero A. Terapia electroconvulsiva, experiencia en la clínica universitaria teletón; Revista Facultad de Salud; Sabana 2011. p. 29-35.
8. Milton C; Vidal A; Luna M; Efectos secundarios a la administración de terapia electroconvulsiva. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan Vol VII N° 1 Enero - Junio 2006, pp 59-64
9. Barranco Pedraza Leonor María, de Zayas Olazábal Mónica, de la Torre Rosés Marlen, Díaz Brito Yoimi. Tratamiento de la parálisis facial por viento frío con masaje Tuina. AMC [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Jul 22]; 13(6):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600007&lng=es
10. Otero OA, et al. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. GC – 3. La Habana. Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2001.p.1555- 157.
11. León LG. Masaje Facial y Digitopuntura en el tratamiento del vómito del embarazo (tesis).Santa Clara: ISCM; 2002.
12. Ruiz SJF. Tratamiento de la ansiedad con Auriculoterapia (tesis). Santa Clara: ISCM; 2004.

Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario

Mónica P. Quemba M.¹, Andrea C. Ortiz², Diana C. Fetecua V.³,
Ingrid C. Sánchez M.⁴, Paola N. Acosta B.⁵

Resumen

Objetivo general: Describir la percepción de paciente y familia sobre la seguridad de la atención sanitaria brindada en un Hospital Universitario colombiano de alta complejidad durante su proceso de hospitalización.

Metodología

Estudio cuantitativo con abordaje descriptivo-transversal y muestreo estratificado no aleatorizado, con una muestra de 276 participantes de los servicios de hospitalización y urgencias; la recolección de datos se hizo con el cuestionario “Percepción de seguridad de la atención en salud en el ámbito hospitalario”.

Resultados

Las dimensiones indagadas fueron: 1. Información recibida por los pacientes con 88.8% de acuerdo; 2. Calidad en la atención en salud recibida con 88.2% de acuerdo; 3. El 97.2% no identificaron Eventos Adversos; 4. El 99,64% no identificaron incidentes en la atención de salud; y 5. Sensación de seguridad percibida en el 88,77% como segura y en el 4,35% como ligeramente segura.

Discusión y conclusiones

Se encontró una alta percepción positiva de la seguridad en la atención de salud brindada y baja cantidad de eventos adversos e incidentes, el comportamiento de los resultados fue en general similar entre las 3 categorías de participantes (paciente y cuidador, paciente únicamente y cuidador familiar únicamente) y por servicios participantes. Lo anterior muestra la importancia de implementar y mantener estrategias institucionales que van desde políticas, programas, procedimientos y actividades específicas en los servicios para que el paciente y su familia se sientan seguros frente a su situación de salud y tratamiento.

Palabras clave: Seguridad de Paciente, Percepción, Calidad de la Atención de Salud (Fuente: DeCs Bireme).

- 1 Enfermera y Magister Cuidado Crónico Universidad Nacional, Líder de Seguridad del Paciente Hospital Universitario de La Samaritana ESE, referencia.seguridad@hus.org.co
- 2 Enfermera de seguridad del paciente
- 3 Enfermera Especialista en Administración y Auditoría de servicios de salud, Docente de práctica de gerencia en salud. dicafeve@yahoo.com
- 4 Estudiante de último semestre de Enfermería de la Universidad ECCI. ingridenf7@gmail.com
- 5 Estudiante de último semestre de Enfermería de la Universidad ECCI. paolitanataly75@gmail.com

Perception of patients and families on the safety of hospital care at a university hospital

Abstract

Objective: To describe the patients and families' perception on the safety of health care provided at a highly complex Colombian University Hospital during the hospitalization process.

Methodology: It was used a quantitative study with descriptive-transversal approach and non-randomized stratified sampling, with a sample of 276 participants from the hospitalization and emergency services. The data collection was done with the questionnaire "Perception of safety of health care in the hospital setting".

Results: The dimensions investigated were:

1. Information received by patients with 88.8% of agreement;
2. Quality in health care received with 88.2% of agreement;
3. 97.2% did not identify adverse events;
4. 99.64% did not identify incidents in health care; and
5. Feeling of safety perceived by 88.77% as safe and at 4.35% as slightly safe.

Discussion and conclusions: It was found a high positive perception of safety in health care provided and low number of adverse events and incidents. The behavior of the results was generally similar among the 3 categories of participants (patient and caregiver, patient only and family caregiver only) and by participating services. This shows the importance of implementing and maintaining institutional strategies that go from policies, programs, procedures and specific activities in the services so that patients and their families feel safe in front of their health situation and treatment.

Key words: Patient Safety, Perception, Quality of Health Care. (Source: DeCs Bireme).

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) la seguridad del paciente se ha venido priorizando a nivel mundial en las instituciones prestadoras de servicios de salud, implementando programas y estrategias para mitigar cualquier incidente y/o evento adverso que produzca un desequilibrio en el estado de salud del paciente¹.

Es importante que los pacientes sientan satisfacción con la atención brindada con calidad por el personal de salud^{2,3}, generando seguridad en la estancia hospitalaria. Por lo anterior en los hospitales se implementan estrategias como el despliegue de los programas de seguridad del paciente⁴, siendo estos un mecanismo de control que permite prevenir errores y actos inseguros en la atención en salud, respondiendo a las necesidades percibidas por el usuario y su familia⁵.

En la prestación de servicios de salud se presentan frecuentemente estos actos inseguros, los cuales pueden clasificarse como eventos adversos e incidentes⁴. Al respecto, se estima que en los hospitales latinoamericanos se tiene una prevalencia del 10.5% de errores en la atención en Salud⁶.

Estos son generados por factores relacionados con el mal estado de la infraestructura, el deterioro de los equipos, las deficiencias en la eliminación de desechos, las dificultades en el control de infecciones, la mala calidad de los medicamentos y la falta o deficiente participación del recurso humano, produciendo grandes consecuencias en los pacientes como discapacidad, muerte y el incremento de días de hospitalización que conllevan a un aumento de costos hospitalarios^{3,9}, además de las

implicaciones emocionales y sociales.

En la atención en salud el paciente hospitalizado genera una serie de emociones como son temor, incertidumbre, desconfianza, tristeza por su diagnóstico y pronóstico, por lo cual esperan del servicio un trato amable, con respeto, confianza, privacidad y confidencialidad; traduciéndose para los pacientes que mientras más vigilados estén de los profesionales de salud, menos riesgos tendrán de presentar alguna complicación que pongan en riesgo su vida^{7,8}.

De igual manera, el paciente es un actor fundamental en cuanto a su seguridad en la atención en salud, pues es este quien se encarga de tomar las decisiones que pueden o no perjudicarlo, por ejemplo, si un paciente desea ponerse de pie reconociendo que no lo puede hacer por determinada condición médica, muy seguramente el desenlace sería una caída como un potencial evento adverso en la atención en salud¹⁰. En consecuencia el contar con pacientes y cuidadores conocedores y empoderados de su situación de salud y tratamiento permite que ellos se trasformen inmediatamente en aliados estratégicos como barreras de seguridad primarias activas en la prevención de eventos adversos.

Lo anterior permitirá que paciente y cuidador tomen una actitud responsable en cuanto a su cuidado, cumpliendo con diferentes normas de seguridad que le permitan tener una recuperación satisfactoria y alertando frente a la presencia de acciones inseguras. Para lograr este propósito es necesario que se dé una acción oportuna por parte del personal asistencial en cuanto a campañas de sensibilización y educación al paciente frente a las situaciones de salud que enfrenta, los tratamientos y las medidas básicas de seguridad del paciente que deben apropiar.

Es así como la percepción del paciente sobre su seguridad en el entorno hospitalario se convierte en uno de los pilares de la calidad de la atención en salud, pues permite monitorear y establecer de manera confiable la capacidad, consistencia e impacto de las estrategias de seguridad del paciente implementadas en las instituciones hospitalarias. De esta manera este estudio tiene como objetivo medir la percepción de paciente y familia sobre la seguridad de la atención sanitaria brindada en un hospital universitario colombiano de alta complejidad

Materiales y Métodos

Tipo de diseño cuantitativo con abordaje descriptivo-transversal, tipo de muestreo estratificado¹¹ no aleatorizado, para identificar la Percepción de seguridad de la atención en salud del paciente y su familia en un Hospital Universitario. La población estuvo constituida por los pacientes y/o familiares atendidos en Hospitalización y Urgencias de esta institución, teniendo para el año 2015 un promedio de 19560 pacientes egresados.

La muestra mínima requerida calculada fue de 267 participantes con una confianza del 90% y un error del 5%; esta muestra fue estratificada en los 17 servicios tratantes con los que cuenta el hospital, calculando de forma desagregada el número de participaciones para cada estrato de acuerdo al porcentaje de pacientes que cada uno de estos servicios atendió durante la vigencia 2015.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta pacientes y/o cuidadores familiares que llevaran más de una semana en el proceso de hospitalización en cualquiera de los servicios de hospitalización y urgencias de la institucional, con sus capacidades cognitivas conservadas y que aceptaran voluntariamente su participación

en la aplicación de la encuesta. Se contó con 276 participaciones en tres tipos de categorías diferentes de acuerdo al tipo de paciente: 1) Paciente y cuidador familiar, 2) Paciente únicamente o 3) Cuidador familiar únicamente (Ver tabla No. 1).

El cuestionario implementado fue desarrollado y validado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España) y por la agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2010, es tipo Likert constando de 30 ítems distribuidas en 5 dimensiones: 1. Información, 2. Calidad en la atención en salud, 3. Evento adverso, 4. Incidente y 5. Sensación de seguridad; cada ítem cuenta con 4 opciones de respuesta (de 1 como muy en desacuerdo a 4 como de acuerdo). Este instrumento muestra una buena validez de constructo para ser utilizado, tanto en investigación como en condiciones de práctica clínica habitual, para la evaluación de la seguridad percibida por los pacientes en la atención sanitaria, en el ámbito hospitalario, reportándose un Coeficiente de Cronbach de 0,82.¹² La aplicación de este cuestionario fue realizada y procesada por investigadores entrenados para abordar al paciente y la familia.

Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó durante un mes, abordando a los pacientes y/o a la familia, explicando de qué se trataba la encuesta y solicitándoles la disponibilidad de tiempo para su desarrollo aplicando consentimiento informado tácito. La aplicación de la encuesta se hizo de manera virtual (Programa Survey Monkey) y manual, todas las aplicaciones se consignaron en este programa. El tiempo promedio de respuesta de los pacientes fue aproximadamente de 15 minutos, logrando la cobertura de más del 100% de la muestra proyectada.

Tabla 1: Cálculos de muestra y distribución de participaciones según servicios y categorías.

Servicio	Muestra requerida (n)	Muestra alcanzada (n)	Desagregado por Categoría de los participantes						%
			1. Paciente y cuidador		2. Paciente únicamente		3. Cuidador únicamente		
			%	n	%	n	%	n	
Cirugía general	59	59	21,4%	16	5,8%	34	12,3%	9	3,3%
Cirugía plástica	6	6	2,2%	1	0,4%	5	1,8%		0,0%
Cuidados intensivos	1	2	0,7%		0,0%	1	0,4%	1	0,4%
Ginecología	16	21	7,6%	1	0,4%	20	7,2%		0,0%
Maxilofacial	1	2	0,7%		0,0%	1	0,4%	1	0,4%
Medicina Interna	45	46	16,7%	9	3,3%	30	10,9%	7	2,5%
Nefrología	1	1	0,4%		0,0%	1	0,4%		0,0%
Neonatología	7	7	2,5%		0,0%		0,0%	7	2,5%
Neurocirugía	9	9	3,3%	2	0,7%	5	1,8%	2	0,7%
Neurología	1	3	1,1%		0,0%	2	0,7%	1	0,4%
Observación de urgencias	64	64	23,2%	13	4,7%	40	14,5%	11	4,0%
Obstetricia	21	20	7,2%		0,0%	20	7,2%		0,0%
Oftalmología	7	7	2,5%	2	0,7%	5	1,8%		0,0%
Ortopedia	19	19	6,9%	2	0,7%	14	5,1%	3	1,1%
Otorrino-laringología	2	2	0,7%		0,0%	2	0,7%		0,0%
Unidad de cuidados intermedios	1	1	0,4%		0,0%		0,0%	1	0,4%
Urología	7	7	2,5%	1	0,4%	6	2,2%		0,0%
Totales	267	276	100,0%	48	17,4%	186	67,4%	42	15,2%

Fuente: Elaboración propia – herramienta Excel

Resultados

Para el análisis de la investigación de percepción de seguridad de la atención en salud en el ámbito hospitalario, se definen 5 categorías por agrupaciones de preguntas relacionadas en el instrumento utilizado, así: (Ver tabla N 2).

• Información

De la pregunta 1 a la 7, y la 9 están relacionadas directamente con la

información brindada al usuario y su familia dentro del proceso de hospitalización. Donde se evidencia que un 88.8% de los encuestados consideran la información brindada por el equipo de salud y la aclaración de dudas con respecto a su diagnóstico, tratamiento e intervenciones es suficiente, clara y precisa. Lo que demuestra que los profesionales de la institución cuentan con conocimientos suficientes para brindar una atención con calidad basado en una comunicación asertiva con el paciente y su familia y el

1.99% de los pacientes refieren estar en desacuerdo con la información brindada por el personal de salud, lo cual se puede relacionar con el enfoque universitario del hospital que permite evidenciar profesionales en formación.

• *Calidad en la atención en salud*

Las preguntas 8 y 10 se relacionan con la calidad en la atención en salud que se ofrece al paciente durante su estancia hospitalaria. Se observa que un 88.2% de los encuestados, están de acuerdo, considerando que el personal de la institución brinda una atención en salud oportuna, respetando la privacidad y confidencialidad; es por esto que se evidencia el compromiso por parte del profesional con la institución y con los usuarios velando por el cumplimiento de sus derechos. Y el 1.81% de los pacientes están muy en desacuerdo, lo cual puede relacionarse con una sobrecarga laboral en el personal de salud y por congestión en los servicios.¹³

• *Evento adverso*

Dentro de las preguntas 11 a la 17 las cuales hacen referencia a la existencia de eventos adversos, que se pueden presentar en el ámbito hospitalario. Se evidencia que el 97.2% de los encuestados responden negativamente, al no evidenciar eventos adversos. Lo que representa que el equipo de salud identifica los riesgos e implementa el programa de seguridad del paciente como mecanismo para prevenir errores y actos inseguros dentro de la institución de salud ⁵; por otra parte se identifica el 2.65 % de los encuestados respondió positivamente al identificar algunos eventos adversos como son las caídas, infecciones, reacción alérgica a medicamentos, error en la identificación y equivocación de diagnóstico y tratamiento.

• *Incidente*

La pregunta 18 a la 26 se relacionan con incidentes que se pueden presentar durante el proceso de estancia hospitalaria; se pudo evidenciar que el 99,64% de los encuestados no han tenido ningún incidente relacionado con la atención en salud, esto demuestra que el personal de salud si se está adhiriendo al protocolo establecido por la institución sobre seguridad del paciente, brindando una atención en salud de calidad, en relación con el 0.36% que representa a un paciente refiere a ver resbalado en el baño, pero gracias a la oportuna actuación del personal de salud se controló y el usuario no sufrió ningún daño.

• *Sensación de seguridad*

La pregunta numero 27 hace referencia a la sensación de seguridad que le ha producido al paciente la familia la atención de salud recibida, durante el tiempo que ha estado hospitalizado, es así como el 88,77% de los encuestados perciben que se sienten muy seguros de la atención sanitaria brindada en relación a un 4,35% que siente estar ligeramente segura, se evidencia que los funcionarios de la institución están brindando acciones de protección, comunicación asertiva, humanización y acogida a los usuarios en la institución para que su estadía sea eficiente y tenga un tratamiento y recuperación adecuada.

Se observa en las diferentes categorías de participación -1: Paciente y cuidador, 2. Paciente únicamente y 3. Cuidador familiar), que el 67.39% categoría 2, responde de manera clara al cuestionario, mostrando interés por su protección dentro de la institución en cuanto a las atenciones en salud que se le brindan y escuchando atenta las recomendaciones que al final de la encuesta se realizan con la herramienta educativa implementada para este fin,

el 17,39% de los encuestados categoría 1 participan en equipo, se interesan por la seguridad del paciente dentro de la institución, y dan su percepción acerca de cómo el equipo de salud está actuando en pro o en contra a su beneficio, mientras que el 15,22% de la categoría 3 corresponde al cuidador, responde la muestra requerida para tal servicio fue de 59 participantes. En la categoría paciente únicamente, se resalta el servicio de urgencias con un 14% teniendo en cuenta que la muestra requerida fue de 64 participantes evidenciando que los pacientes perciben como esta su seguridad dentro de la institución y así mismo brindan la información requerida participando activamente respondiendo el cuestionario.

En la categoría cuidador o familiar en el servicio de neonatología con un 2% interviene el cuidador teniendo en cuenta que la muestra requerida era de 7 pacientes, haciéndose partícipes las madres por la seguridad de sus bebés dentro de la institución en su hospitalización.

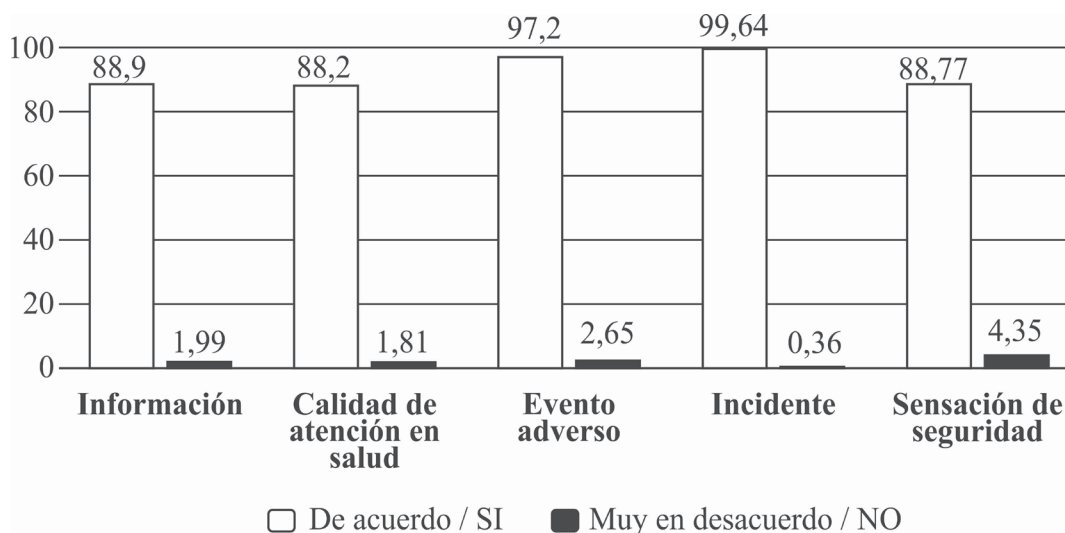
Es así como el 92.5% de los encuestados

tiene una percepción positiva de la seguridad en la atención de salud brindada, mientras que el 2.25 % manifiesta una percepción negativa.

Las preguntas mejor valoradas fueron las siguientes: pregunta número 14 ¿se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización? respondiendo NO un 99,28%, la pregunta número 18 ¿cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria? respondiendo NO un 99,64% y la pregunta número 16 ¿le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización? Respondiendo NO un 98,91%.

Las preguntas peor valoradas fueron: pregunta número 2 ¿recibió usted información sobre su tratamiento? Respondiendo en desacuerdo un 6,16%, pregunta número 7 ¿le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a? respondiendo un 6,16% en desacuerdo y la pregunta número 11 ¿ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a? respondiendo un 6,52% en desacuerdo.

Tabla 2: Percepción de Seguridad de la Atención en Salud en el Ámbito Hospitalario



Fuente Elaboración Propia - Herramienta Excel.

Discusión y conclusiones

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente, el cual interviene en medidas preventivas para brindar un entorno seguro y mitigar el riesgo¹⁴. Es así como los resultados obtenidos han mostrado que la percepción de seguridad del paciente hospitalizado, tanto para el usuario y su familia ha sido positiva con un porcentaje del 92.5%, el cual demuestra que los profesionales de la salud tienen adherencias a la política de seguridad del paciente implementada en la institución, en el análisis realizado se muestran 5 categorías importantes para el estudio las cuales son: información, calidad en la atención en salud, evento adverso, incidente, sensación de seguridad.

En la categoría de información se evidencia que la información brindada por el personal de salud se da de manera clara y precisa, atendiendo a las necesidades del paciente con un porcentaje del 88.2%, revisando la literatura se puede resaltar la importancia de tener una comunicación asertiva, según el autor Prieto Rodríguez (2008) es importante que tanto el paciente como el profesional sepan de su estado de salud y del tratamiento que esta llevando el paciente para disminuir los errores y prevenir eventos adversos⁸; en un estudio realizado en Chile por Mira (2009) resalta que la falta de tiempo, fatiga de los profesionales y falencias en los procesos, son las causas fundamentales de los errores para los encuestados en cuanto a su seguridad dentro de la institución¹⁵, en comparación a la investigación realizada un 1,81% de los encuestados tienen relación con los resultados encontrados y mencionados anteriormente.

En cuanto eventos adversos el 97,2 % e incidentes el 99.64% de los encuestados refieren no evidenciar estas situaciones, el autor Joaquín Mira junto con diferentes

autores comentan que los estudios realizados sobre percepción de seguridad en las instituciones hospitalarias identifican la presencia de eventos adversos o indagan si los pacientes se sienten seguros, es así como en otros países: el 9% de europeos, 5% australianos y 3% canadienses creen que es alta la probabilidad de sufrir un error⁸

Por otro lado es importante que los usuarios estén informados en los temas fundamentales en seguridad del paciente, de esta manera pacientes y cuidadores pueden constituirse como barreras de seguridad en la prevención de eventos adversos durante la atención en salud, siendo esta estrategia “fundamental en la creación de la cultura de seguridad del paciente”⁴.

Por lo tanto es fundamental realizar diferentes metodologías de enseñanza y aprendizaje como los son el método de problemas, el método de situaciones y el método de indagación¹⁶, utilizando también las herramientas educativas necesarias como medios audiovisuales, folletos, cartillas, carteleros y aplicativos tecnológicos, pues la educación al paciente y su familia debe ser un pilar primordial para fortalecer la estrategia de seguridad del paciente en la estancia hospitalaria.

En atención a lo anterior se considera que el profesional de enfermería tiene que intervenir en generar acciones de cuidado para la salud con una visión integral dentro de una población, fomentando la educación y llevando a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los pacientes del hospital universitario perciben que la seguridad en la atención en salud brindada es eficiente, con un 88.77%, respondiendo sus necesidades de salud, con la estrategia de prevención de riesgos y disminución de eventos

adversos en el proceso de atención de salud y también con la mitigación de sus consecuencias.

El brindar una atención en salud a los pacientes con calidad genera una cultura de seguridad en los usuarios, para identificar la presentación de eventos adversos, poder prevenir causas, errores y así mismo generar soluciones a partir de un plan de mejora continua por parte del equipo de salud.

La importancia de implementar la política de seguridad del paciente como mecanismo de control para prevenir errores y actos inseguros en la atención en salud, forma una cultura organizacional la cual lleva a que la prestación de servicios cumpla con estándares de alta calidad.

Limitaciones y recomendaciones

Al ser descriptivo no se puede demostrar causalidad, simplemente se esbozan las características de la población específica de la población intervenida, al no ser aleatorio el muestreo se disminuye la posibilidad de hacer generalizaciones.

Es necesario tener en cuenta que hay ciertos pacientes que no poseen el grado de escolaridad adecuado para lograr entender de una forma adecuada el instrumento.

Se recomienda hacer diseños de mayor complejidad y alcance, y otras que permitan evaluar el impacto de intervenciones específicas para mejorar la percepción de seguridad en el ámbito hospitalario en paciente y familia.

Se justifica realizar una investigación con un tipo de diseño cualitativo ya que con este se adquiere información más detallada por parte de los participantes a la hora de tener alguna experiencia con la vivencia de condiciones inseguras

Realizar un estudio más complementario que permita identificar de cada uno de los servicios cuales han sido sus falencias en cuanto a la seguridad de atención en salud, para que así mismo se pueda realizar un plan de mejora por cada uno de ellos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
2. García, M. T., Gil, L. M., & Gómez, L. F. (2010). *Seguridad del Paciente: Aspectos Generales y Conceptos Básicos*. Medellín.
3. Busso, N. F. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 204-210
4. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Seguridad del Paciente y la Atención Segura*. Recuperado el 13 de Junio de 2016, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
5. Cordova, S. R., Fhona, J. S., Fhon, V. P., Rodrigues, R. P., & Villanuevab, S. V. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*, 80-87.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. España.
7. Contreras, C. C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances de Enfermería*, 98-104

8. Rodríguez, M. P., & et.al, &. (2008). Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Medicina Clínica*, 33-38.
9. Llanes, B. C. (2010). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-3
10. Mira, J. J., & et.al. (2008). Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Medicina Clínica*, 26-32.
11. Hernández, G. Á., & DelaMora, J. D. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Medigraphic*, 26-34.
12. ministerio de sanidad y politica social. (2009). http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf.
13. Rivera, J. C. (2012). Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. *Medico Legal*, 6-13.
14. Ramírez, O. J., Gámez, A. S., Gutiérrez, A. A., Salamanca, J. G., Vega, A. G., & Galeano, É. M. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances de Enfermería*, 363-374.
15. Mira, J. J., S. L., Vitaller, J., Ziadi, M., Ortiz, L., & Ignacio, E. (2009). El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Revista Medica de Chile*, 1441-1448.
16. Servicio Nacional de Aprendizaje. (2003). *Manual de Estrategias de Enseñanza/Aprendizaje*. Medellín: Pregón.

Transdisciplina y enfermería, un recorrido por el estado del arte del 2000 al 2015

Ricardo Antonio Escobar¹, María Beatriz Escobar²

Resumen

Introducción

La transdisciplina y la enfermería, conforman un binomio de enorme potencial teórico, investigativo y práctico.

Objetivo

Dar a conocer de un modo general lo planteado por la literatura especializada acerca de la enfermería y transdisciplina; realizar una indagación documental, basada en la búsqueda electrónica y manual de la literatura sobre enfermería y transdisciplina. Se partió del interrogante ¿Cómo se encuentra el estado del arte de la literatura publicada en los últimos quince años con respecto a la incorporación del concepto de transdisciplina en diferentes estudios pertenecientes a la enfermería?

Metodología

Diseño descriptivo documentado, en tres cortes cronológicos, 2000- 2004, 2005- 2009 y 2010 hasta 2015, revisión de Enfermería Global, Scielo, Revista Aquichan, Lilacs, Medline, Pubmed, se analizaron 150 artículos, quedando 60 relevantes para el estudio.

Resultados

La incorporación del pensamiento transdisciplinar en los desarrollos teóricos, metodológicos y prácticos de la enfermería, es fundamental para nuevos abordajes de la racionalidad que constituye sus corpus de conceptos, sistemas de pensamiento axiológico y esquemas de reflexión ética y profesional.

Conclusión

Las reflexiones epistemológicas por la transdisciplina y su relación con la enfermería, abren la racionalidad teórica hacia nuevos modelos de pensamiento, menos reductivos, fragmentados y lineales.

Palabras Clave: Transdisciplina, Enfermero, investigación, pensamiento. (Fuente: DeCs Bireme).

1 Administrador de Empresas. Escuela Superior de Administración Pública. ESAP. E-mail: ricardoes9099@hotmail.com

2 Enfermera Universidad Católica de Manizales. E-mail: maescobar@ucm.edu.co

Transdiscipline and Nursing, a tour of the state of the art from 2000 to 2015

Abstract

Introduction

Transdiscipline and Nursing make up a binomial of enormous theoretical, investigative and practical potential.

Objective:

To present in a general way what the specialized literature on Nursing and Transdisciplinary propose.

To conduct a documentary inquiry, based on the electronic and manual search of the Nursing and Transdisciplinary literature.

Methodology:

The study started with the question “What is the state of the art of literature published in the last fifteen years regarding the incorporation of the concept of Transdiscipline in different studies pertaining to Nursing? Documented descriptive design in three chronological sections, 2000- 2004, 2005-2009 and 2010-2015. Review of Global Nursing, Scielo, Aquichan Magazine, Lilacs, Medline, Pubmed. 150 articles were analyzed, using 60 relevant ones for the study.

Results

The incorporation of Transdisciplinary thinking into the theoretical, methodological and practical developments of Nursing is fundamental for new approaches to the rationality that constitutes its corpus of concepts, axiological thinking systems and ethical and professional reflection schemes.

Conclusion

The epistemological reflections by the Transdiscipline and its relation with Nursing open the theoretical rationality towards new models of thought, less reductive, fragmented and linear.

Keywords: *Transdiscipline, Nurse, research, thinking. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

Efectuar un recorrido por el estado del arte que incluya tres series cronológicas segmentadas en quinquenios a partir del año 2000, se constituye en el propósito esencial de este artículo de revisión. Conocer de un modo general lo planteado por la literatura especializada acerca del tema, es un ejercicio de reflexión pertinente para determinar los avances conceptuales. Se trata de proponer reflexiones inteligentes acerca de como incorporar en el pensamiento enfermero los principios que fundamentan la transdisciplina, es decir, la capacidad de proponer diálogos de saberes entre y a través de las estas¹ y generar escenario de apropiación caracterizados por la inter recursividad, la retroacción, la hologramia y la sistemicidad². La pesquisa implica partir del interrogante ¿Como se encuentra el estado del arte de la literatura publicada en los últimos quince años con respecto a la incorporación del concepto de transdisciplina en diferentes estudios pertenecientes a la enfermería? El abordaje a esta pregunta, se llevó a cabo mediante una metodología de indagación documental, basada en la búsqueda electrónica y manual de la literatura.

El objetivo principal es dar a conocer de un modo general lo planteado por la literatura especializada acerca de la enfermería y la transdisciplina; realizar una indagación documental, basada en la búsqueda electrónica y manual de la literatura sobre enfermería y transdisciplina.

Metodología

Diseño descriptivo documentado, basada en la búsqueda electrónica y manual de la literatura que incluyó bases de datos como Enfermería Global, Scielo, Revista Aquichan, Lilacs, Medline, Pubmed, revistas, libros y tesis doctorales,

direccionada por los descriptores transdisciplina, enfermería, pensamiento enfermero. Se documentaron mas de 150 artículos a los cuales se les aplico una matriz de análisis que condensan en tres tablas los resultados de la búsqueda, especificando tres cortes cronológicos: 1999 a 2004, 2005 a 2009 y 2010 hasta 2015, esta segmentación del horizonte temporal es de gran utilidad para analizar una linea historia que permite evidenciar secuencias, dispersiones y saltos conceptuales en el tratamiento de la temática que se propone en el artículo.

Discusión

Hacia la integración de saberes en el desarrollo de la enfermería

Centrar la atención en los primeros cinco años del siglo XXI, es fundamental para comprender la naturaleza de los cambios que se gestaron en la enfermería como una disciplina autónoma y que intenta posicionarse en el complejo entramado de la relación entre ciencia, sociedad e individuo. En estas emergencias transdisciplinarias, un primer acercamiento esta dado por los esfuerzos de la comunidad académica en lograr la articulación y el dialogo de saberes, empleando la tecnología como una mediación que le permite a la enfermería avanzar en la consolidación de una perspectiva comunicacional³, ya inscrita en una especie de ciber-cultura. Articular implica trasladar experiencias exitosa de un campo de saber a otro, con el propósito de conectar las disciplinas, empleando las posibilidades que se derivan al comprender adecuadamente la estrecha relación que se da entre tecnología, ciencia y enfermería como conocimiento disciplinar específico.

Estos avances hacia la integración de saberes, se trasladan al campo de la atención hospitalaria, marcando la necesidad de

emplear enfoques inter-disciplinarios para lograr diversas miradas y abordajes, a partir de las cuales se genere interlocución, diálogo y convivencia entre los equipos y comités que participen en el desarrollo de los procesos clínicos y de hospitalización⁴ en consecuencia, lo interdisciplinario comienza a sumirse no solo desde los marcos referenciales teóricos, si no que se introduce la necesidad de incorporarlos como un aspecto fundamental para conectar visiones y acciones de diferentes profesionales que intervienen en el trabajo hospitalario propiamente dicho⁵.

Un tercer frente de reflexión, derivado de la necesidad de integrar saberes, se refiere al auge de nuevos modelos de indagación, fundamentados en la investigación cualitativa. La enfermería se nutre de nuevas percepciones para comprender integralmente al mundo⁶ con la intención de develar otras formas de acercamiento a la multiplicidad de aspectos que están configurando los conceptos de salud, enfermedad, prevención y atención hospitalaria, lo que le da la razón a quienes afirman que “La investigación cualitativa crea para la enfermería, indudablemente, nuevas opciones”⁷.

La consolidación de modelos de indagación de tipo cualitativo en enfermería, abren la posibilidad de integrar tanto la racionalidad técnica como la teórica, en el desarrollo de procesos curriculares y de formación de los nuevos profesionales de la enfermería⁸. Los marcos teóricos propios, se revitalizan cuando son capaces de abrirse a diálogos con otras disciplinas, en la búsqueda de ver al ser humano desde una perspectiva holística⁹, la formación del profesional en enfermería, a la luz de un enfoque holístico se convierte en un factor fundamental de esta como disciplina por que “La salud de un individuo debe considerarse en términos de su funcionamiento total.

Es decir, el hombre debe reconocerse como un todo; no es posible separar los componentes físico, social y emocional de su salud. Este enfoque holístico está presente en el desarrollo de las teorías de la enfermería”¹⁰.

Este abordaje de la salud como una totalidad, en la que se entreteje lo físico lo emocional y lo social, es incorporado por¹¹ en la denominada “antropología de los cuidados”, cuya razón de ser sigue estando enmarcada en los enfoques holísticos. Hasta aquí, la enfermería como disciplina, la formación profesional del enfermero, la investigación y la práctica hospitalaria, encuentran en la transdisciplina opciones teóricas para aventurarse en la exploración de territorios de saber que puedan transitarse en diálogo¹² y comunicación con la diversidad múltiple que esta en el fondo de la realidad, la ciencia y la sociedad. La salud se constituye en un asunto que integra diferentes visiones, percepciones y políticas que al engranarse a un sistema global de atención, produce una idea de hombre que esta mucho mas allá de las posiciones reduccionistas de la racionalidad cerrada de la ciencia en algún momento de su historia¹³. La transdisciplina es un discurso emergente que se asume en los primeros cinco años del tercer milenio como un territorio de encuentro para enriquecer los enfoques, modelos y tendencias implicadas en la investigación, las prácticas de atención y el desarrollo conceptual de la enfermería.

Visión no lineal de la enfermería en el contexto de la relación individuo sociedad y salud.

Entre el año 2005 al 2009, los artículos objetos de la pesquisa, asumen la enfermería desde una perspectiva no lineal, sin la cual la mirada transdisciplinaria podría considerarse como incompleta. Esta forma de ver la disciplina, es de

gran utilidad para comprender nuevos despliegues, como el de la visión del pensamiento enfermero en relación con el yo, la intersubjetividad y la ética ¹⁴.

Los niveles sistémicos, son de alguna forma, modos distintivos para concebir al ser humano en su integralidad y multidimensionalidad ¹⁵, este es un abordaje necesario para comprender adecuadamente lo que Garzón. 2005 propone como una ética basada en una estrecha relación que se da entre la práctica de enfermería, el ambiente y la atención en salud ¹⁶. Esta aproximación introduce en la enfermería la preocupación por los otros, aspecto sin el cual no es posible una práctica enfermera más humanizada. En el planteamiento de Oros. 2009 incluso se evidencia el valor de los encuentros corporales, de la mirada, la ternura, la escucha y el afecto como elementos para crear ambientes que contribuyan a ejercer de un modo efectivo el derecho a existir ¹⁷.

La enfermería se vuelve plenamente hacia el sujeto, el yo sistémico y multidimensionado que existe y tiene derecho a que se le garantice su seguridad, por que solo así se elude la posibilidad de “su estructuración ambivalente” ¹⁸ que puede resultar fatal en el manejo de cualquier patógenesis o situación traumática ¹⁹.

La emergencia de los nuevos enfoques, son esenciales para darle piso teórico a conceptos que promocionan la salud humana ²⁰. Cohesionados bajo los paradigmas de la complejidad y de la transdisciplina, los que facilitan abordar integralmente los temas, problemas y reflexiones en torno a la salud y la enfermedad. La transdisciplina colabora con la organización de una amplia agenda de salud colectiva en la que intervienen necesaria mente las “dimensiones

sociales, culturales, políticas, económicas, ideológicas, etc” ²¹.

Los nuevos repliegues que adquiere la enfermería en la segunda década del tercer milenio, no solo introducen una construcción transdisciplinaria y compleja de sus objetos de estudio, si no que le dan importancia sustancial a la ética del cuidado como una opción profesional para visualizar desde la perspectiva compleja la estrecha vinculación que se da entre dignidad humana, persona y derechos humanos en los procesos de atención y vigilancia de la salud.

La persona, familia y comunidad, enlazados con los valores y principios éticos que sustentan el desempeño profesional y en el cual deben expresarse las virtudes éticas de cada cual, reviste gran importancia, el reconocimiento de sus profesionales, enfermeros (as) y alumnos acerca del derecho de las personas a ser respetadas, o lo que es lo mismo, el deber de respetar la dignidad de las personas ²².

Los nuevos abordajes son influyentes, por que conciben la enfermería en una perspectiva multidimensionada que interpreta desde a cultura la triple relación que se da entre el individuo la salud y la sociedad. En este sentido, el autor considera que se trata de un modelo emergente de articulación recursiva, en el que los constructos simbólicos de los grupos sociales específicos, añaden valores agregados a las prácticas de cuidado en los niveles individual doméstico familiar e incluso en el de las políticas de salud pública ²³.

El análisis anterior, conduce a establecer que para la segunda década del siglo XXI, los intereses de las comunidades de académicas y de las instituciones de salud, fueron centrándose en una enfermería de avanzada que desde la transdisciplina

encontrara caminos de convergencia para construir agendas sociales interculturales con un marcado acento en la identidad, la persona, los valores éticos y el carácter transformador de la disciplina propiamente dicha.

Consolidación de prácticas transdisciplinarias en contextos de investigación, formación enseñanza y apropiación social de los conocimientos de la enfermería.

Los últimos cinco años analizados durante la pesquisa, facilitan un recorrido teórico por una variedad de artículos que contribuyen en la consolidación de los saberes y los conocimientos de enfermería desde perspectivas teóricas amplias y que le dan enorme relevancia a la apropiación de prácticas transdisciplinarias.

En este segmento cronológico, se confirma la intención de la enfermería por construir miradas transdisciplinarias en la que la interacción del ser humano con todos sus entornos, sociales, culturales, ideológicos ambientales físicos emocionales y tecnológicos puedan multidimensionarse desde los niveles diversificados de la realidad que los constituye. Esta es una intención deliberada y sistemática por que finalmente se logre una “atención mas humanizada”²⁴ de los pacientes y una enfermería que integralmente pueda insertarse en los escenarios vitales de la cambiante sociedad de los tiempos presentes.

La salud humana como un bien de un valor inapreciable, se esgrime como el argumento principal para el desarrollo de las investigaciones que se efectúan en el campo de las ciencias de la salud y en espacial de la enfermería, razón para entender la pertinencia de los abordajes transdisciplinarios y la mirada compleja de la realidad²⁵. La aparición de nuevos

problemas bioéticos, y de conciencia moral derivados de la aplicación de las biotecnologías, sugiere la implementación de investigaciones traslacionales en las que como propone Betancourt 2013, se resuelvan asuntos referidos a la identificación de problemas desde diferentes perspectivas por parte de especialistas, miembros de las comunidades y directivos²⁶ “propiciará intervenciones intersectoriales más efectivas, y sugieren realizar un cambio organizacional en el que se modifiquen estilos de trabajo y formas auto-organizativas de la actividad científica”²⁷.

Este cambio organizacional y de perspectiva en la actividad científica propia de la enfermería y las ciencias de la salud, es hoy en día un aporte fundamental para enriquecer las miradas y los abordajes transdisciplinarios. El concepto une sus raíces históricas en el campo hermenéutico de integración de varias disciplinas²⁸. Se utilizó en salud por primera vez en el año de 1975 como parte de una traducción de resultados investigativos para la diabetes. Actualmente las investigaciones traslacionales son de enorme utilidad en la enfermería por que “El término traslacional describe la utilización simultánea del conocimiento fundamental y los productos e innovaciones prácticas (tecno-científicas) en la esfera de la salud”²⁹.

La perceptiva anterior, trasciende incluso los modelos de formación del profesional enfermero³⁰, lo mismo que a la construcción de currículos y proyectos de investigación en los que debe tenerse en cuenta la complejidad de sus diseños, en función de sus compromisos éticos del investigador y el profesional.

Los avances conceptuales evidenciados por la pesquisa en el quinquenio 2010 al 2014, no solo corrobora la importancia de

las nuevas emergencias transdisciplinares, sino que demuestra la necesidad de afrontar la salud humana, sea esta en el plano individual o colectivo, privado o público, doméstico o institucional, como un campo de construcción permanente que reconozca la multidimensionalidad social histórica biológica cultural y política de los actores intervinientes en sus procesos y prácticas.

Conclusiones

1. La incorporación del pensamiento transdisciplinar en los desarrollos teóricos, metodológicos y prácticos de la enfermería, es fundamental para nuevos abordajes de la racionalidad que constituye sus corpus de conceptos, sistemas de pensamiento axiológica y esquemas de reflexión ética y profesional. Se logra una interpretación de lo que implica para la enfermería pensarse a sí misma como disciplina, profesión, empresa investigativa y realidad social.
2. Las reflexiones epistemológicas por la transdisciplina y su relación con la enfermería, abren la racionalidad teórica hacia nuevos modelos de pensamiento, menos reductivos, fragmentados y lineales. Esto conduce a entender que el trabajo profesional del enfermero no puede guiarse solamente por principios codificados de una deontología reductiva o una ética aplicada estrictamente al cumplimiento de ciertas funciones específicas. Por el contrario, la identidad profesional se construye como un todo integrado, en la medida que el paciente se valore como un ser que piensa, siente y actúa, su familia como la instancia fundamental para enriquecer su caudal afectivo y emocional y la acción interdisciplinaria e intersectorial como el elemento esencial que crea diálogos con los diferentes profesionales que se encuentran a cargo de la atención de este.
3. La transdisciplina ha de estar asumida como parte de los enfoques, tendencias y modelos del saber enfermero, permea sustancialmente los procesos de investigación, producción de conocimientos y apropiación social de los mismos. Estos son importantes desarrollos argumentativos y de explicación para situarla en la complejidad de la realidad social y cultural de las comunidades, al mismo tiempo posicionarlas epistemológicamente como una disciplina autónoma que es capaz de evaluarse autocríticamente y reinventarse creativamente. La emergencia de los enfoques y las construcciones transdisciplinarias es para la enfermería un desafío por aventurarse en territorios inexplorados de racionalidad abierta, integradora y emancipadora. La pesquisa efectuada logra determinar que las publicaciones sobre interdisciplina y enfermería son prolíficas, pero a un quedan puntos de quiebre que pueden explorarse desde diferentes campos documentales o investigativos. Determinar específicamente el impacto de los principios de la complejidad en las construcciones transdisciplinarias en la enfermería y la importancia de las actitudes transdisciplinarias en el desarrollo de sus prácticas, son dos temas de articulación que pueden suscitar el interés de futuros investigadores o teóricos. Esta reflexión deja en claro que se trata de una temática inacabada, la que en diferentes aproximaciones teóricas puede explorarse a través de diversas indagaciones o propuestas de investigación.

Referencias

1. Nicolescu B. La transdisciplinariedad, una nueva visión del mundo. Manifiesto. París: Ediciones Du Rocher. 1998.
2. Morin E. La antigua y la nueva transdisciplinariedad. En Morin, E. (1982). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos. 1980.p.311-317.
3. Alfredo Díaz H, El uso de Internet en un programa de cambio comunitario. Una experiencia integradora de articulación de saberes para una práctica transdisciplinar. *Revista Latina de Comunicación Social* 200030. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81933309>. Fecha de consulta: 9 de Octubre de 2015.
4. Gogna M. Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México DF y San Pablo. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. 2001.
5. Porras Arza J, and José Sánchez C, Las estrategias de proximidad y centradas en la persona como alternativa a la fragmentación en la atención. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*. 2014; 54: 7-25.
6. González Vega M, Vergara Núñez J. Percepciones sobre el estudio de casos, como estrategia de aprendizaje, en estudiantes de enfermería. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 Abr [citado 2016 Enero 31]; 18(1): 111-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-955320120001000111&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-955320120001000111>.
7. Ariza Olarte C, Aportes de la investigación cualitativa a enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 200578-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220731002>. Fecha de consulta: 9 de Octubre de 2015.
8. Moya José Luis Medina, Parra Silvana Castillo. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2006 June [cited 2016 Enero 31]; 15(2): 303-311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015>.
9. Santos Rego M A, El pensamiento complejo y la pedagogía. bases para una teoría holística de la educación. *Estudios Pedagógicos* 2000 133-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173514139012>. Fecha de consulta: 9 de Octubre de 2015.
10. Barroso Romero Zoila, Torres Esperón Julia Maricela. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2001 Jun [citado 2016 Enero 31]; 27(1): 11-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es.
11. Siles González, José, et al. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*. Año V, n. 10 (2. semestre 2001). ISSN 1138-1728, pp. 72-87
12. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós, 2001.
13. Borrell R M, and Rovere M. La formación de posgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos. Buenos Aires: OPS / OMS, 2004 : Buenos Aires: OPS / OMS, 2004; (1): 320
14. Urra ME, Jana AA, Garcia VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento

- de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2012 jul. 26]; 17(3):11-22. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
15. Tobón S. Metodología general de diseño curricular por competencias desde el marco complejo. Diseño curricular por competencias. Bogotá. Grupo Cife, 2007.p.1-28.
16. Garzón Alarcón, N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichan, Norteamérica*, 5, jun. 2009. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/60/125>. Fecha de acceso:9 de Octubre de 2015..
17. Oros L, El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. *Interamerican Journal of Psychology* 200943288-296. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891010>. Fecha de consulta: 9 de Octubre de 2015..
18. Sosa F, Beramendi M, Torres J A, Zubieta E, Sexismo ambivalente, estereotipos y valores en el ámbito militar. *Revista de Psicología* 201129101-130. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829518004>. Fecha de consulta: 9 de Octubre de 2015.
19. Demarchi J M, La interdisciplina y los contenidos de la formación del psicomotricista. *Revista Ibero-americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*.2005: 7.
20. Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la Salud : Conceptos, Reflexiones y Tendencias. Buenos Aires: Lugar Edit, 2006. 1. 200 p.
21. Almeida-Filho Naomar. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva* [Internet]. 2006 Ago [citado 2015 Octu 6]; 2(2): 123-146. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es.
22. Lescaille Taquechel Marlina. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Octu 05]; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100008&lng=es.
23. Arellano López O, and Peña Saint M. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina social*. 2006;1 (3): 82.
24. Oberto L, Matos J, Arellano M, Hacia una mirada transdisciplinar de la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética* 20101020-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020444002>. Fecha de consulta: 16 de Noviembre de 2015.
25. Rios O, Valderrama G, and Valdivia A. Tecnología asistencial y el cuidado enfermero. *Cuidado y salud/kawsayninchis*. 2014;1:1.
26. Betancourt J. Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 Nov [cited 2015 oct 06]; 34(5): 359-363. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001100009&lng=en.
27. Vargas Rodríguez, Elsa. Significado que otorgan las enfermeras especialistas en nefrología a la Promoción de la Salud en los pacientes de Hemodiálisis. 2011.
28. Galvani, P. Autoformación y ecoformación transdisciplinar el diálogo de los saberes con la vida. In *V Congreso Internacional de Transdisciplinariedad, Complejidad y Ecoformación* p. 93.

29. Betancourt B J, Ramis A R, Nápoles M, Investigación traslacional y transdisciplinaria en salud pública. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2014 June [cited 2015 Octu 05] ; 40(2): 239-248. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200008&lng=en.
30. Fernández V. Perspectiva de la enfermería transcultural erspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev Enferm IMSS. 2006;14 (1): 51-55.

Necesidad de legislación para la regulación de enfermería de práctica avanzada en Colombia

Luz Estella Varela L.¹

Resumen

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la necesidad de regulación de la enfermería de práctica avanzada en Colombia.

Materiales y métodos

Revisión de la literatura publicada por el Consejo Internacional de enfermería CIE, la legislación colombiana para enfermería y algunas revistas de la disciplina que se refieren a la enfermería de práctica avanzada EPA.

Resultados

Se presentan algunos aspectos sobre la trayectoria histórica de los programas de doctorado de enfermería, la legislación y algunos ejemplos de lo que podría ser EPA en Colombia, además de las necesidades para la regulación de la misma, sin crear rivalidades con otros profesionales, sino mejorando la oportunidad de la atención para las personas.

Conclusiones

Para la implementación de la EPA en Colombia se requiere el compromiso decidido de los actores comprometidos para su regulación, esto puede generar impacto en la disminución de la morbi-mortalidad de los colombianos, además de ampliar el prestigio y visibilidad de las enfermeras y su reconocimiento salarial.

Palabras claves: *enfermería, enfermería de práctica avanzada (Fuente: DeCs Bireme).*

¹ Enfermera especialista en cuidado al adulto en estado crítico de salud, Magíster en Salud colectivo, docente Facultad de Enfermería de la U. de A., estudiante de doctorado en enfermería de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: luzvarlon@gmail.com

Need for legislation to regulate advanced nursing practice in Colombia

Summary

This article aims to reflect on the need for regulation of the advanced practice of Nursing in Colombia.

Materials and methods

Review of literature published by the International Council of Nursing CIE, the Colombian legislation for nursing and some journals of the discipline that refer to advanced practice nursing EPA.

Results

Some aspects of the historical trajectory of doctoral programs in nursing are presented, as well as the legislation and some examples of what EPA could be in Colombia. Also, the need for the regulation is presented without creating rivalries with other professionals, but by improving the chances of care for people.

Conclusions

For the implementation of the EPA in Colombia, a strong commitment from the actors involved in its regulation is required. This can generate an impact in reducing morbidity and mortality of Colombians, in addition to expanding the prestige and visibility of nurses and their salary recognition.

Keywords: *Nursing, Advanced Practice Nursing. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

Este artículo pretende exponer algunas reflexiones sobre las posibilidades y desafíos de la enfermería de práctica avanzada EPA en Colombia, a partir de los retos que hay que enfrentar para lograrlo, las modificaciones de la legislación para enfermería, los compromisos que deben asumir las escuelas y facultades del país, el Ministerio de Educación Nacional y las enfermeras, así como la necesidad de favorecer en las instituciones la apertura a esta nueva categoría de formación, sin crear rivalidad con los profesionales de la medicina, sino haciendo un reconocimiento de las ventajas que trae la EPA para los pacientes en términos de oportunidad y para el sistema de salud en términos de menor costo. El artículo expone algunos ejemplos de áreas en las que se hace necesaria la enfermería de práctica avanzada y menciona la importancia del reconocimiento salarial diferencial para estas enfermeras.

Sobre la historia y el contexto colombiano

La enfermería de práctica avanzada EPA es un concepto que para autores como Galao “inició en Estados Unidos en los años 60 ante la carencia de médicos” (1), el concepto se ha ido refinando al igual que las modalidades de EPA. De acuerdo con la definición de Hernández, la enfermería de práctica avanzada es “cualquier nuevo desarrollo aplicado por enfermeras que permita ensanchar los dominios profesionales de la enfermería y ayude a mejorar su visibilidad, prestigio, influencia política, niveles de renta o autonomía laboral” (2).

A partir de esta definición, es importante concretar que es, cualquier nuevo desarrollo, debido a que la evolución del cuidado de enfermería es, a modo de ver

de la autora, muy dinámico; esto se plantea desde la perspectiva de las modificaciones que la enfermería basada en evidencia ha traído al que hacer de enfermería en los últimos veinte años en términos de la utilización de guías, protocolos y estándares para el cuidado de las personas tanto a nivel clínico como comunitario; aunque algunos autores plantean que el desarrollo de la enfermería parece lento no solo en Colombia sino también en Europa si se compara con otros países como expone Galao (1).

El sentido de *desarrollo lento* de la enfermería quizás sea consecuente con el tardío inicio de los programas de doctorado en enfermería en nuestro país, los cuales llegan en el año 2002 cuando se aprueba el primer programa en la Universidad Nacional de Colombia y posteriormente en el año 2010 el de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia, en este sentido el desarrollo de la disciplina en el país se podría considerar lento si se tienen en cuenta como expone Castrillón, que los programas de doctorado en enfermería en el mundo existen desde hace cinco décadas, comenzaron en Estados Unidos a finales de los años setenta, en Brasil iniciaron en 1981 en la Universidad de Sao Paulo, en Canadá en 1996 y en el resto de América Latina se iniciaron a finales del siglo XX y comienzos del XXI (3).

Y tienen importancia los desarrollos de los programas de posgrado en enfermería y en especial de doctorado en el país, porque en estos egresados está la responsabilidad de la producción de nuevo conocimiento en enfermería y el énfasis en el cuidado de enfermería que Castrillón llama “el retorno a los orígenes del proyecto Nightingale, el que re-valora la relación cuidador-persona cuidada que surge en el ámbito académico e investigativo de Norteamérica y que impacta la enfermería latinoamericana, favoreciendo

la construcción de un nuevo discurso y renovando las prácticas cuidantes fundamentadas en teoría, investigación, reflexión ética y crítica epistemológica, nutrida con las experiencias aprendidas en la práctica pedagógica, investigativa y de servicio” (3).

De este cuidado de enfermería es del que puede surgir la enfermería de práctica avanzada, teniendo en cuenta las posibilidades de las enfermeras para favorecer en las personas el aprendizaje de prácticas cuidantes, la incorporación de estilos de vida saludable, la comprensión de los cuidados en condiciones de cronicidad entre otras cosas, esto, con base en algunas de las características de enfermería como son entre otras, la interacción humana y la comunicación, elementos fundamentales del cuidado como plantean Ramírez y Müggenburg (4) y la competencia cultural que de acuerdo con Díaz tiene que ver con “conocer, interpretar y comprender la cosmovisión del otro y la propia” (5).

Durante la hospitalización, una característica que destaco exclusiva de la enfermería, es la de estar permanentemente, sin perder la continuidad, a la cabecera del paciente, lo que favorece la posibilidad única de conocer la situación física, psicológica, cultural, espiritual y social de los pacientes que otros profesionales no logran por su corta estancia. Esta condición es digna de revalorizar como cualidad para el fortalecimiento del que hacer disciplinar, pues las enfermeras gozan de la oportunidad de conocer de primera mano las necesidades(6), los cambios y las inquietudes de los pacientes y sus familias.

Además del cuidado que ofrecen las enfermeras, es importante tener presente el contexto en el que se da y la legislación que las ampara. En términos del contexto, en Colombia el sistema de salud está

estructurado por niveles de atención de acuerdo con la complejidad, esto es, en el nivel uno de complejidad se cuenta con los requisitos mínimos de recursos locativos, técnicos y humanos, definidos por la resolución 2003 de 2014 de habilitación (7) para la atención de baja complejidad, ésta misma resolución define los requisitos mínimos en los demás niveles de atención segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad como el más alto, lo que hace que las prácticas que para un tercer nivel serían parte de las responsabilidades de las enfermeras, en un primer nivel, se podrían reconocer como una práctica avanzada.

Un ejemplo para ilustrar podría ser la atención de pacientes con alguno de los llamados, signos de alarma (8) en los sistemas de atención de respuesta rápida (8) implementados a nivel institucional, dichos signos son aquellos que advierten que algo que no va bien en el paciente hospitalizado y ameritan una actuación urgente por parte de la enfermera del servicio, de manera independiente - guiado por protocolo- mientras llega el equipo de respuesta rápida, el cual tiene quince minutos para estar en el servicio, de acuerdo con los postulados de los sistemas de atención de respuesta rápida (8), uno de estos signos es el dolor torácico de reciente aparición, ante lo cual la enfermera, activa el llamado al equipo de respuesta rápida, realiza la canalización de vena si el paciente no cuenta con acceso a su capital venoso, toma muestras de laboratorio (troponina I), toma e interpreta el electrocardiograma buscando signos de enfermedad isquémica del corazón, instala monitoreo no invasivo y oxígeno si el paciente presenta disnea o saturación menos de 94%, lo acomoda en posición semifowler, le suspende la vía oral, le inicia el reposo en cama, le favorece el confort, le informa la situación al paciente, la familia o acompañantes entre otras cosas. Esto lo harían muy probablemente

algunas enfermeras en el tercero y cuarto nivel de atención, no creo que suceda igual en el primero y segundo nivel, si se analiza la actuación de la enfermera, ¿esto será gracias a la formación de pregrado? o ¿a la de posgrado?, o lo hace ¿por entrenamiento en la institución? o ¿por ser una enfermera de práctica avanzada?.

Un ejemplo como estos hace necesaria la claridad sobre las competencias de las enfermeras y la importancia de conocer la legislación que las respalda en su quehacer, que para el caso, es la Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones (9) y la Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería, se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones (10).

De acuerdo con el nivel de complejidad, pero además, de acuerdo con los protocolos institucionales y las competencias definidas para el cargo - las cuales valga la aclaración tendrán que estar en concordancia con la legislación citada- la enfermera deberá cumplir con sus funciones, pues de realizar alguna acción que la institución considere no autorizada o que por acción u omisión ha incurrido en faltas a la ética o a la deontología contempladas en la Ley 911(10), la podría involucrar en una investigación y llevarla a una sanción por parte de la institución, tal como un llamado de atención o un despido de la misma, y por parte del tribunal de ética de enfermería, si llegara a esta instancia, podría proceder: la amonestación verbal o escrita de carácter privado, la censura escrita de carácter público o la suspensión temporal del ejercicio de la enfermería de acuerdo con el capítulo V sobre sanciones de la Ley 911 de 2004(10).

En este sentido, es claro que la enfermería de práctica avanzada debe tener definido el contexto de actuación y la legislación que la respalde, lo que hoy en el 2016 no está considerado en la regulación Colombiana.

Es importante diferenciar que la enfermera especialista en un área no es una enfermera de práctica avanzada, ésta última, según la definición del Consejo Internacional de enfermería CIE, “es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario” (11), esta definición, es un intento de representar las funciones actuales y las posibles en el mundo entero, de acuerdo con el CIE, este perfil de enfermera, requiere formación avanzada, reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a las enfermeras de práctica avanzada, programas acreditados o aprobados, sistema oficial de autorizaciones, registro, certificación y acreditación (11).

Continúa el CIE, la naturaleza de ésta práctica profesional integra la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión, tiene un alto grado de autonomía profesional y desarrolla una práctica independiente, con gestión de casos propios, capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos, competencias clínicas avanzadas reconocidas y prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud, puede planificar, ejecutar y evaluar los programas y ser reconocida como primer punto de contacto para los usuarios (11).

De acuerdo con los mecanismos reglamentarios específicos de cada país, la enfermera de práctica avanzada tendrá derecho a diagnosticar - quizás refiriéndose a diagnósticos médicos porque diagnosticar con el uso de taxonomías de enfermería de la NANDA (12), hace parte del que hacer de enfermería desde la formación de pregrado-. Tiene autoridad para recetar medicamentos y tratamientos, para remitir pacientes a otros profesionales y para admitir pacientes en los hospitales, la legislación confiere el título de Enfermera de práctica avanzada y dicho título es oficialmente reconocido (11).

Necesidad de legislación para la EPA en Colombia

Partiendo de estas consideraciones del CIE, de las competencias de las enfermeras colombianas y de las necesidades del sistema de salud, se cuenta con posibilidades para desarrollar EPA por un lado, contando con las organizaciones de facultades de Enfermería como la Asociación colombiana de facultades de enfermería ACOFAEN para responder al compromiso de avalar y asesorar la creación de estos programas, al igual que contar con el compromiso de las facultades y escuelas de enfermería del país para su diseño y solicitud de registro calificado, de acuerdo con las necesidades del contexto, y por otro lado, contar con la gestión del Consejo Técnico Nacional de enfermería que de acuerdo con la Ley 266 tiene importantes funciones frente al gobierno en temas de las políticas y el ejercicio de la enfermería (9).

Sobre la gestión del Consejo Técnico Nacional, sus funciones no se materializan por muchas razones: Entre sus integrantes están el Ministro de salud o su delegado y el Ministro de educación o su delegado que difícilmente responden a esta convocatoria, no cuenta con una sede

ni con suficiente presupuesto para la asistencia de miembros dispersos en el país, la participación de algunos de sus representantes es de carácter voluntaria y se realiza por votación en las asambleas de ACOFAEN y de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, por lo que los resultados de su gestión son muy inferiores al nivel de responsabilidad que la ley les otorga, las cuales se exponen a continuación.

En el capítulo III, artículo 5to de la Ley 266, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería se define como *“un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional, de los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia* (9) y de acuerdo con el artículo 6to tiene las siguientes funciones: 1. Analizar las necesidades de enfermería de la población colombiana y proponer metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo en todos los niveles de atención en salud. 2. Proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería. 3. Definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar cuidado de enfermería. 4. Definir los planes mínimos de dotación de los servicios de salud con relación al personal de enfermería. 5. Elaborar planes proyectivos para la atención de enfermería en concordancia con los cambios socioeconómicos, técnicos, científicos y del sistema de seguridad social en salud. 6. Dar lineamientos para el desarrollo de la investigación en enfermería. 7. Establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional. 8. Establecer requisitos para ser miembro del Tribunal de Ética de Enfermería, abrir convocatoria, elegir a sus

miembros y presentarlos al Ministerio de Salud para su ratificación 9. Reglamentar los consejos técnicos departamentales. 10. Dar su propio reglamento y organización (9).

En tal sentido, se cuenta con todo el respaldo jurídico para la gestión de políticas frente a la EPA, lo que se hace necesario es la dinamización de este Consejo y el reconocimiento de su importancia a la hora de postular miembros que pueden responder a estas funciones y que cuenten con el respaldo de sus asociaciones ANEC o ACOFAEN para disponer la agenda de trabajo para el estudio, diseño, divulgación y búsqueda de acuerdo de la comunidad de enfermería frente a las propuestas de nuevas categorías de enfermería como la EPA que se presentarán al gobierno.

Si se cuenta con la gestión del Consejo Técnico Nacional de Enfermería, es viable en Colombia la EPA en diversas áreas que se ejemplifican a continuación pues las enfermeras cuentan con muchas de las competencias necesarias y muestran el deseo por cualificarse y en su vocación de servicio, favorecer el bienestar de la salud y la vida de los colombianos.

Algunos ejemplos de áreas posibles de EPA en Colombia, de acuerdo con las necesidades del contexto

Como exponen Atehortúa y otros en su artículo sobre la EPA en Colombia como una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ésta práctica puede aumentar el acceso a las personas a los sistemas de salud, si se reconoce que en áreas apartadas del país no se cuenta con recurso médico pero si se cuenta con enfermeras, las cuales pueden mejorar los niveles de educación para la salud y reducir los costos de atención (13).

La EPA tendría también posibilidad en áreas de cuidado a personas adultas mayores, dado el envejecimiento poblacional y en otras áreas como el cuidado a personas con discapacidad y enfermedades crónicas en las que la EPA ha demostrado mejorar las condiciones de vida de las personas en otros países (13), las enfermedades neurodegenerativas, el cáncer, el cuidado a personas en estados terminales en servicios especializados para tal fin, teniendo en cuenta que se cuenta con la Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad que genere alto impacto en la calidad de vida (14). En tal sentido, las oportunidades de práctica avanzada son numerosas, otra de ellas es la EPA en atención primaria en salud APS, en la que enfermería ha sido líder desde su implementación y sería de gran impacto en concordancia con la declaración del sistema de salud orientado a la atención primaria de acuerdo con la Ley 1438 del 2011 (15).

Pasando al ámbito institucional, otras posibilidades de EPA son las enfermeras de triaje, que hoy en varias instituciones lo han implementado con enfermeras altamente capacitadas para este objetivo, pero sin respaldo de ley porque sus diagnósticos presuntivos son diagnósticos médicos, no diagnósticos de enfermería, lo que las estaría poniendo en riesgo en caso de un error diagnóstico con consecuencias fatales para el paciente y para la enfermera en caso de una demanda legal.

El hecho de que se cuente en las instituciones hospitalarias de cualquier nivel de atención, con recurso de enfermería 24 horas 365 días al año, da a las enfermeras

la posibilidad de ofrecer con oportunidad las condiciones de EPA por ejemplo para el monitoreo invasivo con líneas arteriales de presión, la canalización de catéteres centrales de inserción periférica PIC, que han sido procedimientos médicos que algunas enfermeras desarrollan hoy con la misma competencia y calidad y a menor costo, lo que ha hecho que se genere una tensión entre el personal médico y de enfermería por esta situación, pues los médicos encuentran que se les está invadiendo su campo de conocimiento, pero además se les está afectando su facturación por procedimientos. Esta tensión debe ser atendida para no generar rivalidad entre los profesionales, teniendo definidos los perfiles de las enfermeras de práctica avanzada y promoviendo en las instituciones la apertura a esta modalidad de enfermeras, con base en los beneficios para los pacientes en términos de oportunidad y calidad en el procedimiento y menor costo para el sistema de salud.

Por el conocimiento de las necesidades sobre las condiciones de los pacientes, las enfermeras de práctica avanzada a nivel hospitalario deberían tener potestad para solicitar interconsulta a la nutricionista, a fisioterapia y fisioterapia y a psicología, así como se cuenta con la autorización para solicitar al paciente apoyo espiritual de acuerdo con su religión o sus creencias o evaluación por trabajo social para asuntos económicos, sociales o administrativos.

En cuidado intensivo existe un grupo de enfermeras que desarrollan funciones que ensanchan el dominio profesional de la enfermería en tanto que ofrecen cuidado a personas con condiciones complejas de salud como pacientes trasplantados, pacientes en membranas de circulación extracorpórea ECMO, a las que llaman ecmólogas, pacientes en terapias de reemplazo renal con hemofiltro, administran transfusiones

masivas, descienden sondas a nivel post-pilórico para nutrición, entre otras cosas, lo que requiere una formación de práctica avanzada que de hecho, las enfermeras han logrado mediante el estudio independiente, el entrenamiento en otras instituciones con experiencia donde realizan pasantías y la cualificación a nivel de instituciones prestadoras de servicios de salud, pero nada de esto está formalizado en la ley por lo que no tienen un reconocimiento económico diferencial con el de otras enfermeras sin la formación de práctica avanzada, como debería ser.

Estos ejemplos son evidencias de la necesidad en Colombia de EPA, de regulación en la legislación, de apertura a este campo en las instituciones de salud, del compromiso y diligencia por parte de las facultades y escuelas de enfermería y del Ministerio de educación Nacional para otorgar registros calificados a estos programas y por supuesto, de las enfermeras por dar lo mejor en esta maravillosa profesión que está en sus manos.

Conclusiones

La enfermería de práctica avanzada se ha venido desarrollando en el mundo desde 1960 y esto tiene que ver con los cambios en el contexto de la salud-enfermedad, los sistemas de salud y las competencias y disponibilidad de los profesionales. La EPA debe tener definido el contexto de actuación y la legislación para Colombia que la respalde, para lo cual es necesario emprender este proceso con el aval y análisis por parte de los entes comprometidos: el gobierno, las instituciones formadoras de recurso humano y las organizaciones de enfermería, con especial relevancia, el Consejo Técnico Nacional de enfermería quien por disposición de Ley tiene funciones de asesor del Ministerio en estos menesteres, pues la EPA en Colombia

tienen diversos espacios tanto en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como en la asistencia a nivel institucional en los distintos niveles de atención, en el cuidado a personas con condiciones crónicas de salud y cuidado paliativo. Esta regulación podría incrementar el prestigio, la visibilidad y la remuneración de las enfermeras y tiene posibilidades además de impactar en la morbilidad y mortalidad de los colombianos.

Referencias

1. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index de Enfermería [Internet]. Fundación Index; 2009 [cited 2016 Jun 14];18(4):221–3. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Yáñez JFH. Especialidades y Enfermería de Práctica Avanzada ¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí? Rev Iberoam Enfermería Comunitaria. 2011;4(2).
3. Castrillón C. Apertura del Doctorado en Enfermería Universidad de Antioquia. El camino recorrido, fundamentos y esperanzas. Invest y Educ en Enfermería [Internet]. 2010; Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072010000300018&script=sci_arttext
4. Ramírez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Univ [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2015;12(3):134–43. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>
5. Díaz O. Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de enfermería. Rev Colomb enfermería [Internet]. 2015;10(Abril de 2015):35–44. Available from: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen10/005_articulo-3-Vol10_A10.pdf
6. Cassiani SHDB, Bassalobre-García A, Reveiz L. Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud: la identificación de prioridades de investigación en la enfermería en América Latina. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015;(ahead):0–0. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015005052667&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Colombia M de salud y protección social de. Ley 2003. 2014;2014(May). Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>
8. Raúl Carrillo, Jorge Carrillo L, Carrillo. ¿Hospitales enfermos o pacientes enfermos? Primera parte Equipo de respuesta rápida. Médica Sur, Mex. 2007;14(2):47–55.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. D Of 42710. 1996;1996(42):8.
10. República de Colombia. Ley 911 de 2004. In 2004. p. 1–15. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
11. Consejo internacional de enfermeras. Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada [Internet]. p. 1–2. Available from: http://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
12. NANDA. Nursing Diagnoses: Definitions & classification 2015-2017. Edition T, editor. 2015. p. 1-11

13. Gloria Atehortua, Mercy Soto, María López, Lilia Buitrago. La práctica avanzada en enfermería: una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia. *Rev Cult del Cuid* [Internet]. 2014;11(junio de 2014):60–9. Available from: [http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/223/6 EPA pp. 60-69.pdf?sequence=1](http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/223/6/EPA%20pp.%2060-69.pdf?sequence=1)
14. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1733 [Internet]. Colombia; 2014 p. 1–5. Available from: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY 1733 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2014.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201733%20DEL%2008%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf)
15. Congreso de la República. Ley 1438 - Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2011;(4):1–51. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>

Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos

José Alonso Andrade Salazar¹, Laura Patricia Lozano Sapuy²,
Angélica Rodríguez Romero³, Juan Andrés Campos Ramírez⁴

Resumen

Este es un artículo de revisión, el cual pretende describir la influencia de la vulnerabilidad psicosocial en el suicidio de adultos mayores colombianos, como población en crecimiento con altos índices de suicidio, fenómeno que es explicado desde el modelo estrés – diátesis, tomando en cuenta la interacción de factores predisponentes y desencadenantes a nivel biológico, psicológico y social. Se concluye que el adulto mayor es altamente vulnerable a conductas suicidógenas debido al deterioro físico, cognitivo y emocional que trae consigo el envejecer en un entorno de exclusión afectiva y social constante.

Palabras clave: suicidio, vulnerabilidad psicosocial, adultos mayores, exclusión. (Fuente: DeCs Bireme).

- 1 Psicólogo. Docente investigador de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Investigador del grupo interdisciplinario para el desarrollo y la acción dialógica (GIDPAD) y del grupo Estudios clínicos y sociales en psicología de la Facultad de psicología de la Universidad de San Buenaventura. Correo: jose.andrade@usbmed.edu.co; 911psicologia@gmail.com
- 2 Psicóloga. Universidad De San Buenaventura Medellín. Correo: psicolausapuy@hotmail.com
- 3 Estudiante del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín. Correo: angelica.rodriguez@tau.usbmed.edu.co
- 4 Estudiante del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín. Correo: lomejordejuan24@hotmail.com

Biopsychosocial vulnerability and suicide in Colombian elderly population

Abstract

This is a review article, which aims to describe the influence of the psychosocial vulnerability in the suicide of Colombian elderly population, as a growing population with high suicide rates. This phenomenon is explained from the model stress - Diathesis, taking into account the interaction of predisposing and triggering factors at the biological, psychological, social level.

It is concluded that the elderly population is highly vulnerable to suicidal conduct due to physical, cognitive, and emotional impairment that aging brings in an environment of constant affective and social exclusion.

Keywords: *suicide, psychosocial vulnerability, elderly people, exclusion. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

El suicidio es el acto a través del cual la persona elige ponerle fin a su vida de forma voluntaria (1). Tal como lo menciona la Organización mundial de la (OMS) (2) es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y ejecutado por el sujeto sabiendo o esperando un resultado mortal. En el acto suicida se incluyen: 1) la *ideación o pensamiento suicida* en el que prevalecen valoraciones negativas acerca de la vida, e incluso planes estructurados sobre cómo morir, y 2) *conductas auto-anulativas reiterativas* tales como, intentos de suicidio, suicidios frustrados, *cutting*, parasuicidio, y planes más elaborados para quitarse la vida, que suelen ser ejecutadas por personas con ideas de muerte más elaboradas (2). En ambos tipos de conducta se incluyen amenazas, tentativas de suicidio, planificación auto lítica, y en ambas la persona puede llegar al suicidio consumado (3-6). Otra de las alusiones a esta conducta es el *parasuicidio* denominado por la OMS (2) como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (p. 1). Según Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo (7) y Reina et al. (5), la persona antes del suicidio atraviesa por un proceso de tres etapas: 1. Surgimiento de la idea; 2. Lucha ante las ideas constructivas – destructivas; y 3. Decisión ante la idea. Estas tres etapas llevan el nombre de síndrome presuicidal.

El suicidio en adultos mayores colombianos más que un hecho frecuente, es uno de los más contundentes (8). Su ocurrencia se puede asociar a la congruencia de factores medioambientales y biológicos, que afectan las relaciones afectivas socio-familiares que les dan sostén y amparo

a estas personas, y a causa de dicho desajuste pueden sentirse expuestos a heridas psicológicas, depresiones severas y pérdida del sentido de su vida (9). En la vejez se experimentan grandes pérdidas afectivas: personas, trabajo, aporte económico al hogar, jubilación, sentido de la utilidad para otros, etc., lo que genera problemas notables en la calidad y expectativa de vida, pues comienzan a ver que “se están quedando solos” y a creer que son “inútiles e inservibles”, aspectos que pueden ser reforzados por algunos familiares que los discriminan o abandonan (10). Para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (11-13) el suicidio es un fenómeno de elevado impacto social, que puede ser el indicador de problemas en la salud mental individual y el bienestar colectivo, así como también, de la insuficiencia de recursos materiales, sociales, emocionales y psicológicos necesarios para afrontar las circunstancias desfavorables de la vida y del ambiente (14). Forensis señala que el suicidio se presenta a edades cada vez más tempranas (12-14), y entre los grupos poblacionales con mayores índices se encuentran los adolescentes y adultos mayores, con un incremento importante en mujeres y jóvenes (15, 16).

La población adulta mayor en Colombia es víctima de maltratos, abusos y agresiones, evidencia de ello es que nueve mil adultos mayores fueron agredidos de entre enero del 2013 y abril del 2014, asimismo 276 se suicidaron y 595 fueron asesinados (14). De acuerdo con el Informe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (13), aunque el comportamiento suicida es elevado en personas con edades comprendidas entre los 15 y 24 años de edad, el adulto mayor –especialmente hombres- se encuentra en un grave estado de vulnerabilidad y desatención familiar, social y estatal. Al respecto Forensis

ofrece datos que revelan la indiscutible vulnerabilidad de los adultos mayores en Colombia:

Durante el 2014 se practicaron en Colombia 1.414 dictámenes por violencia intrafamiliar contra el adulto mayor, 45 casos más que en 2013, con una tasa nacional de 27,48 casos por cada 100.000 habitantes; según el sexo de la víctima la mayor tasa fue la de los hombres con 28,29. Según el tipo de violencia intrafamiliar en Colombia, el porcentaje de casos de violencia contra el adulto mayor está en cuarto y último lugar con un 1,86%. En cuanto a la edad, el grupo con la tasa más alta está en 60 a 64 años. En hombres, 80 años y más, mientras que en las mujeres las tasas disminuyen a medida que aumenta la edad. En cuanto al estado conyugal de la víctima, el más frecuente fue casado(a) con 26,43% y se encontró que el 35,07% de las mujeres eran viudas. El presunto agresor fue en el 99,86% un familiar, en el 43,14% de los casos fue el hijo(a). En el 75,20% la actividad está relacionada con la permanencia en el hogar, siendo la más frecuente actividades de trabajo doméstico no pagado para el uso del propio hogar (36,07%). La razón principal de la agresión fue la intolerancia con el 72,49%, seguida de alcoholismo y drogadicción con 24,02% (14, p. 219).

En el año 2014 en el grupo comprendido por edades de 65-69 hubo un incremento del 22% es decir, 11 casos más respecto al año anterior, es así que en personas de 60 o más años se presentaron 241 casos equivalentes al 13.31% con una tasa de 5 suicidios por cada 100.000 habitantes. Según el Instituto de medicina legal y

ciencias forenses el año 2014 se caracterizó por “una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años” (14, p. 321). Para el caso de los adultos mayores que cometieron suicidio en el año 2014 se encontró que de 55 a 59 años se produjeron 102 casos (28%); de 60 a 64 años 74 casos (20%); de 65 a 69 años 59 eventos (16%); de 70 a 74 años 58 casos (16%); de 75 a 79 años 34 casos (9%); y de 80 y más años 36 eventos (10%), y en solo un caso no se contó con información del adulto mayor.

De acuerdo con Mann, Waternaux, Haas y Malone (18), la ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en el *modelo de estrés-diátesis* (*predisposición-vulnerabilidad*) que explica el fenómeno con base en las características de algunos individuos que generan reacciones particulares frente a los estímulos ambientales. En estas personas se encuentran personas con antecedentes de impulsividad, comportamientos agresivos, competitividad, irritabilidad e inestabilidad emocional, se incluyen también la interacción con factores estresantes con una predisposición o vulnerabilidad (*diátesis*), mismos que no se reducen a respuestas estereotipadas ante estímulos estresores. Ésta postura se ve influenciada en su desarrollo por los aportes de Van Heeringen (19) quien propone un modelo explicativo del *fenómeno suicida como un proceso*, en el que indica una serie de fases que desencadenan actividades de riesgo que incrementan la posibilidad de autoeliminación, y por Carballo, Akamnonu y Oquendo (20) quienes incluyen la interacción de endofenotipos clínicos, condiciones neuroquímicas y neuroendocrinas que se suman a factores o circunstancias individuales extremas en el orden de lo social, capaz de propiciar la tendencia a conductas suicidas. Estos elementos se acoplan a lo que el *Modelo Diátesis-Estrés* plantea.

Tabla 1. Suicidio según grupo de edad y sexo de la víctima. Colombia 2014¹⁴

GRUPO	HOMBRE			MUJER			TOTAL		
	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.
(10 a 14)	31	2,01	1,41	26	7,81	1,24	57	3,01	1,33
(15 a 17)	76	4,92	5,68	48	14,41	3,74	124	6,60	4,73
(18 a 19)	86	5,57	9,62	26	7,81	3,05	112	5,96	6,41
(20 a 24)	235	15,22	10,77	42	12,61	2,02	277	14,75	6,50
(25 a 29)	194	12,56	9,89	43	12,91	2,23	237	12,62	6,09
(30 a 34)	149	9,65	8,76	24	7,21	1,35	173	9,21	4,97
(35 a 39)	130	8,42	8,52	25	7,51	1,55	155	8,25	4,93
(40 a 44)	111	7,19	8,05	23	6,91	1,54	134	7,14	4,67
(45 a 49)	106	6,87	7,72	20	6,01	1,33	127	6,76	4,41
(50 a 54)	101	6,54	8,11	17	5,11	1,24	118	6,28	4,51
(55 a 59)	90	5,83	8,93	12	3,60	1,07	102	5,43	4,78
(60 a 64)	65	4,21	8,30	9	2,70	1,03	74	3,94	4,46
(65 a 69)	53	3,43	9,08	6	1,80	0,90	59	3,14	4,72
(70 a 74)	49	3,17	12,06	9	2,70	1,85	58	3,09	6,50
(75 a 79)	32	2,07	10,91	2	0,60	0,52	34	1,81	5,04
(80 y más)	35	2,27	12,62	1	0,30	0,25	36	1,92	5,38
Sin información	1	0,06	0,00	-	0,00	0,00	1	0,05	0,00
Total	1.544	100	7,24	333	100	1,51	1.878	100	4,33

Causas asociadas al suicidio en adultos mayores.

A medida que aumenta la población geriátrica se incrementan también los escenarios de vulnerabilidad, que aumentan los riesgos vitales en el adulto mayor que pueden ser devastadores de su equilibrio emocional y predisponer en ellos conductas suicidas (21, 22). En este sentido, el modelo de estrés – diátesis (18) permite una explicación de dicho fenómeno, ya que establece una interacción entre diátesis o vulnerabilidad, ya sea en la dimensión *biológica* por medio de la acción de los endofenotipos, neurotrasmisores y factores neuroendocrinos (20), o de situaciones *psicosociales* en el adulto mayor (21) tales como experimentar entornos hostiles, ser víctima de

abandono, estar viudo o divorciado, vivir solo, padecer alguna enfermedad médica crónica (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, etc.), terminal (Cáncer), dolorosa, invalidante, discapacitante o psíquica, así como también, trastornos mentales como por ejemplo, depresión, angustia, sentimientos de abandono, desesperanza, inutilidad, soledad, inactividad y aburrimiento (23, 13). A ellos se debe sumar el estrés que actúa como factor desencadenante de conductas autodestructivas, que son potenciadas por entornos hostiles (19).

El suicidio de adultos mayores está asociado a múltiples factores que interfieren en su escenario vital y que tienen una relación psicológica importante (20). De suyo la comprensión psicológica del suicidio en

adultos mayores puede iniciar desde la historia personal, lo cual incluye conocer su niñez, adolescencia y cada una de las etapas por las que atravesó hasta llegar a la tercera edad (24). Habitualmente el acto suicida se lleva a cabo como un medio para huir de una situación actual dolorosa, por lo que intenta liberarse de un dolor emocional insoportable, que puede derivarse del hecho de no sentirse útil en la vida, además de un “estorbo o carga para otros”, o ser abandonado por quienes esperó lo atendieran en su vejez (22). Levinson, Darrow, Klein, Levinson, y McKee (25), y Prados (26) mencionan que la persona en la senectud adquiere progresivamente conciencia de la finitud humana y de que la vida va llegando a su fin, por tanto, el individuo al envejecer reflexiona sobre la capacidad de vida y la conciencia de la propia muerte como proceso normativo, esto en algunos casos puede constituirse en un refuerzo de ideas suicidas primarias que van consolidándose en tanto aumentan diversos factores de vulnerabilidad.

También existe corresponsabilidad de la familia en el suicidio del adulto mayor, dado que a medida que pasan los años éste presenta menos capacidad física y cognitiva, de modo que algunos parientes los aíslan y hacen menos participe de las actividades familiares (10), limitando las posibilidades para que interactúe en diversos espacios sociales (10, 13), como consecuencia sus funciones cada día son menos y sus responsabilidades disminuyen poco a poco, hasta que el adulto mayor se torna sedentario e inactivo (27). Comúnmente se observa que la muerte de un adulto mayor va antecedida de un apartamiento o aislamiento del entorno, y antes de fallecer físicamente, muchos de ellos viven agonías psicológicas y situaciones afectivas en extremo dolorosas y nefastas (26). Asimismo es notable el desarrollo científico-tecnológico ha modificado los códigos y

comportamientos sociales, además de las formas de relación entre sujetos, de modo que los conceptos: obsoleto, antiguo, desactualizado e inservible se asocian al envejecer, lo cual eleva el sentido de abandono y segregación dado a las personas en la senectud (23, 26-27). Este aislamiento según lo apunta Hochschild (28), puede deberse en gran medida a tres causas fundamentales: 1) su declive en el rendimiento laboral; 2) la estratificación con base en la edad; y 3) el debilitamiento de los vínculos de parentesco. Lo anterior revela que si el medio social es más hostil para la persona, éste le obliga a planificar su propia muerte (29).

Respecto al concepto “tercera edad” Serra y Abengózar (30) opinan que el término hace referencia al período posterior a la edad adulta, donde son relevantes los cambios en dos sentidos: 1) en los *roles* (jubilado, abuelo/a, viudo/a....); 2) en las *dinámicas sociales y familiares*; dichos aspectos conllevan a ubicar socialmente a estas personas, en una etapa de la vida de cesación de actividades y posible descanso. Correlativamente el concepto de “vejez” puede verse acompañado de connotaciones peyorativas como por ejemplo: decrepito, viejo, deteriorado, inservible, malgrado entre otras (30). Es preciso mencionar que en este sentido las personas consideradas como “viejos”, en realidad son la representación natural del sujeto en su proceso biológico de envejecimiento (28), de modo que la vejez se manifiesta ante el mundo exterior, como algo que no se quiere alcanzar y es evitado a toda costa (30). El fenómeno suicida no tiene una base psicopatológica única o determinada, y no en todos los casos obedece a enfermedades mentales o físicas, puesto que puede representar en muchas sociedades una solución cultural aceptada y reconocida en diversas situaciones sociales, tal es el caso del *seppuku*, *harakiri* o *hara-kiri* (cultura oriental), el suicidio ritual en

los Mayas e Incas, la inmolación de los fundamentalistas islámicos, entre otros (31).

El suicidio de adultos mayores es un acontecimiento que debe ser estudiado desde diferentes perspectivas, y por diferentes disciplinas científicas dado que debe transitar a una mirada inter y transdisciplinar del fenómeno (36). De acuerdo a Beck (32), la dimensión psicológica de desesperanza interviene en el suicidio, puesto que en ella se involucran el sistema de esquemas cognitivos derivados del deseo de escapar a un problema de difícil solución. Dichos eventos pueden dar forma al acto suicida, porque disminuyen el deseo de vivir, a la vez que infunden en la persona una perspectiva pesimista del futuro (27), y en ocasiones que el adulto mayor considere el suicidio como una solución alternativa ante sus problemas (31). Existen pues, problemas *cognoscitivos* en el reconocimiento el peligro y de las posibles soluciones a implementar, pues el estado emocional parte del hecho de que existe una relación directa entre depresión y suicidio, y al respecto algunos estudios gerontológicos han descubierto que los adultos mayores, debido a condiciones de pobreza, depresión y problemas de salud crónico abrigan expectativas pesimistas hacia el futuro (33-35).

Asimismo en el suicidio influyen también problemas económicos, deterioro de la salud y declive físico, además de soledad, afectaciones emocionales, patologías neurobiológicas y genéticas, trastornos psiquiátricos, abandono familiar-social, y factores sociodemográficos (37-39). En el adulto mayor con riesgo suicida son frecuentes ideas de vergüenza, inutilidad, abandono, sentimientos de desesperanza y la falta de motivación por vivir, en cuyo caso son frecuentes ciertas formas de reproche, insatisfacción y resentimiento socio-familiar (40). Asimismo en los

adultos mayores la disfunción familiar y toda forma de humillación y de maltrato pueden generar e incrementar factores de riesgo suicida (22, 41). Algunos estudios señalan que la mayoría de los núcleos familiares de personas que realizaron un intento suicida se encontró la presencia de crisis familiares connotadas por desorganización y desmoralización, además de un fuerte deterioro de las relaciones familiares (42-45). Alarcón (46) menciona que el ciclo vital del adulto mayor presenta cadena de consideraciones que van de acuerdo a la edad y que evolucionan e involucionan dependiendo de factores orgánicos, mentales y socioeconómicos.

Camino y Plazas (47) revelan que el estado colombiano considera adulto mayor a la persona, sujeto o individuo, que tenga 62 años de edad, ya que en esta etapa el sujeto, es poco productivo, y se encuentra en el momento justo para pensionarse, es por esta razón que al adulto mayor se le asocia con un “papel pasivo” (p. 14) del cual puede emerger una situación marginal que puede llevar a una persona mayor hasta la muerte. En las sociedades latinoamericanas se evidencia un rápido proceso de envejecimiento debido a la rapidez de la transición demográfica (48). En el 2005 Colombia contaba con 3’777.900 adultos mayores de 60 años, es decir cerca del 9% habitantes del país, por lo tanto “la esperanza de vida paso de 63 a 73 años entre 1975 y el 2005” (p. 296). El incremento de Adultos mayores en Colombia se debe a la mortalidad, la fecundidad y la migración (22) y al aumento de las expectativas y prácticas de vida (47). Puga, et al., (48) define el *envejecimiento saludable* como “un buen funcionamiento físico y mental, con un número reducido de trastornos crónicos, buena movilidad” (p. 6) de modo que quien no puede envejecer saludablemente enfrentará vulnerabilidades importantes que amenazarán su existencia,

especialmente si la familia deja de ser el principal soporte social del adulto mayor (49). Cabe anotar que las propias familias pueden propiciar maltrato psicológico y físico causando un estado de depresión o enojo en el adulto mayor, lo cual eleva su vulnerabilidad hacia el suicidio (47-48).

En Colombia la ley 1171 de 2007 (50) y la ley 1276 de 2009 (51) promueven los beneficios vitales para la vida del adulto mayor (47) a fin de que fenómenos derivados de múltiples vulnerabilidades como el suicidio mermen su incidencia. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (52) muestra que el 6% en Colombia no tiene afiliación a ningún sistema de salud, y al referirse a los adultos mayores subsidiados en programas alimentarios del gobierno, revela que tan solo el 14% es beneficiario. Asimismo en el aspecto emocional, tres (3) de cada cinco (5) adultos mayores se siente afectado emocionalmente por causa de la salud, siendo las enfermedades más diagnosticadas las enfermedades coronarias, neumonía o bronconeumonía, hipertensión arterial, artritis, epilepsia y cáncer.

Modelo de estrés-diátesis.

El modelo *estrés – diátesis* (18) plantea que ciertas características de algunos individuos generan reacciones particulares ante algunos estímulos del medio ambiente; de acuerdo a ello, busca explicar la tendencia hacia el suicidio por medio de dos dimensiones, el *estrés* como factor desencadenante que actúa sobre los *rasgos de vulnerabilidad de la persona o diátesis* como una predisposición biológica o psicológica a desarrollar un trastorno (53, 1, 54, 55), donde se incluye la genética, el abuso de sustancias, la impulsividad y la personalidad límite o *borderline*, entre otros (56). Este modelo no está ligado a ninguna escuela de pensamiento psicológica e involucra factores biológicos, psicológicos y ambientales (53), proponiendo la comprensión de desarrollo de alteraciones psicológicas de manera biopsicosocial siendo el resultado de estresores ambientales y predisposiciones o vulnerabilidades (Diátesis).

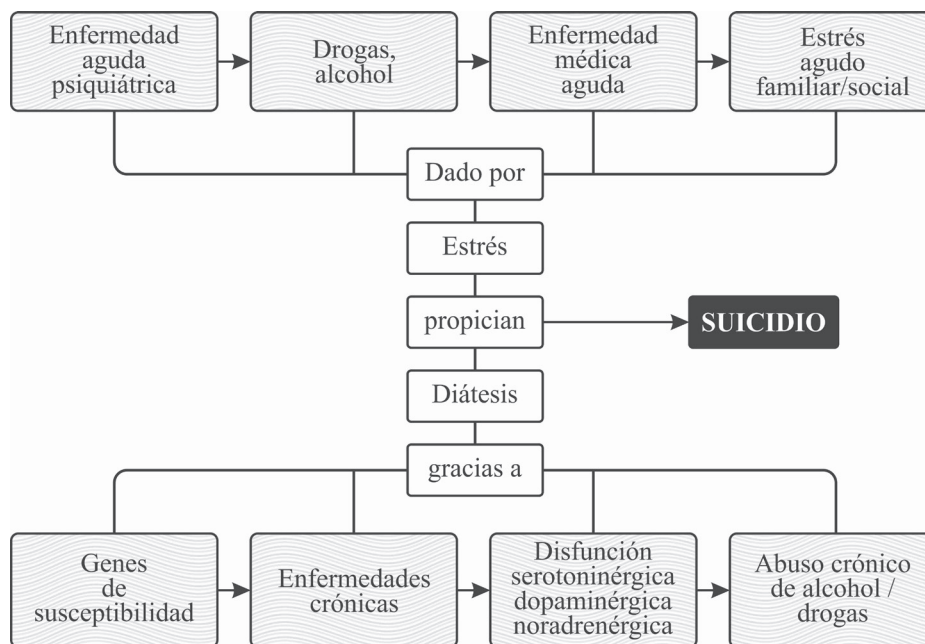


Figura 1. Esquema del modelo estrés diátesis de la conducta suicida^{18, 56}

En este mismo contexto Carballo et al., (20) explican el fenómeno del suicidio por medio de la interacción entre estresores y diátesis (54), así, los estresores son factores biológicos o psicológicos que pueden actuar como agentes precipitantes del acto suicida, ejemplo de ello son los eventos vitales estresantes, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva, etc., al referirse a diátesis se hace alusión a una tendencia al pesimismo y la desesperanza, junto con la presencia de agresividad e incluso de impulsividad (54, 56). Van Heeringen (19) propone el suicidio como proceso de formación de la *diátesis* apoyándose en características rasgo – estado que se integran en la evolución gradual de tendencias suicidas, por medio de la interacción entre las características de la personalidad del individuo y las condiciones especiales del entorno; es así que la secuencia progresiva se desarrolla al iniciar pensamientos o ideas sobre cómo quitarse la vida, y seguido a estas se generan los primeros intentos suicidas que se escalan e incrementan su letalidad. En conclusión serían tres los pasos vivenciados hasta la muerte: ideas suicidas, intentos y suicidio (19). Cabe destacar que en la vulnerabilidad las estrategias de valoración acertada de los eventos pueden resultar insuficientes frente ciertos sucesos, de allí que dicha interacción demarque la diátesis (20).

Lo anterior quiere decir que al presentarse agentes estresores y eventos vitales, la diátesis se da a través de un componente social (forma como se perciben los eventos) y la capacidad de resolver problemas (reacción ante el evento) (20). La pauta para el desarrollo de lo anterior se encuentra en mecanismos dados por las diferencias individuales genéticas, en el desarrollo neuroquímico, la maduración, la predisposición de la personalidad, los mecanismos cognitivos, e incluso en los

procesos de evaluación y atribución (55, 57).

Es éste modelo las interacciones estado – rasgo se dan a través de tres niveles de factores de riesgo: 1) el de *rasgos dependientes de factores* donde se ubica el componente social que marca la forma como se perciben los eventos vitales; 2) los *factores dependientes del estado* descritos en términos psicológicos y biológicos destacándose ciertas características de dominio psicológico cognitivo; y 3) los *factores del umbral* como resultado de la acumulación de experiencias negativas generando vulnerabilidad hacia el acto suicida (54). Asimismo tres características de dominio cognitivo generan predisposición a la conducta suicida en los adultos mayores: 1) *pensamientos de derrota* en los que se racionaliza una pérdida de *status*, dependencia emocional a la recompensa, y mal auto concepto que hace emerger una sensibilidad dolorosa al estrés social; 2) una percepción de “*imposibilidad de escapatoria*” que se vincula al deterioro de la capacidad para resolver problemas, y se conjuga con alteraciones en la memoria autobiográfica y de trabajo; 3) la idea de “*imposibilidad de rescate*”, donde la persona se auto-abandona como efecto de situaciones estresantes inmanejables debido a que carece del control sobre ellas, además de sentimientos de desesperanza, agresión e impulsividad, que aparecen gracias a la rigidez cognitiva que impide la fluidez y modificación de tareas y de evitación del daño (19).

Carballo et al., (20) complementan el modelo al proponer la interrelación de endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos relacionados con la expresión de la vulnerabilidad suicida, la cual está generada por factores genéticos y antecedentes individuales de abuso. Los endofenotipos o

fenotipos como expresiones genéticas incluyen dimensiones de impulsividad, neurotismo o desesperanza, que transforman los neurotransmisores por medio de una dinámica donde la serotonina disminuye generando incremento de la impulsividad, agresión, neuroticismo y niveles elevados de desesperanza (58, 7, 54, 59), además de aumentar la producción de noradrenalina principalmente en el *locus ceruleus*, lo que favorece el aumento de agresividad, desesperanza e impulsividad en mayores proporciones en personas víctimas de abusos (7, 54, 59); también sucede una disminución de dopamina que compromete el circuito del cíngulo y los ganglios basales cuyo efecto es un desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción y depresión (58, 7, 54, 59). Por último están los marcadores neuroendocrinos que regulan las respuestas del organismo ante el estrés, mediante complejas interacciones entre hormonas por medio del eje hipotálamo – hipófisis – glándula suprarrenal (HPA), de modo que la hiperactividad de esta relación trae consigo el incremento de cuadros depresivos y mayores riesgos suicidas (7, 54, 59).

El modelo previamente mencionado explica el incremento del riesgo de suicidio en personas abusadas durante la infancia, ya que al haber pasado por ese evento traumático se produjo alteración en el eje HDA, y del sistema de neuropéptidos que en la adultez es expresado como inestabilidad emocional, irritabilidad, impulsividad y dificultades para el afrontamiento (20, 59). Adicional a esto debe considerarse que si hay marcadores fenotípicos, la presencia de la conducta suicida es más probable (54). Los adultos mayores presentan vulnerabilidad a estas conductas debido al deterioro de las vías neuronales, he incluso, estudios han identificado la disminución de neuronas dopaminérgicas

y de la función de los receptores de este mismo neurotransmisor a medida que avanza el envejecimiento (54), lo que en los adultos mayores implicaría *diátesis* al presentar desesperanza ante las crisis psicosociales, y posiblemente ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios.

Factores sociales que predisponen el suicidio en adultos mayores.

El suicidio es un fenómeno humano presente en todas las épocas y culturas (2), no obstante, los distintos grupos sociales han mantenido hacia él actitudes muy variables en función de los principios filosóficos, religiosos e inclusive intelectuales de cada cultura (60). A menudo se le asocia a causas relacionadas con la depresión en niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, lo cual no excluye a los adultos mayores (16); de acuerdo a Singer (61) los adultos mayores se desmoralizan porque no pueden ser tan activos e independientes como quisieran ser, de allí que la desmoralización induzca en ellos depresiones que elevan los riesgos de aparición de conductas suicidas. Análogamente Zweig y Hinrichsen (62) mencionan que la depresión es el diagnóstico más común en adultos mayores que han intentado suicidarse. Es importante señalar que los adultos mayores que atentan contra su vida suelen tener menos intentos previos (63) que un adulto y un joven, y pueden acudir al médico antes de llevar a cabo dicho acto (64, 65), de modo que, presentan un riesgo muy alto de concretar el acto suicida que cualquiera de otra edad en todo el mundo (66), no obstante, aun cuando la probabilidad de éxito es elevada, hay quienes logran sobrevivir a estos intentos así, se ha descubierto que los sobrevivientes tienden a experimentar e incrementar sentimientos de culpa y resentimientos que afectan su recuperación, a la vez que son causa de

un aumento de la posibilidad reincidencia (67).

Muchos adultos mayores al momento de acudir al médico hacen preguntas acerca de su estado, del diagnóstico, y del tiempo de vida, a raíz de ello en ocasiones la noticia de una discapacidad crónica y las preocupaciones que acarrea, puede tornarlos propensos al desarrollo de ideas y acciones autodestructivas (61). Al respecto López (68) menciona que la depresión es un síndrome geriátrico que produce incapacidad y aumenta la mortalidad (directa e indirectamente con otras enfermedades), alterando la calidad de vida de quien la sufre. Los estudios revelan un elevado índice de suicidios consumados en adultos mayores (69, 21, 12), que suelen estar relacionados a enfermedades físicas, pérdida de seres queridos, duelos, viudez y soledad que afectan conjuntamente su sistema inmunológico, ello se suma la idea de ser una carga para otros (bajo apoyo social percibido y recibido), el ingreso al Hogar de ancianos donde pueden ser olvidados por sus familias, sufrir aislamiento social y una pérdida de status social (10, 21, 70). Aunado a lo anterior se encuentra también el aislamiento social como forma de maltrato en contra del adulto mayor (70; 71), cabe anotar que los adultos mayores divorciados, viudos o solteros tienen un elevado riesgo suicida, mientras que, el matrimonio parece prevenirlo (38).

Condiciones psiquiátricas y orgánicas coadyuvantes.

En general para toda la población existen ciertas condiciones psiquiátricas y orgánicas coadyuvantes para que se presente el fenómeno del suicidio, y entre ellas se destacan: antecedentes familiares de suicidio, sobretodo en familiares de primer grado y más si existen antecedentes de esquizofrenia y trastorno bipolar, pues

se aumenta ocho veces más la probabilidad de suicidio (7). En cuanto a los aspectos neurobiológicos se destacan ciertos marcadores biológicos asociados a la depresión (73) tales como: hiperactividad del eje hipotálamo – hipófisis – glándula suprarrenal en los momentos críticos previos o durante la realización de actos suicidas (7, 73, 74), denotados por altos niveles de cortisol y 17- hidrocorticoides (por encima de 10mg/24h (73, 74). De igual manera una disminución de serotonina como neurotransmisor importante en las manifestaciones suicidas, depresivas, violentas e impulsivas, ya sea por bajos niveles de 5 – Hidroxiindolacético (5-HIAA) en el tronco cerebral, romboencéfalo y otros núcleos subcorticales o por incremento de receptores postsinápticos 5-HIAA en el cortex frontal, lo que trae como consecuencia vulnerabilidad a reacciones impulsivas y autodestructivas ante situaciones de crisis (75, 73). Asimismo la mengua y aumento de niveles de colesterol y triglicéridos séricos respectivamente, conlleva la supresión de la melatonina la cual se asocia a tendencias depresivas y suicidas (75, 7, 73). Asociado a este fenómeno se advierte la disminución de dopamina, ácido homovalínico (HVA), del neuropeptido Y en el cortex frontal y el núcleo caudado, densidad de receptores CRF en el cortex frontal, así como también problemas de captación plaquetaria (7).

Se estima que el 90% de los suicidios en adultos mayores se asocian a enfermedades psiquiátricas y trastornos adictivos (59). Dentro de los trastornos Neurológicos son relevantes la enfermedad de Huntington asociada a altos porcentajes de depresión, y un consecuente aumento de riesgo suicidio que es de 4 a 6 veces más alto que en la población general, que puede aumentar hasta 8-20 veces (76). Entre los factores de riesgo se incluyen: abuso de sustancias en la adolescencia, trastorno

antisocial de la personalidad y abusos físicos o psicológicos y adicional a ello, trastorno límite de la personalidad con disminución de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo sumado a impulsividad, trastornos depresivos, trastorno antisocial de la personalidad (77), dependencia y abuso de alcohol u otras sustancias (78), así como también, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, trastorno de ansiedad en cualquiera de sus formas (59; 79), trastorno de alimentación y trastorno bipolar (78), conductas adictivas mixtas, distimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia y esquizofrenia (8). En los trastornos de la personalidad se recalcan específicamente el trastorno histriónico y narcisista con baja tolerancia a la frustración, y los trastornos fronterizos (limítrofes), paranoides y psicopáticos, sobre todo aquellos relacionados con impulsividad (59). Respecto a lo expuesto es preciso resaltar que la comorbilidad entre trastornos generan una mayor vulnerabilidad a conductas suicidas (80).

Según datos proporcionados por Gómez, et al., (59) existen patologías médicas asociadas en un 35 – 40% a los suicidios consumados, como son: VIH/SIDA, cáncer, traumatismo cerebral, esclerosis múltiple, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, patologías asociadas a síndrome mental orgánico, lesiones medulares, insuficiencia renal crónica, enfermedades que causan dolores crónicos, insomnio grave y persistente, entre otros. Tal como se evidencia existe una frecuencia mayor en patologías terminales en individuos de más de 60 años. Para Bobes, Giner y Saiz (8) el 43% de la conducta suicida es explicado a través de la genética, ya sea por enfermedades mentales o dotación genética de agresividad, impulsividad o factores de la personalidad asociados con trastornos mentales

que llevan al suicidio como labilidad emocional, comportamiento antisocial, alta impulsividad, irritabilidad, rigidez de pensamiento, escasa habilidad de resolución de problemas ante dificultades, dificultad para comprender la realidad, tendencia a la fantasía, específicamente donde predominen sentimientos de desvaloración, susceptibilidad a la decepción, excesiva ansiedad ante malestares físicos, sentimientos de inferioridad e incertidumbre ambiental, que pueden estar enmascarados bajo manifestaciones abiertas de superioridad, arrogancia, irritabilidad y conductas desafiantes o de rechazo hacia otros (79).

En el adulto mayor vulnerable la conducta suicida es asociada a enfermedades psiquiátricas dentro de las que predominan episodios depresivos presentes entre el 50% y el 87% de los casos de suicidios, con predominio de depresión psicótica y depresión mayor (81), por lo que constituye la causa habitual de suicidio (82). Dentro de este contexto, ha de considerarse que más del 50% de los adultos mayores suicidas padecen un trastorno depresivo recurrente por primera vez, presentando una menor frecuencia de otros trastornos afectivos, por ello gran parte de los ancianos suicidas carecen de antecedentes psiquiátricos (81). La depresión senil suele presentarse atípicamente y puede enmascararse a través de ideación hipocondriaca presente en el 60% de las depresiones de esta etapa. Análogamente, los cuadros psicóticos de evolución tardía presentan potencialidad suicida al generar ideas de muerte relacionadas con producciones delirantes y alucinaciones auditivas de contenido *tanático* (59, 81). Adicional a esto, a medida que se incrementa la edad aumentan de enfermedades físicas, siendo las enfermedades orgánicas las de mayor presencia en adultos mayores suicidas (81); sin embargo, la ejecución del acto suicida no es por la enfermedad en sí, sino

también por la existencia de un trastorno depresivo concomitante (81).

Las enfermedades somáticas incrementan el riesgo suicida en la tercera edad ya sea, precipitando o exacerbando cuadros depresivos, o actuando a la par con trastornos que traen anexos síntomas psicóticos (59, 78). En los adultos mayores la asociación de dolor crónico y depresión eleva la potencialidad suicidógena (83, 81), asimismo el riesgo suicida se hace cinco veces mayor al presentar dolor, déficit visual, enfermedad neurológica, cáncer, pérdida de autonomía en las actividades de la vida diaria (8). Específicamente en el cáncer el riesgo más elevado después del diagnóstico, además al existir comorbilidades con pluripatologías que causan a su vez la polimedicación que en ocasiones puede generar episodios depresivos secundarios (81). El adulto mayor que intenta suicidarse presenta el siguiente perfil: salud deteriorada, viudez, aislamiento, con escaso soporte social, y síntomas depresivos y regularmente la acción con disparo con arma de fuego (8). Sus problemas físicos son amplios y entre ellos se destacan patologías artríticas que alteran la locomoción, enfermedades cardiovasculares que limitan el ejercicio físico, enfermedades neurológicas que comprometen la función intelectual (83, 81), enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes como Parkinson y Alzheimer o una combinación de ellas, además de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer, causantes de altos niveles de dolor físico, emocional y de dependencia social (41, 83, 81).

Discusión

El suicidio en adultos mayores al igual que en otros ciclos vitales es un evento prevenible que requiere la intervención urgente de diversos profesionales

comunidades e instituciones, desde una perspectiva transdisciplinar (1, 2, 10, 21, 58). Múltiples investigaciones revisadas concuerdan en que los adultos mayores aparece la ideación suicida a través de ideas relativas al deseo de estar muerto, cesar un dolor intenso o de buscar una mejor vida a través de la muerte (63-65, 68, 81-84), asimismo se producen intentos suicidas y el suicidio como las dos formas más representativas de la conducta suicida (37, 85), tomando en cuenta que en los ancianos los grados de letalidad son mayores en comparación con otros grupos etarios (37, 41). Cabe mencionar que las causas del suicidio en la población geriátrica van más allá de una enfermedad crónica e incluyen falta de afectividad familiar y abandono social mismos que generan sentimientos de inutilidad, de ser una carga para otros o de rechazo socio-familiar (42), estos resultados son coincidentes con otras investigaciones que ven en la familia el foco de conflictos emocionales y físicos del adulto mayor, dado que suelen aumentar los factores de riesgo vital a raíz del abandono a que los someten (24, 33, 44, 52).

Asimismo aparecen el aislamiento social, el síndrome del nido vacío, y la muerte de los amigos cercanos y parejas, lo cual aumenta el riesgo de depresión tornándolos proclives al decaimiento y estados anímicos perjudiciales (37, 39, 41, 46).

En Colombia existe una relación directamente proporcional entre el aumento de las tasas de adultos mayores y su estado de vulnerabilidad biopsicosocial (22, 37), dado que la existencia de muchos adultos mayores está definida en términos de abandono, pobreza, desatención, marginalidad y maltrato (47-49, 63), mismos que al convertirse en riesgos vitales, pueden llevarlo a cometer el acto suicida (9, 10, 33, 41, 47). Cabe mencionar también que la marginalidad en el adulto

mayor no constituye la única garantía de la aparición de conductas suicidas, por lo que una mirada integrativa desde el modelo estrés-diátesis puede explicar adecuadamente la interacción entre el estrés y las condiciones de vulnerabilidad en la persona (20, 53); por tal motivo es la asociación entre estresores biológicos, psicológicos y sociales lo que llega a desencadenar la diátesis (20), ya sea por efecto de endofenotipos *clínicos* que actúan a modo de factor hereditario de depresión, impulsividad, neuroticismo y desesperanza; los *neuroquímicos* como la acción de la serotonina, noradrenalina y dopamina (4, 19, 75, 81); los factores *neuroendocrinos* relacionados con la actividad del eje HPA (20, 4, 54, 75, 81) o las enfermedades físicas, emocionales o psiquiátricas que al ser padecidas intensa y dolorosamente pueden precipitar el acto suicida (10, 24, 41).

Cabe anotar que el estrés es un factor fundamental a la hora de interpretar las causas del suicidio en el adulto mayor (14, 17, 20, 25), pero éste por sí solo resulta insuficiente para explicar su multidimensionalidad, ya que de la interrelación entre conductas sociales de riesgo, y rasgos de vulnerabilidad o diátesis -influenciados por el ambiente social-, es de donde emergen mayores condiciones de vulnerabilidad y suicidios en los adultos mayores (19, 34, 36, 40). Las investigaciones concuerdan en que los factores estresantes, pueden ser *biológicos* cuando determinan un estado deteriorado de salud posiblemente con enfermedades agudas médicas o psiquiátricas (7, 10, 37); *psicológicos* si generan conflictos psíquicos relacionados por pérdidas emocionales, que incrementan la tendencia a la depresión como un aspecto predisponente al suicidio (16, 30-33, 41); y *sociales* cuando incluyen falta de oportunidades para ser tan productivos e independientes como desearían llegar ser

(48, 53-56, 61, 65), además de una falta notable de apoyo social, es decir, un estado de aislamiento e incluso maltrato de sus familiares y cuidadores (21, 24, 37, 41, 81-83).

El adulto mayor vulnerable se ve expuesto a situaciones socio familiares que pueden afectar su estado emocional (9, 18, 24, 30, 42), algunas de ellas muestran que el entono social y cultural no está preparado para ofrecer a los adultos mayores las garantías materiales, emocionales y ambientales para asegurarle una vejez digna (11-14, 22, 47, 78), por lo que el llegar a la adultez mayor constituye para muchas personas un problema de amplias magnitudes, más si no se cuenta con una red social y familiar de apoyo, si dicho sostén es escaso, insuficiente o inexistente (36, 37, 42, 44). Es importante señalar que las experiencias negativas a lo largo de su vida a menudo dejan huellas mnémicas dolorosas, al estar especialmente relacionadas con eventos traumáticos, que afectan al individuo física y emocionalmente (8, 9, 23, 25); ejemplo de lo anterior es el incremento del riesgo suicida en personas que han sido abusadas en la infancia, puesto que ello ha alterado el eje HPA generando marcadores biológicos que llevan al individuo a la diátesis hacia la conducta suicida (54, 37), además de recuerdos negativos de la infancia, dificultades de socialización, irritabilidad y frustración constante, síntomas que repercuten negativamente a través de la vida en su capacidad para sortear y resolver la adversidad, y que en momentos de crisis posteriores puede convertirse en factores desencadenantes de descompensaciones y vulnerabilidades afectivas y sociales (9, 48, 49, 37)

Aunque casi todas las tendencias explicativas del suicidio se centran la interacción sociofamiliar dañina y aspectos psicoafectivos disfuncionales, existen tendencias desde una mirada

psiquiátrica que ven las conductas del espectro suicida como el efecto asociado de una psicopatología de base (8, 10, 34, 37, 46, 75), que se ha estructurado conforme a los estilos de vida de las personas (69, 82, 87), así el adulto mayor con tendencias suicidas presenta ciertas características neuropsicológicas tales como, disminución de la serotonina y aumento de la noradrenalina los cuales están asociados a la depresión y las tendencias suicidas (4, 19, 20, 54, 81), dado que elevan los niveles de desesperanza, agresividad e impulsividad; la mirada biológica del suicidio en adultos mayores indica que dicho fenómeno acontece en el marco del avance del proceso natural de envejecimiento, en el cual se produce una disminución de las neuronas dopaminérgicas, y de la función de los receptores de dicho neurotransmisor (54), por lo tanto la diátesis presente en la senectud incrementa en el adulto mayor la letalidad al ejecutar el acto suicida, aspecto al que es necesario adicionar el estrés por el pasado vivido (doloroso, traumático), pesimismo ante el futuro y desesperanza, acciones que en conjunto pueden desencadenar bajo condiciones especiales de vulnerabilidad, ideas y acciones enfocadas en la autoeliminación (67, 19).

Conclusiones y recomendaciones

Las conductas del espectro suicida en el adulto mayor se asocian a problemáticas sociales, psicológicas y ambientales, especialmente vinculadas al contexto familiar y social. En este sentido muchos casos de suicidio se deben al notable abandono, maltrato y desprecio del cual pueden ser objeto muchos adultos mayores. La sociedad y sus instituciones deben generar estrategias que provean medios de apoyo para logren sobrellevar los cambios socioemocionales que la vejez implica, fortaleciendo la cultura

de sostén emocional y del apoyo, cuidad y protección permanente del adulto mayor. El suicidio en el adulto mayor es la emergencia resultante de la asociación de múltiples experiencias, afectividades, psicopatologías desarrolladas a lo largo de la vida, y predisposiciones interinfluyentes que tienen la propiedad de transformar la autoeliminación como opción de escape al padecimiento físico, emocional y social que trae consigo el envejecer. A ello deben sumarse: las consecuencias y estigmas que conlleva el “hacerse viejo”, es decir, cambios en los roles que antes se desempeñaban, aumento de circunstancias estresantes, mayores periodos de soledad, enfermedades degenerativas o incapacitantes, dependencia de otros, aislamiento, sentimientos de inutilidad, falta de afecto, temor a la muerte, inactividad, pérdida de autoestima y depresión.

El suicidio como fenómeno multifactorial y complejo, demanda intervención integral para su prevención en cada uno de sus niveles (primario, secundario y terciario), incluyendo el abordaje de las problemáticas estructurales y emergentes en cuanto salud mental, situaciones socio-familiares, aspectos económicos, culturales, ocupacionales, educativos, laborales, recreativos, y todos los demás ámbitos que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida en cada uno de los ambientes de desarrollo del ser humano, promoviendo estilos saludables entre la población desde las más tempranas etapas de la vida hasta las más avanzadas. Ello hace referencia a la importancia de considerar la hipótesis estrés-diátesis al momento de pensar acciones preventivas, dado que desde dicha lógica el suicidio en el adulto mayor emerge como un evento complejo a razón de la multifactorialidad de elementos que al interrelacionarse elevan la vulnerabilidad del adulto mayor y lo tornan proclive

al suicidio. En este sentido una visión relacional del suicidio resulta importante para evitar el sesgo explicativo sobre el fenómeno, además de brindar luces acerca de intervenciones integrales e integradas.

La vida del adulto mayor cambia a razón de la disminución de su capacidad productiva y las limitaciones multidimensionales que la edad conlleva; además de ello, también se producen cambios inevitables y propios de la edad a nivel fisiológico, psicológico y social, lo cual pueden generar un estado de marginalidad por parte de la familia y la sociedad cuando se abandona o maltrata al adulto mayor a razón de dichas deficiencias. Lo anterior trae consigo la emergencia de síntomas depresivos y abatimiento frecuente que altera su funcionamiento físico, psicológico, neurológico y comportamental, y lo acercan cada vez más al acto suicida. Sin embargo, el adulto mayor puede tener una buena calidad de vida siempre y cuando cuente con una buena relación con su entorno social (familiares y amigos), procurando que dicha interacción mutua sea independiente, se construya sobre el respeto y se le cubran sus necesidades para su subsistencia.

En el fenómeno del suicidio actúan dos (2) aspectos importantes: el *estrés* como factor desencadenante a partir de la interacción con el entorno, y la *diátesis* como rasgo de vulnerabilidad biológica o adquirida, en el cual se incluyen rasgos de personalidad, experiencias vitales y predisposiciones hereditarias. La población geriátrica presenta mayor vulnerabilidad al estrés y diátesis a razón del deterioro físico, emocional y cognitivo que acarrea el envejecer, junto a ello se encuentran factores de riesgo como por ejemplo, enfermedades crónicas, depresión, trastornos crónicos del sueño, pérdidas de seres queridos, sentimientos de soledad e inutilidad, siendo la soledad

y el abandono, las causas principales por las cuales el adulto mayor elige el suicidio como salida ante problemas que no puede resolver. Cabe anotar que la confluencia de estos elementos hace que el acto suicida en los adultos mayores tenga una mayor letalidad. Si bien existen múltiples modelos explicativos del suicidio, es el modelo de estrés-diátesis el que brinda luces para comprender el suicidio en adultos mayores desde una visión relacional, dado que hoy más que nunca es preciso comprender dicho fenómeno tomando en cuenta la confluencia de múltiples condiciones que lo suscitan.

Referencias

1. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco C. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental. 2006; 29 (5): 66-74.
2. World Health Organization – WHO. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide York, UK. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 1986. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf).
3. Espinosa O, Calderón L, Gasca ML, Rodríguez M, Barbosa C. Percepción del Suicidio en Niños que atraviesan la Niñez Intermedia. (Tesis doctoral). Colombia: Pontificia universidad Javeriana; 2004.
4. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behavior. Nat Rev Neurosci. 2003; 4(10): 819-828.
5. Reina MA, Ania JM, Azañón R, Bazán P, Cardeñosa MJ, Castellón L, Castilla MC, Fernandez I, Garrido MR, González A, González J, Herrera N, Junquera CR, Jurado MC, López E, Macías J, Matos M, Millán F, Millán MD, Montero E, Ríos C, Romero AM, Romero C, Silva MC, Toribio JC, et al. ATS/DI Atención especializada, Temario Vol. 2. Instituto Catalán de la Salud. Alcalá de Guadaira (Sevilla): Editorial MAD; 2002.
6. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. Classification of suicidal behavior. ii dimensions of suicidal intent. arch gen psychiatry. 1976; 33: 835-837.

7. Mingote JC, Jiménez MA, Osorio R, Palomo T. SUICIDIO Asistencia Clínica: Guía práctica de psiquiatría médica. Madrid (España): Ediciones Díaz de santos, S.A; 2004.
8. Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida. Fundación española de psiquiatría y salud mental. Madrid: Editorial Triacastela; 2011.
9. Ribot V, Alfonso M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd.* 2012; 11(5): 699-708.
10. Agüera, L. Psiquiatría en el anciano. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (editores). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009. p. 661-672.
11. Forensis. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2011. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>
12. Forensis. Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal Colombiano, 2012. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2012. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+suicidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c>
13. Forensis. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Instituto de medicina legal y ciencias forenses; 2013. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
14. Forensis. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de medicina legal y ciencias forenses; 2014. Disponible en:
16. Andrade JA. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electrónica de psicología, Iztacala* (En línea) 2012 (Agosto 20 de 2012); 15(2), 688-721. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/32373>
17. Acevedo X. Depresión y suicidio de las personas mayores: ¿una realidad prevenible?. Fundación Saldarriaga Concha; 2014. Disponible en: http://www.saldarriagaconcha.org/images/noticias_recientes/Noticias/2014/adjuntos/Informe-Depresi%C3%B3n_y_Suicidio_en_las_Personas_Mayores-Julio.pdf
18. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999; 156, 181-189.
19. Van Heeringen C. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(5), 292-300.
20. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical findings. *Archives of suicide research.* 2008; 12, 93-110.
21. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr.* (en línea) 1999 (Marzo 25 de 2012); 15 (2), p. 196-217. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf
22. Nieto ML, Alonzo LM. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?, *Salud uninorte.* 2007; 23(2), 292- 301.
23. Mansilla F. Suicidio y prevención. Valldargent: Intersalud; 2010.
24. Jiménez E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN.* (en línea) 2012 (Enero 26 de 2012); 15(3): 339- 344. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300010&lng=es
25. Levinson, D.J., Darrow, C.M., Klein, E.B., Levinson, M.H. & Mckee, B. (1976). Periods in adult development of men: Ages 18 to 45. *The Couns. Psychol.* 6, 21-25.
26. Prados Pérez F. *El hombre ante la muerte*. Madrid: Iberoamericanas Quorum; 1986.

27. Zarragoitia I. Depresión. Generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
28. Hochschild A. The unexpected community. Englewood cliffs. N.J.: Prentice Hall; 1973.
29. Miller NE, Galanter J, Priban E. Plans and the structure of behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.; 1960.
30. Serra E, Abengózar MC. Ancianidad y preparación para la muerte. Anales de psicología. 1990; 6 (2), 147-158.
31. Rodríguez JG. Prevalencia de suicidio en la población gerontológica de Puerto Rico, periodo de 1980-2006. Psicología y Salud. 2010; 20(1), 89-96.
33. Alsina S, Rodríguez JR. El suicidio en ancianos puertorriqueños. Revista Latinoamericana de Psicología. 1995; 27, 263-282.
34. Rodríguez JR, Alsina S. The suicide phenomenon in Puerto Rico elderly population: A ten year retrospective study (1980-1990). Revista de Psiquiatría. 1994; 1, 9-11.
35. Santos J, Hubbard R, McIntosh J. Elder suicide: Research, theory, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
36. Ordóñez Monak IA. Caracterización de los Suicidios en adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia; 2009. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12451/#sthash.EmAOBJc6.dpuf>
37. Alarcón R. Sobre la Vulnerabilidad del Anciano: Reflexiones mínimas en el marco de los principios bioéticos. Cuadernos De Psiquiatría De Enlace, ed: Sociedad Colombiana de Psiquiatría. 2003; 2: 11-15.
38. O'Connell H, Chin A, Cunningham C, Lawlor BA. Recent Developments: Suicide in older people. British Medical Journal. 2004; 329: 895-899.
39. Burnet F. La Entereza de Vivir. Importancia de la Genética en la Vida Humana. México: Ed. Conacyt y FCE; 1982.
40. Foster T. Suicide note themes and suicide prevention. Int J Psychiatry Med, 2003; 33(4): 323-331.
41. Sánchez E. El suicidio en ancianos: Prevención e intervención psicológica. Conferencia en CASC: 10/09/13, con ocasión de la celebración de las V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio. Centro de Humanización de la salud; 2013. Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos.pdf
42. Herrera P, Avilés K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000; 16(2): 134-7.
43. Toro D, Paniagua R, Gonzáles C, Montolla B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009; 27 (3): 302-308.
44. Manzano A, Romero M, Roman G, Arriaga M, Toscano V, Pivaral C. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factor de riesgo para intento de suicidio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47 (6): 643-646.
45. Rodríguez J, Medina O, Cardona V. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. Revista de la facultad de medicina. 2013; 61 (1): 9-16.
46. Alarcón R. La depresión en ancianos. Interpsiquis 2001. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría. Intersalud. 2001. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/1816>
47. Camino MC, Plazas AP. Políticas públicas para el adulto mayor (trabajo de grado para optar por el título de especialista en gerencia social). Corporación Universitaria Minuto De Dios, facultad de ciencias empresarial, especializada en gerencia social, Bogotá, Colombia; 2009.
48. Puga D, Rosero L, Glaser K, Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: costa rica, España e inglaterra. Población y salud en mesoamérica, 2007; 5(1): 1-21.
49. Rojas MV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y

- el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica en la ciudad de Girardot. *Avances en enfermería*. 2007; 25 (1), 33- 45
50. Ley 1171/ 2007 de 7 de Diciembre, Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. (Diario oficial 46835 de diciembre 07 de 2007).
51. Ley 1276 de 2009 de 5 de Enero, Por medio de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. (Diario oficial 47.223 de 01/05/2009).
52. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), Ministerio de la Protección Social (MPS) y gobierno de los Estados Unidos a través de USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Colombia: Profamilia; 2010. Recuperado de: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
53. Trull TJ, Phares EJ. *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta edición. México: Editorial Thomson; 2003.
54. Colimon N, Tellez-Vargas J, Cisneros C. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica; 2006.
55. Oblitas LA, Becoña E. *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés. S.A.; 2000.
56. Martínez, CA (2010). El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio (II). *Gestión Práctica de Riesgos laborales*, 75, 36 – 45.
57. Villalobos FH. *Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento psicológico; 2009.
58. Cruz JB, Pérez E. *Compilación: El suicidio “Un fenómeno de origen multifactorial”*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México: División Académicas de Ciencias de la Salud; 2003.
59. Gómez C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. *Psiquiatría Clínica; Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª Ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2008
60. Bobes García J, González Seijo J, Saiz Martínez PA. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. *Psiquiatría Médica*. Barcelona: Masson; 1997.
61. Christie, T. Oregon ranks near top in suicide among elderly. *Oregon: The Register Guard*; 2005.
62. Zweig R, Hinrichsen G. Factors Associated With Suicide Attempts by Depressed Older Adults: A Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1687-92.
63. Andraca F. Suicidio en adultos mayores: generalidades. *Geriatrka*, 1998; 14: 17-23.
64. Blazer DG. Depresión. En: Beers M.H, Berkow R. (Eds.). *Manual Merck de Geriatria*. Madrid: Harcourt; 2001. Disponible en: http://www2.univadis.net/opencms/opencms/publicaciones/manuales/5/4/Cap_033
65. Torres RM, Vazquez O. Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano. En: *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Depresión en el anciano*. Barcelona: Editorial Glosa; 2002.
66. Organización Mundial de la Salud – OMS. *Prevención del Suicidio (SUPRE)*; 2002. Disponible en: www.who.int/mental_health/prevention/suicide
67. Constantine RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide Life Threatening Behavior*. 2001; 31, 428-441.
68. López JA. “La depresión en el paciente anciano” *Centro Municipal Tercera Edad. Área de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga. ESPAÑA. Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología*. (en línea) 2001; 3(2): 14. Disponible en: <http://www.gerontomigracion.uma.es/geriatria/index.php/journal/search/authors/view?firstName=J.A.&middleName=&lastName=L%C3%B3pez%20Trigo&affiliation=Centro%20Municipal%20Tercera%20Edad.%20Area%20de%20Bienestar%20>

- Social%2C%20Ayuntamiento%20de%20M%C3%A1laga.%20ESPA%C3%91A
69. Defleur, J. Psychothérapie dans la dépression. En: Simeone I, Abrham, G. Introduction a la Psychogeriatric. Collection: Biologie et psychologie. Francia: Lyon SIMEP. 1984; 164-168.
 70. Rubenowitz E, Waern M, Wilimsson K, Allbeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides—case-control study. *Psychol Med.* 2001; 31: 1193-202.
 71. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry.* 2003; 183: 382-3.
 72. Bettini, M. La repetición de los intentos suicidas y su relación con el duelo. (Tesis de Maestría). Uruguay: Universidad de la república; 2014.
 73. Bobes J, Sáiz PA, Gonzalez MP, Bousoño M. Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas. *Focus on Psychiatry.* 1996; 3: 52-64
 74. Åsberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry.* 1976; 33: 1193–1197
 75. Echeverry Y, Aristizabal O, Barraza F, Aristizabal A, Martínez J, Montoya G. Suicidio: revisión de aspectos neurológicos. *Rev. Invest.* 2010; 21: 186 -193.
 76. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurología Clínica; diagnóstico y tratamiento.* Vol. I. 4ª ed. Barcelona Editorial Elsevier España; 2006.
 77. Cervera G, Haro G, Martínez J. *Trastorno Límite de la Personalidad Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
 78. SNS. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento. Galicia: Sistema Nacional de salud (SNS) del Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2010.
 79. OMS. Prevención del suicidio un instrumentos para docentes y demás personal institucional; Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
 80. Niméus A, Alsén M, Träskman L. La escala de evaluación del suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 2001; 8: 54-62.
 81. Vidal D. Factores de riesgo suicida en el anciano, Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 1999; 8(2), 103-112.
 82. Serna I. La vejez desconocida: una mirada de la biología a la cultura. España: Editorial Díaz de Santos; 2003.
 83. Garcia H, Sahagún J, Ruiz A, Tirado J, González J. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. salud pública.* 2010; 12 (5): 713-721.
 84. Pinto, L. Variables predictoras de la intención conductual de suicidio en adolescentes yucatecos mediante la teoría de acción razonada. (Tesis de Maestría). México: Universidad Autónoma de Yucatán; 2000.
 85. Peña L, Casas L, Padilla M, Gómez T, Gallardo M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana Med Milit.* 2002; 31(3), 182-187.
 86. Joiner TE, Browns JS, Wingate RL. The Psychology and neurology of suicidal behavior, *Annu Rev. Psychool.* 2005; 56, 287-314.
 87. Hernández ZE. La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2005; 7 (002): 79-100.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista *Cultura del Cuidado*, tiene como misión ser un espacio abierto al pensamiento y a la crítica, respetuoso de la diversidad y generador de conocimiento que espera llegar a las comunidades académicas e instituciones afines a la salud en el ámbito regional, nacional e internacional, con publicaciones producto de la actividad académica alrededor del cuidado, en condiciones de máxima confiabilidad, consistencia, veracidad y actualidad.

La revista está orientada a divulgar principalmente, investigaciones, revisiones de tema y reflexiones en el área de la salud y educación en salud, con énfasis en el cuidado de enfermería. Está dirigida a todos los profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales y tiene una periodicidad semestral.

Originalidad de los artículos. Los artículos remitidos a la revista *Cultura del cuidado* deben ser originales e inéditos y el autor está obligado a informar al editor acerca de cualquier envío a otra publicación.

Reserva de derechos. El comité editorial de la revista *Cultura del Cuidado* solicita a los autores que cedan la propiedad de sus derechos de autor para que su artículo y materiales sean reproducidos, publicados, editados, fijados, comunicados y transmitidos públicamente, en cualquier forma o medio, así como su distribución en el número de ejemplares que se requieran, y su comunicación pública, en cada una de sus modalidades, incluida su puesta a disposición del público a través de medios electrónicos, ópticos o cualquier otra tecnología, para fines exclusivamente científicos, culturales, de difusión y sin ánimo de lucro.

El comité editorial se reserva el derecho de aceptar o rechazar un artículo, ni tampoco adquiere compromiso con los autores, una vez éste es aceptado, con respecto a la fecha o edición para publicarlo. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, figuras y anexos, sin alterar el contenido científico del mismo. La responsabilidad por los juicios y puntos de vista en los manuscritos, con respecto a entidades o personas, corresponde a los autores.

Proceso de evaluación. Los artículos serán sometidos a un proceso de evaluación que se desarrollará de la siguiente manera: el comité editorial revisará inicialmente, que el artículo se ajuste a las temáticas de la revista y cumpla las condiciones editoriales establecidas en estas instrucciones.

Una vez surtido este paso, el documento se enviará a evaluadores externos, acompañado de las instrucciones para los autores y un formato para calificar aspectos de tipo editorial y científico, evaluación que será anónima para ambas personas. En un plazo de 15 días el evaluador enviará de nuevo el formato diligenciado y el artículo con sus observaciones. En el formato se podrá dictaminar: a) publicar sin cambios b) publicar con modificaciones o c) rechazar. Las evaluaciones serán remitidas a los autores y en caso se presentarse la categoría b, deberán remitirse con las modificaciones señaladas. Será el comité editorial

quien definirá finalmente la publicación del artículo y si es aceptado remitirá un documento donde el autor o autores firmarán la cesión plena de los derechos de autor al editor.

Conflicto de intereses. Tanto el editor como el comité editorial estarán atentos a posibles conflictos de interés que afecten la imparcialidad de los evaluadores o que los inhabiliten para evaluar un artículo.

Proceso de envío. Debe enviarse el texto original escrito en forma impersonal, vía electrónica, donde se solicite la publicación, informen que el artículo es original y que todos los autores han revisado y aprobado el manuscrito enviado. Se debe especificar: nombre del autor responsable, teléfono y correo de comunicación. Las figuras, gráficas y tablas se envían en un archivo aparte, elaboradas en el programa Excell y las fotografías en formato JPEG, con su numeración, títulos, leyendas y fuentes respectivos, todas numeradas consecutivamente y referenciadas en el texto.

Los artículos deben remitirse con los siguientes datos: Lilia Andrea Buitrago Malaver, Editor principal, Revista Cultura del Cuidado. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre-Seccional Pereira, a los siguientes correos: culturadelcuidado@unilibrepereira.edu.co y enfermería@unilibrepereira.edu.co

Los artículos enviados deben ajustarse a los “Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas del grupo de Vancouver (1997).

- El texto no debe exceder de 15 páginas tamaño carta escritas a espacio sencillo con márgenes mínimo de 3 cms por cada lado. Tipo de letra Arial, tamaño 12 puntos. El autor debe conservar copias en medio magnético pues la revista no se responsabiliza de daños o pérdidas ocurridas durante el envío o en el proceso de revisión o edición.
- El título del trabajo será lo más breve posible y debe ser presentado en idioma español e inglés. Los nombres del autor y de los coautores se ubicarán a continuación del título del trabajo utilizando la herramienta de Word: referencias, nota al pie, con número consecutivo para varios autores. Se anotará su cargo, formación, institución de vinculación y correo electrónico de contacto.
- El artículo debe contener un resumen del artículo no mayor de 250 palabras con objetivo, metodología, resultados y conclusiones. Debe presentarse en idioma español y en inglés (Abstract).
- Se incluirán las palabras clave que describen el contenido del texto, no mayores de cinco en idioma español y en inglés (key words) teniendo especial cuidado en la traducción exacta de todos los términos, en cuanto a tecnicismos, neologismos, siglas y acrónimos.
- Se deben normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales. Pueden ser consultadas en la Biblioteca virtual en Salud de la OPS, disponible en: <http://www.bvsalud.org> y revisar los descriptores en ciencias de la salud a través del enlace *DeCS-Terminología en salud*, también disponible en:

<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> o extractados del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>.

- Si el artículo es sobre investigaciones científicas, debe contener introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones
- La Introducción debe ser breve y proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. Al final debe contener un párrafo que exponga de forma clara el o los objetivos del trabajo.
- La metodología debe describir el tipo de estudio, la población, el tipo de muestreo, los instrumentos y el método de recolección de los datos, tipo de análisis empleado e indicar el paquete estadístico utilizado. En este aparte debe mencionarse el seguimiento de las normas éticas de investigación científica en humanos y la aplicación del consentimiento informado cuando sea el caso.
- Los resultados se presentarán secuencialmente apoyados en tablas y figuras y en el texto deben mencionarse solo los datos más relevantes evitando la tendencia a repetir todos los datos observados en las tablas.
- La discusión debe estar destinada a comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones o referentes teóricos y con las posiciones y análisis de los autores respaldados científicamente.
- Las conclusiones deben referirse a los hallazgos y de esta manera deben desprenderse de los resultados y su discusión. Evite emitir conclusiones producto de posiciones propias pero que no tienen el respaldo en los datos obtenidos en el estudio. Cuando sea necesario se pueden incluir recomendaciones.
- Si se trata de artículos de revisión y reflexión el contenido del texto no debe exceder de 15 páginas tamaño carta escritas a espacio sencillo con márgenes mínimo de 3 cms por cada lado. Tipo de letra Arial, tamaño 12 puntos.
- En artículos de revisión el autor debe presentar en forma amplia y crítica la bibliografía referente a un tema, situada en una perspectiva específica y exponiendo tendencias y avances, lo cual implica una extensa revisión bibliográfica (mínimo 30 referencias)
- En artículos de reflexión el autor analiza, interpreta o hace una crítica sobre un tema, a partir de las fuentes originales. Es una contribución original y actual. Cuando se trate de artículos sobre revisión de temas o reflexiones el artículo debe contener una introducción.
- Agradecimientos. Este aparte es opcional y se refiere a la citación de personas, instituciones u otros que hayan colaborado con la realización del trabajo.
- Referencias. Se deben numerar secuencialmente en el texto por medio de números arábigos encerrados entre paréntesis. El listado de referencias debe aparecer al final del texto bajo el título: “Referencias”.

Las referencias deben seguir el siguiente formato de acuerdo a los requisitos uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas:

- Revistas. Autor o autores (apellido del autor y luego las iniciales de los nombres, sin signos de puntuación entre estos dos elementos y los nombres de los autores separados por comas. Si son varios autores se deben escribir un máximo de seis; si son más de este número deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura “*et al*”). Título del artículo y subtítulo (si lo hay) separados por dos puntos. Título de la revista a que pertenece el artículo/ año de publicación; volumen /número de la revista (entre paréntesis): rango de páginas. Ejemplo:

Nissinen A, Berrios X, Puska P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2001;79(10): 963-970.

- Libros. Apellido completo e iniciales del nombre del autor o autores, separados por coma. Título del libro y subtítulo (si lo hay) separados por dos puntos. Número de edición o reimpresión indicados con la abreviatura ed. o reimpr. (este dato se omite cuando corresponda a la primera edición). ciudad de publicación: editorial; año de publicación. Páginas. Ejemplo:

Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de diagnósticos de enfermería. 7ª ed. Madrid: editorial Elsevier; 2007. p. 395-425

Las referencias electrónicas deben seguir el siguiente formato: Autor. En caso de no contar con el autor, se debe consignar la institución responsable por la publicación. Título del artículo o documento. [fecha de consulta] Disponible en: anotar la dirección electrónica. Ejemplo:

- Cano CG. John Dewey y su pedagogía de la acción. [citado 9 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://scarball.awardspace.com/documentos/trabajos-de-filosofia/Jonh-Dewey.pdf>
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. [citado marzo 13 2006] Disponible en: [www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/01 general.htm](http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/01general.htm)

Otro tipo de referencias puede ser consultado en: <http://www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf>

En caso de dudas frente a las normas de publicación, el autor puede observar el contenido de la revista y su presentación en el sitio Web:
<http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/372>

Cultura del Cuidado ENFERMERÍA

Universidad Libre - Seccional Pereira

CONTENIDO

EDITORIAL	4
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA	
Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares <i>Yessica Paola Hernández Gómez, Mary Luz Jaimes, Yaneth Carvajal Puente, Diana Paola Suárez Suárez, Paulin Yesenia Medina Ríos, Socorro Fajardo Natez</i>	6
Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino en población de riesgo. Ciego Montero. Cienfuegos, Cuba 2015 <i>Daynisett Molina Curbelo, Héctor Cabrera Rodríguez, Lourdes Montenegro Arias, Vismery Valdes Vales</i>	22
Masaje facial en la evolución de pacientes con terapia electroconvulsiva <i>Disley Pedraza Pérez de Prado, Alina Pérez Ruiz, Heidy Díaz García, Mirelys Sarduy Lugo</i>	31
Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un hospital universitario <i>Mónica P. Quemba M., Andrea C. Ortiz, Diana C. Fetecua V., Ingrid C. Sánchez M., Paola N. Acosta B.</i>	40
Transdisciplina y enfermería, un recorrido por el estado del arte del 2000 al 2015 <i>Ricardo Antonio Escobar, María Beatriz Escobar</i>	50
REFLEXIÓN	
Necesidad de legislación para la regulación de enfermería de práctica avanzada en Colombia <i>Luz Estella Varela L.</i>	60
Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos <i>José Alonso Andrade Salazar, Laura Patricia Lozano Sapuy, Angélica Rodríguez Romero, Juan Andrés Campos Ramírez</i>	70
INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	90

REVISTA CULTURA DEL CUIDADO ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Libre, sede Belmonte
Correos electrónicos:

enfermeria@unilibrepereira.edu.co - culturadelcuidado@unilibrepereira.edu.co

Teléfono: +57-6-315 5645 Fax: +57-6-315 5645 - Pereira, Colombia