

Synergia:




experiencias investigativas en enfermería

CAROL PINZÓN JAIMES

Enfermera UIS, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Magíster en Pedagogía. Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia e investigadora del Grupo de Investigación: Enfermería y Atención Primaria en Salud. Líneas de investigación: Cuidado al adulto en alteraciones agudas, crónicas y críticas y procesos pedagógicos en entornos universitarios.

carol.pinzon@uptc.edu.co


 <https://orcid.org/0000-0002-4366-8866>

MARIANNE ARLETTE DURAN AVENDAÑO

Enfermera, Especialista en salud ocupacional, Magíster en enfermería U. Sábana. Docente e investigadora del grupo gestión y calidad, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Líneas de investigación: Cuidado a la persona, familia y comunidad, Gestión del cuidado y la salud.

marianne.duran@uptc.edu.co

 <https://orcid.org/0009-0004-5340-2086>

Carol Pinzón Jaimes • Marianne Arlette Duran Avendaño
(Compiladoras)





Synergia:

experiencias investigativas en enfermería

Carol Pinzón Jaimes • Marianne Arlette Duran Avendaño
(Compiladoras)





Synergia:

experiencias investigativas en enfermería

Carol Pinzón Jaimes ▪ Marianne Arlette Duran Avendaño
(Compiladoras)



ENFOQUE: INVESTIGACIÓN
ÁREA OCDE: CIENCIAS DE LA SALUD
Disciplina: Enfermería
Colección: N° 352

Synergia: experiencias investigativas en enfermería
Synergy: Nursing research experiences

Primera Edición, 2025
Versión digital

- © Carol Pinzón Jaimes, 2025
- © Marianne Arlette Durán Avendaño, 2025
- © Sandra Lorena Herrera Giraldo, 2025
- © Nubia Esperanza Hernández Bernal, 2025
- © Leidy Alexandra González Sánchez, 2025
- © Luz Dary Cano Rodríguez, 2025
- © Claudia María Moreno Mojica, 2025
- © Milena Alexandra Galvis López, 2025
- © Mayra Solanye Galindo Huertas, 2025
- © Julián Andrés Barragán Becerra, 2025
- © Andrea Carolina Hernández Castro, 2025
- © Adriana del Pilar Velasco Rincón, 2025
- © Sonia Alejandra Molano Gaitán, 2025
- © Aura María Parada Herrera, 2025
- © Karen Lizeth León Vargas, 2025
- © Marcos Adrián Heij Álvarez, 2025
- © Jonathan Andrés Molano Bolívar, 2025
- © July Alejandra Cárdenas, 2025
- © Aura María López Sarmiento, 2025
- © Kateryne Torres Rincón, 2025
- © Ana María Mejía Mesa, 2025
- © Ángela Yenifer Yandar Acevedo, 2025
- © Marly Tatiana Aguilar Chaparro, 2025
- © Juliana Amézquita López, 2025
- © Yeison Fernando Arias Neira, 2025
- © Juliana María Rodríguez Monroy, 2025
- © Juan Camilo Lavao Jiménez, 2025
- © Diana María Manrique Buendía, 2025
- © Yonatan Arley Acosta Bonilla, 2025
- © Yuri Andrea Jiménez Acevedo, 2025
- © Luz Adíela Holguín Holguín, 2025
- © Jaider Johan Zamora Muñoz, 2025
- © Vanessa Estefanía Ceballos, 2025
- © Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2025

ISBN (ePub) 978-628-7863-09-5



Proceso arbitraje doble ciego
Recepción: julio de 2024
Aprobación: marzo de 2025

Hecho en Colombia - Made in Colombia

Synergia: experiencias investigativas en enfermería / Synergy: nursing research experiences / Pinzón Jaimes, Carol; Durán Avendaño, Marianne Arlette (Compiladores). Tunja: Editorial UPTC, 2025, 337 p.

ISBN (ePub) 978-628-7863-09-5

Incluye referencias bibliográficas

1. Investigación en Enfermería. 2. Cuidado de Enfermería. 3. Educación en Salud. 4. Cuidados de Enfermería en el Hogar. 5. Alta del Paciente. 6. Enfermería en Rehabilitación 7. Enfermería basada en la Evidencia.

(Dewey 610.7/21) (Thema MQC - Enfermería)

Rector, UPTC

Enrique Vera López

Comité Editorial

Carlos Mauricio Moreno Téllez

Vicerrector de Investigación y Extensión

Yolanda Torres Pérez

Directora de Investigaciones

Óscar Pulido Cortés

Delegado Vicerrectoría Académica

Martín Orlando Pulido Medellín

Representante Área Ciencias Agrícolas

Yolima Bolívar Suárez

**Representante Área Ciencias Médicas
y de la Salud**

Nelsy Rocío González Gutiérrez

Representante Área Ciencias Naturales

Olga Yanet Acuña Rodríguez

Representante Área Ciencias Sociales

Juan Guillermo Díaz Bernal

Representante Área Humanidades

Pilar Jovanna Holguín Tovar

Representante Área Artes

Edgar Nelson López López

**Representante Área Ingeniería
y Tecnología**

Juan Sebastián González Sanabria

Representante Grupos de Investigación**Editora**

Bertha Ramos Holguín

Corrección de Estilo

Nelson Alberto Arango

Diseño y diagramación

Aura Patricia Sarmiento Hernández

Libro resultado de investigación

Citar este libro / Cite this book

Pinzon Jaimes C. & Duran Avendaño, MA. (Comps.). (2025). *Synergia: experiencias investigativas en enfermería*. Editorial UPTC.doi.org/10.19053/uptc.9786287863095**Uptc**[®]
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia
VIGILADA MINEDUCACIÓN**Dirección de
Investigaciones**

Libro financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Extensión - Dirección de Investigaciones de la UPTC. Se permite la reproducción parcial o total, con la autorización expresa de los titulares del derecho de autor. Este libro es registrado en Depósito Legal, según lo establecido en la Ley 44 de 1993, el Decreto 460 de 16 de marzo de 1995, el Decreto 2150 de 1995 y el Decreto 358 de 2000.

Editorial UPTC

La Colina, Bloque 7, Casa 5
Avenida Central del Norte No. 39-115, Tunja, Boyacá
comite.editorial@uptc.edu.co
www.uptc.edu.co
<https://editorial.uptc.edu.co>

Resumen

El libro *Synergia: experiencias investigativas en enfermería* reúne experiencias investigativas de docentes y estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Uptc), con el propósito de exteriorizar procesos y resultados de investigación, que, gestados desde la academia, proporcionan acceso al contenido científico para profesionales de la salud y sociedad en general. Cada capítulo expone el uso de diversas metodologías y enfoques desarrollados en las investigaciones de diferentes poblaciones y contextos del cuidado. Las revisiones de literatura responden a temas o preguntas específicas que ofrecen orientaciones efectivas, con base científica, para el desarrollo del ejercicio profesional; siguiendo el enfoque cualitativo, se brinda al lector una mirada epistemológica a las narrativas, relatos y contenidos que surgen desde la reflexión constante del ser-hacer y que exhiben el sentido humano de la profesión. Finalmente, tres intervenciones evidencian el desarrollo operacional de modelos investigativos aplicados durante el ejercicio profesional de enfermería en sus diferentes roles. La formación investigativa implica que docentes y estudiantes desarrollen e incentiven la capacidad analítica e intelectual para cumplir ampliamente la función primordial de la universidad, que es trascender los límites del conocimiento y generar nuevos saberes derivados del acto educativo y fundamentados en proceso rigurosos de investigación que sirvan de puente de unión entre la academia y la sociedad.

Palabras clave (DeSC): investigación en enfermería, cuidado de enfermería, educación en salud, cuidados de enfermería en el hogar, alta del paciente, enfermería en rehabilitación, enfermería basada en la evidencia.

Abstract

The book *Synergy: Nursing research experiences* gathers research experiences of teachers and students of the Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Uptc), School of Nursing, with the purpose of externalizing research processes and results, which are developed from the academy, providing access to scientific content for health professionals and society in general. Each chapter exposes the use of diverse methodologies and approaches developed in the research of different populations and contexts of care. The literature reviews respond to specific topics or questions that offer effective scientifically based orientations for the development of professional practice; following the qualitative approach, the reader is provided with an epistemological look at the narratives, stories and contents that emerge from the constant reflection of being doing and that exhibit the human sense of the profession. Finally, three interventions show the operational development of research models applied during the professional practice of nursing in its different roles. Research training implies that teachers and students develop and encourage their analytical and intellectual capacity to fully comply with the primary function of the university, which is to transcend the limits of knowledge and generate new knowledge derived from the educational act and based on rigorous research processes that serve as a bridge between academia and society.

Keywords (DeSC): nursing research, nursing care, health education, home health nursing, patient discharge, rehabilitation nursing, evidence-based nursing

Contenido

Capítulo 1.

Tejiendo Conocimiento y Cuidado

Mi cuerpo, no mi decisión: consecuencias de la violencia obstétrica durante el parto..... 17

Andrea Carolina Hernández Castro, Adiana del Pilar Velasco Rincón y Sandra Lorena Herrera Giraldo

Covid 19, impacto en la salud mental de profesionales en salud: revisión de la literatura 43

Nubia Esperanza Hernández Bernal, Sonia Alejandra Molano Gaitán y Aura María Parada Herrera

Desbloqueando la conversación: la importancia de abordar la sexualidad infantil en el entorno salud..... 79

Karen Lizeth León Vargas, Marcos Adrián Heij Álvarez, Jonathan Andrés Molano Bolívar y Leidy Alexandra Gonzalez Sanchez

De vuelta a casa: recomendaciones al plan de alta de enfermería para niños con asma 125

July Alejandra Cárdenas, Aura M. López Sarmiento, Luz Dary Cano Rodríguez y Leidy Alexandra Gonzalez Sanchez

Capítulo 2.

Narrativas y Experiencias en Enfermería

Cuidar durante el parto: configurando el proceso enseñanza–aprendizaje desde una narrativa en enfermería 159

Kateryne Torres Rincón, Ana María Mejía Mesa, Claudia María Moreno Mojica

Expresión de los patrones estético-creativo y emancipatorio en la divulgación del conocimiento de enfermería 181
Milena Alexandra Galvis López, Maya Solnye Galindo Huertas, Angela Yenifer Yandara Acevedo y Marly Tatiana Aguilar Cahaparro

Relato de una mujer cuidadora: experiencia del cuidado informal de una madre con Alzheimer 217
Julián Andrés Barragán Becerra, Julian Amézquita López y Yeison Fernando Arias Neira

Capítulo 3. Impactando Vidas

Intervención educativa dirigida al equipo de enfermería en el entorno hospitalario: una experiencia de internado 239
Juliana María Rodríguez Monroy, Juan Camilo Lavao Jiménez, Diana María Manrique Buendía y Carol Pinzón Jaimes

Intervención educativa al adulto mayor usando la estrategia *cuidarme*: reporte de caso 269
Yonatan Arley Acosta Bonilla, Yuri Andrea Jiménez Acevedo, Luz Adiel Holguín y Carol Pinzón Jaimes

Actividad física musicalizada como terapia de rehabilitación a personas en condición de discapacidad física 289
Marianne Arlette Durán Avendaño, Jaidier Johan Zamora Muñoz y Vanesa Estefanía Ceballos Chamorro

Semblanza de Autores 327

Presentación

Enfermería es una disciplina fundamentada en sólidos pilares de conocimiento científico, ético y humano, orientada hacia la atención de alta calidad en todos los niveles de salud, dirigida hacia las personas, familias, comunidades y sus entornos. Constituye un eje central para fortalecer los sistemas sanitarios y es fundamental para lograr el acceso y cobertura universal a la salud. Todo esto sería impensable sin el incansable impulso que tiene enfermería para la búsqueda continua de conocimiento a través de la investigación e innovación.

La investigación compone uno de los cuatro pilares básicos de la enfermería, junto con la gestión, la educación y el cuidado directo. Su desarrollo ha crecido progresivamente en las últimas dos décadas, legitimando y empoderando la profesión hacia una transformación crítica, respaldada por la práctica basada en la evidencia. En el mundo actual, se nos exige no solo buscar sino también producir la mejor evidencia posible a través de rigurosos procesos investigativos que ayuden a mejorar el conocimiento existente o a generar nuevo conocimiento para influir en la práctica diaria de enfermería, a fortalecer las competencias profesionales y contribuir al desarrollo de la profesión.

La práctica profesional de enfermería engloba múltiples dimensiones competitivas orientadas al propósito central de nuestra disciplina: Brindar una atención en salud efectiva, personalizada y de calidad en todos los momentos de la vida, fundamentada en el conocimiento y la integración indispensable de la evidencia científica. Este propósito también demanda un desafío permanente

que, desde la academia, requiere formar agentes críticos capaces de impulsar y responder a los cambios, promoviendo la investigación entre nuestros estudiantes.

Este libro es un testimonio del valor de la investigación en la formación de los futuros profesionales de enfermería, es el fruto de una labor conjunta entre profesores entusiastas y estudiantes inquietos por el saber, es un reflejo de su curiosidad insaciable y su compromiso con la excelencia en la atención sanitaria de calidad. Cada capítulo de este compendio cubre investigaciones que abarcan una amplia gama de temas en enfermería y diferentes grupos poblacionales del ciclo de vida. Desde la atención a la gestante hasta el adulto mayor, desde la prevención de enfermedades hasta la rehabilitación, cada estudio aporta nuevas perspectivas y conocimientos valiosos, es un espejo que refleja el aprendizaje compartido entre estudiantes y profesores y cuenta una historia de descubrimientos, desafíos y lecciones aprendidas.

El primer capítulo sintetiza cuatro experiencias investigativas apoyadas por la búsqueda sistemática y rigurosa de la literatura científica más actualizada, con el fin de fomentar el análisis reflexivo y el pensamiento crítico para la toma de decisiones basadas en conocimientos científicos y sustentadas por los resultados de procesos investigativos en salud. Las preguntas de investigación surgieron de la práctica diaria del profesional de enfermería, pero también de las vivencias e inquietudes de los estudiantes durante sus prácticas formativas. El objetivo final de construir una enfermería basada en la evidencia es transformar los diversos paradigmas de prácticas con enfoque tradicional, fomentar el juicio clínico e integrar la mejor evidencia disponible a la experticia clínica y al cuidado, escuchando siempre a los usuarios o personas con alteraciones de salud.

En el segundo capítulo se presentan tres artículos centrados en la investigación cualitativa, en los cuales se hace énfasis en la reflexión profunda y cuidadosa de los relatos, narrativas, situaciones

y contenidos generados por profesionales de enfermería que construyen, analizan e interpretan desde otras miradas, incluyendo conceptos metaparadigmáticos y aplicando los modelos de cuidado en enfermería. Es de suma importancia que los estudiantes investigadores aprendan a indagar desde la esencia del ser humano, con la mirada propia pero también a través del otro; pues aquello que nos define como profesión nace de lo humano, nos hace humanos y potencia el ser de cada uno.

El tercer capítulo evidencia el desarrollo operativo de modelos investigativos aplicados durante el ejercicio profesional de enfermería en sus diferentes roles: gestión de los servicios, educación para la salud y el cuidado directo a adultos mayores y personas en situación de discapacidad. Estos modelos fueron llevados a cabo en el transcurso de las diferentes prácticas formativas adelantadas por los estudiantes y supervisadas por sus profesores en el marco de la formación enfermera. Durante el proceso, unos y otros lograron verificar la forma en que estos roles se entrelazan y reflejan la diversidad de competencias que debe incorporar el enfermero o enfermera para brindar cuidado, intervenir necesidades y educar en salud de manera eficiente y efectiva.

Esperamos que este libro sea una fuente de inspiración y un recurso valioso para todos los estudiantes y futuros profesionales de enfermería, que las investigaciones aquí presentadas inspiren nuevas preguntas, nuevos estudios y, en última instancia, mejores prácticas de atención y cuidado en salud.

Finalmente, expresamos un profundo agradecimiento a todos los autores que participaron en estas investigaciones. Su pasión y dedicación son la verdadera fuerza detrás de la productividad del conocimiento en enfermería.

Carol Pinzón Jaimes
Marianne A. Durán Avendaño

Capítulo

1

Tejiendo conocimiento y cuidado

*“Sólo el conocimiento
que llega desde dentro
es el verdadero
conocimiento”.*

Sócrates

Mi cuerpo, no mi decisión: consecuencias de la violencia obstétrica durante el parto

My body, not my decision: consequences of obstetric
violence during childbirth

Andrea Carolina Hernández Castro*
Adriana del Pilar Velasco Rincón**
Sandra Lorena Herrera Giraldo***

Resumen

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que se manifiesta en el ámbito de la atención en salud durante el embarazo, el parto y el posparto. En los últimos años, esta problemática ha recibido atención en diversos países de Latinoamérica, tanto a nivel académico como en políticas públicas y movimientos sociales. El objetivo del estudio fue analizar las consecuencias físicas y psicoemocionales que experimentan las mujeres que han sufrido

* Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
<https://orcid.org/009-0006-0494-7498>. andrea.hernandez05@uptc.edu.co

** Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/0009-0003-7372-3031>. pilyveri1011@gmail.com

*** Enfermera, Maestría en antropología social (en curso). Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/0000-0003-1910-0610>. sandra.herrera@uptc.edu.co

violencia obstétrica (VO) durante su trabajo de parto y parto en Latinoamérica. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura. Los resultados se analizaron con base en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Se identificaron factores de riesgo, consecuencias físicas y psicoemocionales, así como marcadas relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres gestantes.

Palabras clave (DeSC): violencia obstétrica, trabajo de parto, parto normal, cuidado, mujeres embarazadas

Abstract

Obstetric violence is a form of gender-based violence that manifests in the healthcare setting during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. In recent years, this issue has garnered attention in various Latin American countries, both at the academic level and in public policies and social movements. The objective of the study was to analyze the physical and psycho-emotional consequences experienced by women who have suffered obstetric violence (OV) during labor and childbirth in Latin America. To achieve this, a narrative review of the literature was conducted. The results were analyzed based on Kristen Swanson's theory of caring. Risk factors, physical and psycho-emotional consequences, as well as marked power dynamics between healthcare personnel and pregnant women were identified.

Keywords (DeSC): labor obstetric, obstetric violence, natural childbirth, care, pregnant women

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la violencia obstétrica (VO) es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos” (1). El Instituto Nacional de Mujeres de México ha manifestado que “la violencia en la atención obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, actos que constituyen una violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres” (2). Por su parte, el Grupo de Información en Reproducción Elegida, también de México, ha descrito que “Este tipo de violencia es institucional y de género, y se manifiesta cuando las mujeres experimentan regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negación al tratamiento, falta de acceso al sistema de salud, así como atención deficiente en el sistema” (3).

Esta problemática ha llevado a la protocolización de la atención a gestantes en la estancia hospitalaria, situación que se refleja en la realización de procedimientos de forma sistemática, muchas veces sin el consentimiento de las mujeres y sus familias. Esto representa una forma de violencia que, aunque se justifique en políticas institucionales y protocolos, desfavorece el bienestar, la autonomía y el proceso de un trabajo de parto y parto agradables para la mujer y su entorno cercano. Estas circunstancias generan dificultades en la comunicación y malas interpretaciones entre los profesionales de la salud, las mujeres y sus familias (4, 5).

Estadísticamente, se evidencia que una de las consecuencias más fatales del ejercicio de la violencia obstétrica (VO) en las mujeres es la tasa de mortalidad materna. “En América Latina y el Caribe, por cada 289 mujeres en gestación, una tiene riesgo de morir” (4). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

declaró que “en 2017, la razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos en América Latina fue de 58,2, registrándose los índices más altos en Venezuela (82,1), Perú (69,8) y Paraguay (86,4)” (6). En el caso de Colombia, en el Análisis de Situación de Salud del 2020, publicado por el Ministerio de Salud, se expresa que “para el año 2017, la razón de mortalidad materna es de 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos” (7).

Países como Venezuela, Argentina, México, y recientemente Colombia (Ley 2244 de 2022) han aprobado leyes relacionadas de manera directa con la violencia obstétrica. Uno de los objetivos de estas leyes es informar a las mujeres y sus familias sobre sus derechos, capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de prácticas respetuosas con los cuerpos de las mujeres, sus decisiones y el proceso que están viviendo, permitiendo el contacto con sus hijos, el acompañamiento y la información oportuna sobre su situación y los procedimientos que se realicen. Sin embargo, hay que seguir trabajando para que estas leyes se cumplan en la atención cotidiana y se logre una mayor denuncia de dichas agresiones y abusos; además de deconstruir prácticas, imaginarios y discursos sobre la mujer gestante, el parto y la gestación.

Desde esta perspectiva, el presente proyecto busca, mediante una revisión bibliográfica, hacer visibles las consecuencias físicas y psicoemocionales que experimentan las mujeres que han sufrido violencia obstétrica (VO) durante su trabajo de parto y parto en Latinoamérica. Este es un aspecto importante para enfermería, ya que, como sus principales cuidadores, deben contribuir a la generación de información basada en evidencia, minimizar la desinformación y generar conciencia sobre el cuidado humanizado por parte del personal de salud durante esta etapa. Para lograr lo anterior, se propone además realizar un análisis basado en la teoría de Kristen Swanson.

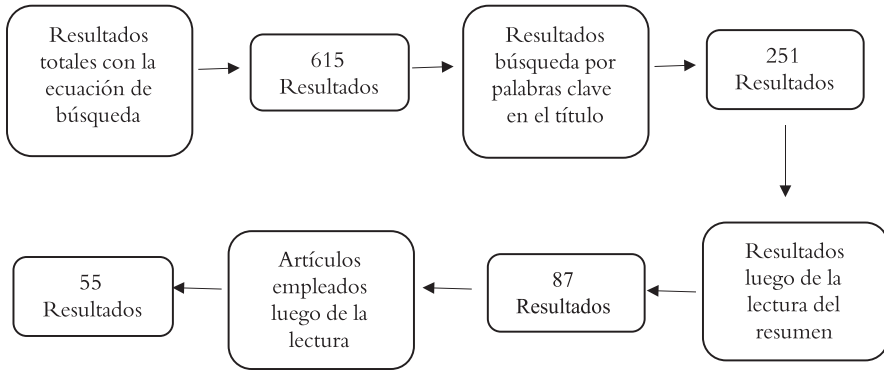
Metodología

Se realizó una búsqueda de literatura científica para identificar documentos investigativos relacionados con VO durante el trabajo de parto y parto. Las búsquedas se realizaron en el metabusador Google Académico, las bases de datos bibliográficas, Scielo, ResearchGate y repositorios de algunas universidades latinoamericanas, entre ellas: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Guayaquil, Universidad de Chile, Universidad de Monterrey. La búsqueda se delimitó a textos en español e inglés y el periodo de tiempo fue de 2017 a 2022. La ecuación de búsqueda utilizada combinaba los términos “consecuencias físicas” y “emocionales” y “violencia obstétrica” y “mujeres”, “violencia obstétrica”, “obstetric violence”. Dependiendo de la base de datos, se utilizó el operador booleano “Y” [AND].

Se excluyeron los documentos que no se encontraron a texto completo, en idiomas diferentes al inglés y español, y que no fueran producciones de países de Latinoamérica, así como aquellos que no hablaran sobre el tema: consecuencias físicas y psicoemocionales de mujeres que han vivenciado VO durante el trabajo de parto y parto.

Para la construcción de la revisión, se utilizó una matriz de búsqueda en Excel que incluyó los siguientes parámetros de análisis: autores, título, año, revista, base de datos, ecuación de búsqueda, tipo de documento, área, objetivo, metodología, país, link, consecuencias descritas en el artículo y observaciones. Se realizó la recopilación de información a través de esta matriz, para la posterior sistematización de los resultados, y discusión.

Diagrama 1. Proceso de selección de los documentos

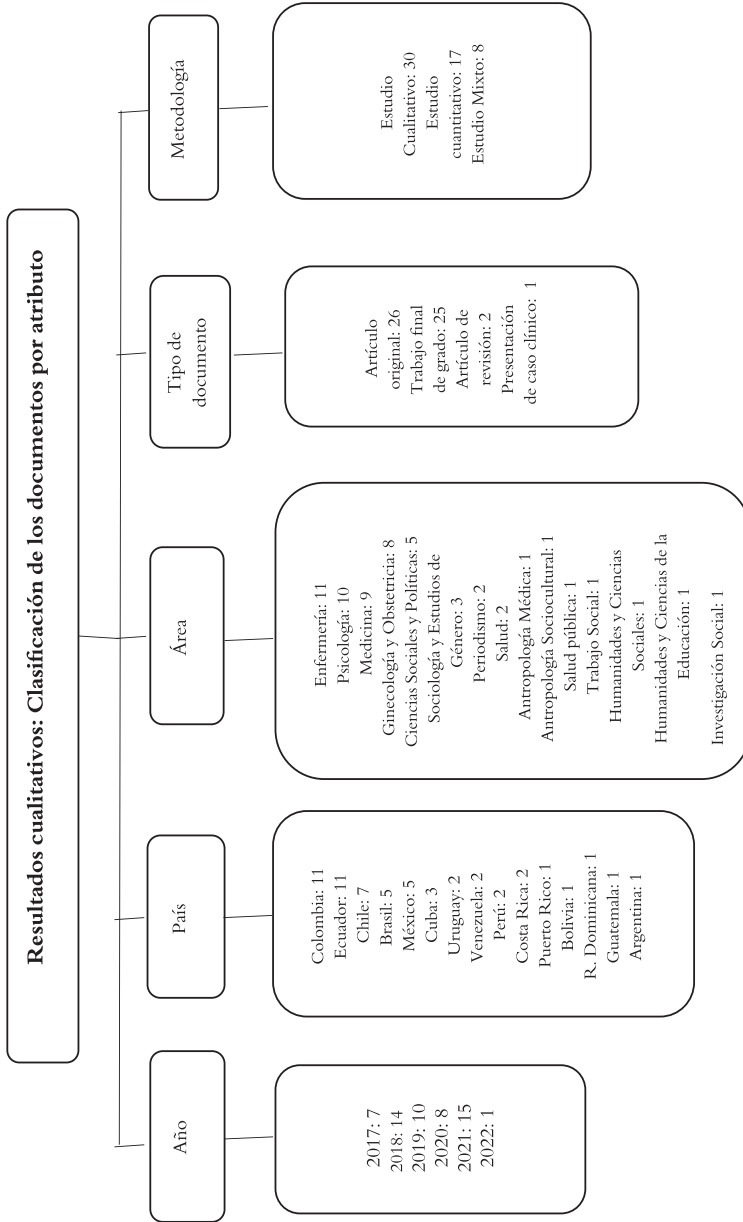


Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Los 55 artículos analizados durante la revisión sistemática cumplieron con los criterios de inclusión y con el objetivo del presente estudio, los años con el mayor número de documentos que se encontraron fueron 2018, 2019 y 2021, siendo Colombia, Ecuador, Chile, Brasil y México los países con mayor producción literaria. El área de mayor producción de literatura fue enfermería, seguido de psicología, medicina y ginecología y obstetricia; en tal sentido, se refleja que las áreas afines a las ciencias de la salud son las más interesadas en estudiar la VO, sin minimizar el evidente interés de otras áreas como las ciencias políticas y sociales. Finalmente, se señala que la metodología que más emplearon los autores es la cualitativa, seguida de la cuantitativa y en menor proporción los estudios de tipo mixto, clasificándose estos en artículo original y trabajo final de grado.

Diagrama 2. Resultados cuantitativos



Fuente: Elaboración propia.

Llama la atención que países que ya cuentan con legislación aprobada que sanciona la VO, como Argentina, México y Venezuela, no cuentan con gran producción de estudios que reporten las consecuencias que genera el ejercicio de la VO, ya que se esperaría revisar si dichas leyes están siendo tomadas en cuenta en el cotidiano asistencial de los centros de salud de esos países y reportar la realidad que viven las mujeres en la atención del parto en estos territorios. En contraparte, Colombia acaba de aprobar la ley de parto humanizado, que de acuerdo con los hallazgos es uno de los países con más artículos publicados que explora el tema, lo que simboliza un progreso para la sociedad de este país en materia de salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, toma relevancia que el área que más realizó publicaciones en el tema de estudio es enfermería, hallazgo que representa un avance para la disciplina, ya que pone de manifiesto el interés del personal sanitario por brindar un mejor cuidado a las mujeres durante el trabajo de parto y parto basadas en evidencia, y, asimismo, contribuye a visibilizar las prácticas que constituyen VO y sus consecuencias.

Para realizar el análisis cualitativo se articuló la teoría de Kristen Swanson, que plantea cinco cuidados básicos que se deberían poner en práctica al brindar una atención de enfermería y generar un ambiente que propicie el acercamiento: conocer, estar con, hacer por, mantener las creencias y posibilitar, requisitos que evidentemente no se aplican en escenarios en los que se ejerce VO a mujeres durante el trabajo de parto y parto, y que generan secuelas tanto físicas como psicológicas y emocionales en las mujeres que pueden ir desde moderadas a graves y que incluso pueden perdurar en el tiempo para toda la vida. En este artículo se presentan los resultados de la revisión sistemática, enunciando las consecuencias encontradas de no implementar los cinco cuidados básicos que la teorista propone (8-9).

Conocer

Swanson relata que debe haber una relación de interés hacia el sujeto de cuidado, quien debe ser el centro de atención, estableciendo así una relación de compromiso y respeto entre quien cuida y quien es cuidado (8-9), es decir, en la atención de las mujeres durante su trabajo de parto y parto, se debe entablar una interacción armoniosa en la que se conozca el significado que la mujer le da a su proceso de gestación y nacimiento de su hijo con el fin de brindar una atención acorde a las expectativas que la persona tiene. El no tomarse el tiempo para conocer a la mujer sujeto de cuidado lleva a acciones de VO que generan consecuencias negativas en su salud.

No Conocer

***“Nos tratan como animales u objetos”:* vulnerabilidad al desnudo**

No tener un trato cordial y respetuoso lleva a la atención inadecuada y una mala praxis por parte de los profesionales de la salud, perjudica la manera como la mujer se relaciona consigo misma y con los demás, origina ansiedad, trastornos en la higiene del sueño, baja autoestima, desequilibrios en el estado de ánimo y depresión, que en casos extremos puede llevar a un intento de suicidio e incluso un suicidio consumado (10). Ante la pregunta que Hernández le realizó a las diez usuarias encuestadas sobre el significado de la experiencia, “manifestaron que el escenario hospitalario se encargó de hacerlas sentir como animales u objetos, realidad que las llenó de preocupación” (11).

“Cicatrices invisibles”

La VO tiene serias repercusiones en la salud emocional de las mujeres, que incluyen miedo, ansiedad, dificultades para dormir, crisis de llanto, pérdida de apetito, irritabilidad, cambios de humor, y trastorno de estrés postraumático (TEPT). También tiene consecuencias sociales, como dificultades para establecer vínculos,

especialmente con el recién nacido, sentimientos de vergüenza o culpa, rechazo hacia la pareja debido a la dispareunia, y la tendencia a normalizar situaciones de maltrato, llegando a justificar estas prácticas como consecuencia de su propio comportamiento. Entre las prácticas que las mujeres justificaron se encuentra la episiotomía, al creer que reduce el dolor durante el parto y acorta el tiempo de salida del bebé (12-14).

También las mujeres presentaron temor al limitar sus preguntas sobre lo que está pasando o el procedimiento que se realice, debido a que pueden encontrar como respuesta comentarios desagradables (15).

Los partos dirigidos provocan sufrimiento, y las mujeres son tratadas bien sea de manera infantil, maltratadas, pinchadas con agujas y sometidas a cortes sin su consentimiento, abandonadas, humilladas y vistas únicamente como un cuerpo funcional que debe cumplir con el objetivo de entregar “un hijo sano” (12).

Estar Con

Swanson se refiere al acompañamiento físico y emocional que se le brinda a la persona, el demostrar interés, permitir la expresión de emociones, el trato individualizado basado en las necesidades identificadas en el conocer, reconociendo que cada ser es único, y por tanto tiene particularidades que deben ser tenidas en cuenta al momento de brindar una atención (8-9).

No Estar Con

“Mi cuerpo, no mi decisión”

No brindar apoyo adecuado, no pedirles consentimiento a las pacientes, es descuido del personal de salud, y ello ocasiona que la atención no se realice en los tiempos esperados, se posterguen exámenes y procedimientos, generando complicaciones en el

proceso de parto que, por falta de acompañamiento, no son detectadas e intervenidas a tiempo, situación que conlleva un incremento de los riesgos perinatales y complicaciones obstétricas (lesiones que afectan la calidad de vida e incluso muerte de la mujer). Por otra parte, la mujer pierde autonomía, la libre toma de decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad, y por ende la sensación de malestar e incomodidad en la estancia hospitalaria (16-20). Lo anterior se refleja en el testimonio de una mujer entrevistada por Oliveira y colaboradores: “Llegué, me atendieron, llamaron al médico que estaba tomando café, por poco no llega, me atendió y volvió a la cafetería a tomar café, quedé en la habitación sola, tuve eclampsia y dos veces estuve cerca de morir” (21). Estas situaciones pueden llegar a la muerte de la mujer, y a lesiones que afectan su calidad de vida (22).

“El doctor me llamó sucia y repugnante”

La violencia en la atención ginecológica y negligencia por parte de los profesionales de la salud se refleja en acciones como el no escuchar las peticiones de las mujeres, ignorarlas e invalidarlas, situaciones que se asocian a sentimientos de pánico, angustia, soledad, tristeza, vergüenza, culpa e impotencia. Las mujeres afirman que se sintieron anuladas, y por ello presentaron mayor riesgo de desarrollar cuadros de depresión, ansiedad y TEPT (23), condiciones que desencadenan desconexión entre madre e hijo, y privación de la fantasía sobre la maternidad (24, 25).

Revivir repetidamente el evento obstétrico puede provocar pesadillas, crisis de llanto, pérdida de apetito, insomnio, miedo por la salud, falta de interés en la vida, dificultades para identificar emociones, irritabilidad, cambios de humor, sentimientos de rabia hacia los demás y hacia sí mismas, tristeza, depresión y psicosis posparto. Estos síntomas pueden llevar a cuadros de ansiedad y trastornos del sueño, que, en casos extremos, según estudios, podrían derivar en intentos de suicidio. La autoestima de las mujeres se ve gravemente afectada por las humillaciones e intimidaciones

que sufren, ante las cuales tienen dificultades para defenderse debido a su situación de vulnerabilidad (13, 19).

Además, en los estudios revisados, las mujeres describieron el parto como una experiencia negativa y dolorosa (10, 11, 17). Estas situaciones generan miedo a quedar embarazadas nuevamente, tocofobia, la creación de planes de parto muy estrictos, y la solicitud de cesárea en partos futuros. También impactan directamente en cómo perciben su rol como madres: las críticas sobre su capacidad de dar a luz les genera inseguridad, y la falta de empatía hacia las madres primerizas durante la lactancia les hace dudar de su capacidad para ser madres (18). Esa percepción negativa afecta las relaciones sociales, lo que promueve el alejamiento y separación de sus propias redes de apoyo (morbilidad materna emocional) (13, 19), que deja huellas imborrables marcándolas por siempre y pone en peligro sus derechos a la vida, salud, integridad física y autodeterminación (11, 16, 18, 26-28).

Peca y Sandberg manifiestan que estas situaciones disminuyen las probabilidades de que mujeres en embarazo busquen un parto institucionalizado en su siguiente gestación, aumentando así el riesgo de morbilidad materna, problemática que se acentúa en países de medianos ingresos, en los que sentimientos de duda, miedo y temor se suman a barreras de acceso a los servicios de salud (29), aspecto que también señalan otros autores en sus investigaciones (18, 30).

Hacer Por

Es ser empáticos y tratar al otro como a uno le gustaría que lo trataran, actuar como si la persona que está viviendo el momento fuera el propio cuidador, adelantarse a las necesidades, actuar con profesionalismo poniendo en práctica las pertinentes competencias y habilidades en el actuar de enfermería y demás profesionales de la salud (8-9), es propender porque se lleve a cabo un parto respetado,

en el que no se hagan intervenciones innecesarias y que se brinde un trato digno a la mujer en todo el proceso.

No Hacer Por

Parto: Ejercicio masivo de poder

Omitir acciones e información lleva a resultados negativos en la atención en salud, y ello repercute en la estabilidad física y emocional de la paciente.

La administración excesiva de medicamentos y líquidos endovenosos puede provocar efectos colaterales: anemia, edema pulmonar, limita la producción de leche, agrietamiento de los pezones. El uso reiterado de antibióticos altera la microbiota y puede ocasionar mastitis; el uso excesivo de oxitocina produce contracciones más dolorosas. El empleo de anestesia epidural disminuye la posibilidad de un parto vaginal espontáneo, aumenta el riesgo de fiebre materna (17, 25-27, 31-32) y aumenta las tasas de cesáreas, un procedimiento de alto riesgo y doloroso, que se asocia con una mayor necesidad de antibióticos en el posparto y con el riesgo de complicaciones como infecciones puerperales, tromboembolismo, lesiones en órganos cercanos (vejiga, intestinos), histerectomía y limitación de posturas al amamantar debido a la herida. A largo plazo, también afecta negativamente los futuros embarazos, aumentando el riesgo de acretismo, rotura uterina, placenta previa y embarazos ectópicos (28, 30, 33, 34).

El uso de instrumental, los pujos dirigidos, episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, posturas inadecuadas y tactos genitales a repetición durante el parto desencadenan la pérdida del control de los esfínteres (incontinencia urinaria o fecal), desgarros, dolor perineal, fístulas obstétricas, desprendimiento de placenta, riesgo de hematoma perineal, rotura uterina, daño en la musculatura del ano, dolor costal, prolapso urogenital, dehiscencias, fracturas, contusiones, dispareunia, riesgo de pérdida de la fertilidad y

traumatismos (13, 14, 19, 33, 19, 35-39). Asimismo, cuando estos procedimientos se realizan sin el consentimiento informado, ni las indicaciones y cuidados adecuados, pueden tener repercusiones significativas en la vida sexual y reproductiva de las mujeres (17, 18, 23, 40-48).

Esto se evidencia en el informe de Las Casildas, una agrupación feminista que difunde información sobre gestación, parto, nacimiento y crianza de niños y niñas, sus estadísticas informan: “un 48,7 por ciento de las mujeres dijo haber sufrido secuelas que incluyen problemas de infertilidad, daños en el suelo pélvico, prolapso, problemas en futuros embarazos y dolores, incomodidad o dificultad emocional en relaciones sexuales” (13).

Posibilitar

Kristen Swanson hace alusión a la educación, información y herramientas que se brindan a la persona con el fin de que pueda ejercer su autocuidado de forma autónoma en pro de su bienestar y de acuerdo a las necesidades particulares que tiene cada individuo (acciones terapéuticas) (8-9). El no posibilitar el acompañamiento de sus familiares y personas cercanas a su círculo social en dicho suceso trascendental en la vida de estas personas genera consecuencias en las mujeres.

No Posibilitar

“¿De qué te quejas?”

No posibilitar el acompañamiento durante el parto, no permitirles elegir la posición deseada, y no darles la oportunidad del apego precoz ni de acceso a analgesia para el manejo del dolor, son eventos que pueden generar un trauma psicológico en las mujeres, además de ocasionar un sufrimiento insoportable, calambres en las piernas e incomodidad y desagradable dolor físico (12, 49-52), lo que se refleja en el testimonio que documenta el trabajo de Agualsaca: “el

solo hecho de separarte de tu familia para entrar a una sala de parto sola, te causa miedo, ganas de irte corriendo, las contracciones eran dolorosas y el único consuelo que escuché de una enfermera fue, ‘mamita así mismo es el proceso del parto, doloroso, es un proceso normal, pero qué se puede hacer, por los hijos se hace lo que sea’” (42).

La práctica repetitiva de tactos vaginales por distintas personas y sin consentimiento constituye una violación del derecho a la intimidad, ya que implica una intrusión no consentida en la privacidad mediante la exposición y/o revisión excesiva del cuerpo y los órganos genitales. Estas situaciones provocan ansiedad, sensación de indefensión e incomodidad en las mujeres (17, 53). Así mismo, sentimientos de culpa al ser víctimas de violencia simbólica (dominación del personal de salud hacia las mujeres: actitud de sumisión, adquirida por las mujeres) (53).

Mantener las Creencias

Swanson se refiere a entablar relación de confianza con la persona, que permita conocer las creencias, percepciones, experiencias, destrezas, habilidades y conocimientos que son importantes para la persona; orientar y garantizar un cuidado holístico a la mujer durante su proceso de trabajo de parto y parto. Vulnerar creencias de la mujer sin permitir expresión de pensamientos, sentimientos y emociones produce daños en el bienestar de la persona (8-9).

No Mantener las Creencias

“Parto o violación”

Las mujeres indígenas experimentan incomodidad durante los exámenes obstétricos, ya que no están acostumbradas a ser tocadas y examinadas por médicos varones. Es crucial llevar a cabo consultas adecuadas y empáticas con estas mujeres para evitar que se sientan asustadas (23), como se evidencia en el artículo

de Gleason, Molina y colaboradores, donde una mujer expresó su malestar: “Yo siento que él me abusó sexualmente, porque quedarse cinco minutos haciendo supuestamente tacto”. Muchas mujeres, refirieron sentirse solas y aisladas durante sus partos, ya que una de las situaciones es que el entorno difería notablemente de un parto tradicional en su comunidad indígena, donde estarían rodeadas de familia, amigos y curanderos tradicionales (23). Las mujeres fueron despojadas de su identidad y autonomía, tratadas de manera infantil y el proceso normal del parto fue medicalizado. Esto devastó sus ideas sobre sí mismas, generando sentimientos de culpa y autorreproche (43, 50, 51).

Conclusiones

Entre las principales acciones que constituyen violencia obstétrica (VO) se encontraron: trato irrespetuoso, no pedir consentimiento ni dar información sobre los procedimientos, vulneración de la intimidad, burlas, insultos, episiotomías, cesáreas innecesarias, tactos a repetición, imposición de posición para el parto, amniotomía de rutina, administración de oxitocina, revisión innecesaria de la cavidad uterina, maniobra de Kristeller y negación de analgesia.

La realización de este estudio permitió concluir que las acciones de VO desencadenan en morbimortalidad materna, clasificándose en consecuencias físicas, entre las que se destacan: infecciones, hemorragias, desgarros, alteraciones del suelo pélvico, fracturas, inversión uterina, dispareunia, lesiones, perforaciones del tracto urinario y tromboembolismo venoso. Estos procesos, sumamente dolorosos y traumáticos, ocasionan problemas psicoemocionales en la mujer, tales como trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión posparto, crisis de llanto, disminución de autoestima, pérdida del autoconcepto, ansiedad, dudas, incertidumbre, desconfianza, sentimiento de soledad, impotencia, frustración, aislamiento, problemas con su pareja, insomnio, culpa, dificultad en el vínculo afectivo madre-hijo, aumento de la estancia hospitalaria

y negación a la idea de acudir a consulta con un profesional de la salud.

Entre los principales factores de riesgo que se encontraron para que una mujer sea más susceptible de ser víctima de VO se incluyen: bajo estrato socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, menor acceso a los servicios de salud, pertenecer a una comunidad indígena y tener alguna condición de discapacidad.

Se pudo evidenciar que la VO está enmarcada en las relaciones de poder y desigualdad entre las mujeres y el personal de salud, quienes aprovechan esta autoridad para mantener controladas a las pacientes, impidiendo una interacción armoniosa, respetuosa y empática que promueva un sentido de responsabilidad mutua, como lo describe Kristen Swanson en su Teoría del Cuidado.

Se concluye que la puesta en práctica la Teoría de Swanson permite brindar un cuidado humanizado que reduzca los actos de VO. A partir de los cinco elementos de cuidado que ella propone: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias, es posible ofrecer un cuidado centrado en el bienestar físico y psicoemocional de las mujeres, sus familias y su entorno durante la etapa de trabajo de parto, parto y posparto, favoreciendo así una experiencia positiva del parto para la mujer y su red de apoyo cercana.

Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de la salud estar en constante proceso de formación y actualización de las diferentes guías, protocolos y leyes publicadas por entidades oficiales como la OMS, OPS, ONU, el Ministerio de Protección Social, y las Instituciones Promotoras de Salud, así como de la literatura científica. Esto les permitirá basar sus acciones en evidencia y ejecutar un cuidado humanizado, minimizando las consecuencias físicas y emocionales de la violencia obstétrica (VO) evidenciadas en este artículo.

Sería óptimo que próximos estudios se enfoquen en la violencia obstétrica desde la perspectiva de los profesionales de la salud, explorando sus condiciones laborales, conocimientos y opiniones sobre el tema, la ley, guías de práctica clínica y documentos sobre el parto humanizado de la OMS, entre otros. Si bien este y otros estudios relatan las situaciones de maltrato vivenciadas por las usuarias, es importante reconocer las versiones y sentimientos de ambas partes. Identificar los factores desde diferentes perspectivas ayuda a tener una visión global y más completa de esta problemática, facilitando la identificación de acciones pertinentes para combatir dichos actos.

Futuros estudios deberían orientarse hacia las acciones de cuidado que el personal sanitario podría adoptar en su práctica cotidiana para minimizar las acciones de VO. Las prácticas hacia las mujeres deben estar informadas por un constante estudio y actualización de los profesionales, basándose en evidencia científica. Esto puede llevarse a cabo mediante la propuesta de un plan de cuidados en la atención de la mujer, realizando una valoración de las principales necesidades de estas mujeres y, aunque se plantee de manera generalizada, brindando un cuidado individualizado. Además, es fundamental la divulgación de documentos publicados por entidades oficiales respecto al tema (legislación vigente sobre parto humanizado, documentos de la OMS como la guía de recomendaciones en los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, y la guía de recomendaciones para la conducción del trabajo de parto) que permitan identificar las acciones pertinentes y las que se desaconsejan.

A partir de lo expuesto, y de la Ley 2244 del 11 de julio de 2022 en el caso colombiano, es crucial educar a las mujeres, familias, y al personal de salud, tanto del área de cuidado directo como al personal administrativo de las instituciones de salud, brindando información sobre el tema. Esto permitirá a todos detectar acciones de VO, tomar acción y denunciar cuando se sientan víctimas, y

reconocer las sanciones para quienes sean responsables de este tipo de violencia contra las mujeres.

La experiencia de gestar y traer una persona al mundo es maravillosa, especialmente cuando se ha deseado el embarazo, sin embargo, está permeada por múltiples situaciones, una de ellas es la atención del parto. Esta situación quedará registrada en la memoria de la mujer, ahora madre, y será clave para el reconocimiento y confianza en los profesionales de la salud y de enfermería. Es importante, como cuidadores profesionales, sensibilizarnos y capacitarnos frente a la atención del parto humanizado, priorizar la escucha y ejercitarnos en la empatía. La Ley 2244 de 2022 reconoce y garantiza los derechos de la mujer durante el parto, trabajo de parto y posparto; pero sin voluntad y compromiso por parte de los profesionales de la salud y de enfermería será difícil dejar memorias de experiencias satisfactorias para las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias.

Referencias

1. OMS. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. Who.int. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Boletín estadístico: violencia en la atención obstétrica [Internet]. Gob.mx. 2019. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf
3. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México [Internet]. Org.mx. 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Mortalidad Materna [Internet]. Gov.co. 2017. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>

5. OMS. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. OPS. Salud en las Américas [Internet]. Paho.org. 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
7. Min Salud. Análisis de la Situación de Salud, ASIS Colombia [Internet]. Gov.co. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>
8. Mosquera IC. Percepciones sobre VO de mujeres durante su trabajo de parto, parto y puerperio en la Institución ESE Norte I [Internet]. 2018. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/2891>
9. Garzón PM, Izquierdo MR, Pascual CY. Teoría de Kristen M. Swanson vinculada al cuidado del cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Cuba Enf.* 2020;36(4):1-24.
10. Gómez M. Curso de sensibilización para prevenir la violencia obstétrica, dirigido al personal de salud y estrategias informativas para las adolescentes embarazadas en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz” [Internet]. 2018. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/69421>
11. Hernández-Bello Z. La experiencia de violencia obstétrica en mujeres adultas puertorriqueñas: Un estudio fenomenológico desde una perspectiva de género [Internet]. *Rev Car Psi.* [Citado 2022 jun 12]. 2020;4(3): 259-271. doi: <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4847> Disponible en: <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4847/4507>.
12. Vallana V. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud.* [Citado 2022 jun 10]. 2019;17(especial):128-144. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

13. Pacheco LF. Importancia del entorno en el parto humanizado: una revisión bibliográfica. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2021.
14. Naula JW, Rodríguez MA. Repercusión psicológica que produce la episiotomía en nulíparas de 15 y 19 años en el Hospital Universitario de Guayaquil. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2020.
15. Crespo DN, Sánchez BM, Domínguez DP. Violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto [Internet]. 2018;3(7):347-61. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>
16. Chávez ML, Sánchez NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. Rev col San Luis [Internet]. [Citado 2022 jun 12]. 2018;8(16):103-19. doi: <http://dx.doi.org/10.21696/rcsl9162018769>.
17. Juanicotena MF. Violencia obstétrica: percepciones de mujeres sobre sus experiencias de parto y nacimiento de sus hijos en Maternidades de Montevideo [Internet]. Edu.uy. 2019 Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23031/1/Juanicotena%20Mela%20c%20Mar%20c3%20ada%20Sof%20ada.pdf>.
18. Vásquez AL, Ayesta CB. Violencia obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - 2016. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2017.
19. Salinero S, Cárdenas M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. [Citado 2022 jul 17]. 2021;81(03):226-38. doi: <http://dx.doi.org/10.51288/00810306>
20. Armijo CC. Acompañamiento durante la labor de parto en gestantes atendidas en Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome. Tesis [Internet]. Universidad de Guayaquil. 2019. [Citado 2022 jun 15]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42245>

21. De Oliveira TR, Costa REO, Monte NL, De Moura JM, Da Rocha MÍM. Percepción de mujeres sobre violencia obstétrica. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. [Citado 2022 jul 22]. 2017;11(1):40-6. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876>
22. Polo VN, Segura VJ. Análisis de la fundamentación del caso No. 904-12-jp/19 de la Corte Constitucional sobre negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica. Tesis [Internet]. Universidad de Guayaquil. 2020-06. [Citado 2022 jun 22]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/50720>
23. Gleason EG, Molina DP, López JM, Mejía CM. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colect* [Internet]. [Citado 2022 jun 20]. 2021;17:e3727. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v17/1851-8265-sc-17-e3727.pdf>
24. García Gamarra VE. Violencia obstétrica y apego en madres primerizas del Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. Tesis [Internet]. 2021. [Citado 2022 jun 20] Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/26832>
25. Pupiales A. Violencia obstétrica y cuidado de enfermería durante el proceso de parto en pacientes atendidas en el hospital San Luis de Otavalo. Tesis [Internet]. Universidad Técnica del Norte. 2021. [Citado 2022 jun 28]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11759>
26. Pineda C, Valdez AJ. Violencia obstétrica. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2020.
27. Mazuera Ayala P. Violencia obstétrica: reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi et Iudicandi*. [Internet] 2021, jul-dic;16(2):1-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560269078007>
28. Rodríguez MA. Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

- Anu Estud Centream [Internet]. 2018; [Citado 2022 jun 28.44]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/34187>
29. Peca E, Sandberg J. Modeling the relationship between women's perceptions and future intention to use institutional maternity care in the Western Highlands of Guatemala. *Reprod Health* [Internet]. 2018;15(1):9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0448-5>
 30. Gutiérrez Y. No le vengas con cuentos a quien sabe de historias: Testimonios que retratan la violencia contra las mujeres en Chile. Tesis [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile. 2021. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/185647>
 31. Márquez González YM. Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León. Tesis [Internet]. Monterrey, Nuevo León: Tecnológico de Monterrey. 2020. Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/648366>
 32. Martínez B. Comparación de los resultados maternos y perinatales obtenidos con los modelos de parto amigable y convencional en pacientes de bajo riesgo atendidas en el Hospital Regional Materno Infantil. Tesis [Internet]. Monterrey, Nuevo León: Tecnológico de Monterrey. 2021. [Citado 2022 jul 26]. Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/643609>
 33. Alava AA, Gaspar MP. Negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica causada en el hospital del IESS de la ciudad de Machala. Tesis [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2021-10. [Citado 2022 jul 18]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/57950>
 34. Álvarez Zapata, EA, González Hernández LM, Jiménez Arango NB, Zuleta Tobón JJ. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. [Citado 2022 jul 18]. 2019;70(2):103-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1952/195260576004/195260576004.pdf>

35. González JA, Suárez GA. Violencia obstétrica por parte del personal de salud revisión sistemática 2000–2016. Tesis [Internet]. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública. 2017. [Citado 2022 jul 24]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76147>
36. Becerra N, Failoc E. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Rev cubana Obstet Ginecol* [Internet]. [Citado 2022 jul 22]. 2019; 45(2):e331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004&lng=es
37. Pantoja JJ. Maniobra de Kristeller: ¿ayuda al nacer? Su impacto psicológico en la vida reproductiva de las mujeres en Santiago de Cali y ciudades aledañas. *Rev Colomb Salud Libre*. 2017;12(2):40-8.
38. Núñez AC. Episiotomía y sus complicaciones en el Puerperio. Tesis [Internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42272>
39. Palma GG. Violencia obstétrica en el trabajo de parto. Tesis [Internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/61458>
40. Benítez Y, Verdecia M. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. *CCH Correo Cient Holguín* [Internet]. [Citado 2022 jul 20]. 2017;21(2):583-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200025
41. Camacaro M, Arismendi M, Orellana E, Pinto M, Naranjo M. Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina. *Revista Inclusiones* [Internet]. [Citado 2022 jul 22. 2019];6 (número especial):14-35. Disponible en: <http://revistainclusiones.org/pdf5/SPECIALJULY-SEPTEMBER2019/2A.VOL6-NUMEROESPECIAL-JULIO-SEPTIEMBRE-2019-REVINCLUS.pdf>
42. Agualsaca Alarcón JA. Normalización de la violencia obstétrica en la atención médica del Ecuador. Tesis [Internet]. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador. 2021. [Citado

- 2022 jul 28]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/17514>
43. Salinero SM. “Fue un terremoto”. Violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate Fem* [Internet]. [Citado 2022 jul 20]. 2021;62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>
 44. Valdebenito J. Representaciones sociales de mujer según gestantes, parturientas y puérperas que vivieron experiencias de violencia obstétrica. Tesis [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2018. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/182538>
 45. Mejía CM, Zapata LF, Molina DP, Arango JD. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín public network. *Invest Educ Enferm* [Internet]. [Citado 2022 jul 25]. 2018;36(1):e03. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100003&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
 46. Lavanderos S, Díaz C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2022;86(6). Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v86n6/S0717-75262021000600563.pdf>
 47. Quintero MM. Percepción de la parturienta acerca del tacto vaginal en el área de parto en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de enero a julio 2018. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Tesis [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42016>
 48. Domínguez D, Sánchez B. Percepción de las usuarias sobre la atención obstétrica recibida en los hospitales de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Tesis [Internet]. [Citado 2022 jul 25. 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31609>
 49. Crespo DN, Sánchez BM, Domínguez DP. Violencia obstétrica como elemento deshumanizador [Internet]. [Citado 2022 jul 24.

2018];3(7):347. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>

50. Carvalho IDS, De Brito RS. Formas de violencia obstétrica vivenciadas por puérperas. *Enferm Global* [Internet]. [Citado 2022 jul 26]. 2017;16(3):71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/en_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf
51. Castrillo B. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019). *Edu. ar* [Internet]. 2019. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/78629/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Sosa IA. Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades* [Internet]. [Citado 2022 jul 26]. 2018;28(55):87-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v28n55/2448-850X-alte-28-55-87.pdf>
53. Jojoa E, Cuchumbe YD, Ledesma JB, Muñoz MC, Paja A, Suárez JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. [Citado 2022 jul 29] 2019;51(2):136-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v51n2/0121-0807-suis-51-02-135.pdf>

Covid 19, impacto en la salud mental de profesionales en salud: revisión de la literatura

COVID 19, impact on the mental health of health professionals: literature review

Nubia Esperanza Hernández Bernal*

Sonia Alejandra Molano Gaitán**

Aura María Parada Herrera***

Resumen

El presente trabajo busca pretende hacer una revisión de la literatura acerca de los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los profesionales de salud. Para ello se realizó una investigación a través de la base de datos Scopus, y se estableció la exploración en el idioma inglés. El algoritmo inicial para la búsqueda recogió como palabras clave: *mental health*, *health professionals*, *COVID 19 pandemic* e *impact*. A partir de este se ordenó

* Enfermera, Magíster en Enfermería, Universidad de La Sabana. Grupo de investigación: Calidad y Cuidado en Enfermería. Docente programa de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia <http://orcid.org/0000-0003-1506-9062>. Correo-e: nubia.hernandez01@uptc.edu.co

** Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia <https://orcid.org/0009-0001-3292-5257>. sonia.molano01@uptc.edu.co

*** Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia <https://orcid.org/0009-0009-5212-3508>. aura.parada01@uptc.edu.co

la búsqueda por relevancia; y se efectuó la selección de textos por la relación del título y la concordancia del resumen con la temática. Se obtuvieron 55 documentos a los cuales se les realizó un análisis bibliométrico. Los resultados muestran que el año 2021 fue el de mayor publicación, cuando se destacan Italia y España con la mayor producción escrita sobre esta temática. La mayoría de los artículos están publicados en inglés y son estudios de tipo cuantitativo. Entre las manifestaciones más importantes se encuentran la ansiedad y depresión seguidas del estrés y *burnout*, siendo las mujeres las más afectadas. Esto muestra la importancia de dar visibilidad, proponer acciones y actuar sobre la salud mental de los profesionales que han estado atendiendo la emergencia sanitaria, así como continuar estudiando los efectos en la salud mental a mediano y largo plazo.

Palabras clave (DeSC): COVID-19, personal de salud, salud mental

Abstract

To conduct a literature review on the effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of health professionals. A desktop research was conducted through the Scopus database and the exploration was established in the English language. The initial algorithm for the search included the following keywords: mental health, health professionals, COVID-19 pandemic and impact. From this, the search was ordered by relevance; and the selection of texts was made according to the relation of the title and the concordance of the abstract with the subject. A bibliometric analysis was performed on 55 documents. The results show that the year 2021 was the year of greatest publication, highlighting the countries of Italy and Spain with writing on this topic. Most articles are published in English and are of quantitative type. Among the most important manifestations are anxiety and depression followed by stress and Burn Out, with women being the most affected. This show the importance to give visibility, propose actions and act on the mental health of professionals who have been attending the health emergency, as well as to continue studying the effects on mental health in the medium and long term.

Keywords (DeSC): COVID-19, health professionals, mental health

Introducción

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la epidemia de COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, la cual fue posteriormente anunciada como pandemia por el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS (1). Para el 17 de octubre de 2021, alrededor de 4,9 millones de personas habían fallecido en el mundo como consecuencia de la COVID-19 (2), lo que significaba un reto enorme para los profesionales de la salud, directamente involucrados en la atención a pacientes. La rapidez de propagación del virus causó un importante número de casos en poco tiempo, además de una mínima información disponible en el momento, lo que influyó en la manera como se determinaron acciones de cuidado y una atención efectiva. Igualmente, el desconocimiento de un tratamiento generó que el personal de salud se sometiera a largas jornadas de trabajo, y con esto a la aparición de manifestaciones clínicas como ansiedad, depresión, estrés y otras afectaciones de salud mental (3). Con estos argumentos, el presente estudio tuvo como propósito realizar una revisión de la literatura acerca de los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los profesionales de la salud.

Metodología

Se hizo una revisión de la literatura de manera organizada a través de la base de datos Scopus, cuya elección se dio con base en la compatibilidad para el análisis mediante el paquete Bibliometrix, el cual es una herramienta de código para la investigación cuantitativa en cienciometría y bibliometría, a partir de la importación de grandes conjuntos de datos que genera análisis bibliométricos estructurados y construye matrices de datos (4).

Se estableció la exploración en inglés por ser idioma relevante en términos de producción científica y la novedad del tema a indagar (67); así, el algoritmo inicial para la estrategia de búsqueda recogió como palabras clave: *mental health*, *health professionals*,

COVID 19 *pandemic e impact*, cuyo resultado arrojó un total de 792 documentos, de los cuales se limitó posteriormente la búsqueda de documentos de acceso abierto publicados entre los años 2020 y 2021 en las áreas de medicina, enfermería, profesiones de la salud y multidisciplinaria, así como documentos tipo artículo en idioma inglés, español, francés y portugués; de lo cual se obtuvo un total de 444 artículos correspondientes al siguiente algoritmo:

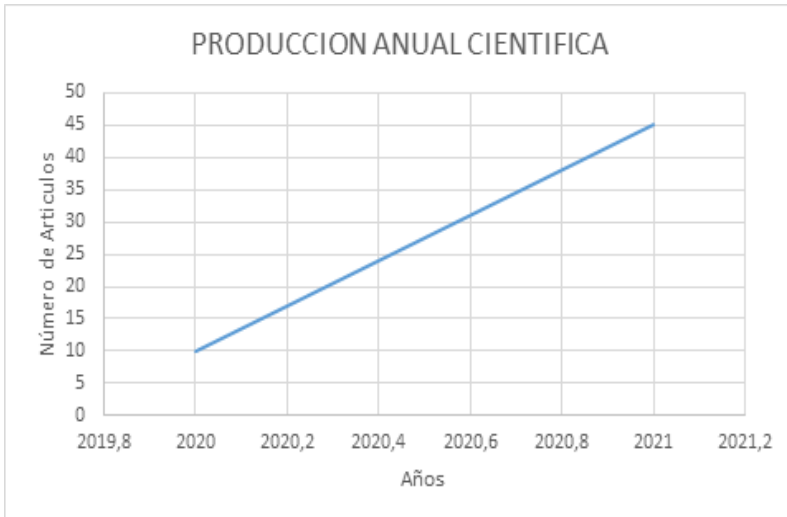
```
(TITLE-ABS-KEY(mental AND health) AND TITLE-ABS-KEY ( health AND professionals ) AND TITLE-ABS-KEY ( covid 19 pandemic ) AND TITLE-ABS-KEY ( impact ) ) AND ( LIMIT-TO ( OA , “all” ) ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2021 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2020 ) ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , “ar” ) ) AND ( LIMIT-TO ( SUBJAREA , “MEDI” ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , “NURS” ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , “HEAL” ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , “MULT” ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , “English” ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , “Spanish” ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , “French” ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , “Portuguese” ) ) AND ( LIMIT-TO ( SRCTYPE , “j” ) )
```

A partir de este se ordenó la búsqueda por relevancia; se continuó con la selección de textos mediante 1. La relación del título y 2. La concordancia del resumen con la temática; finalmente, se obtuvieron 55 documentos en Scopus con los cuales se realizó un análisis bibliométrico.

Resultados

La totalidad de los documentos obtenidos fue de 55 artículos; la producción científica anual para el año 2020 fue de 10 artículos, mientras que para el 2021 fue de 45, en lo que se observa un crecimiento exponencial que hace evidente la importancia de la temática a tratar (figura 1). El promedio de citas de artículos por año para el 2020 es de 14,2 y 5,3 para el 2021 (figura 2):

Figura 1. Producción científica



Fuente: Elaboración propia a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Figura 2. Promedio de citas por año



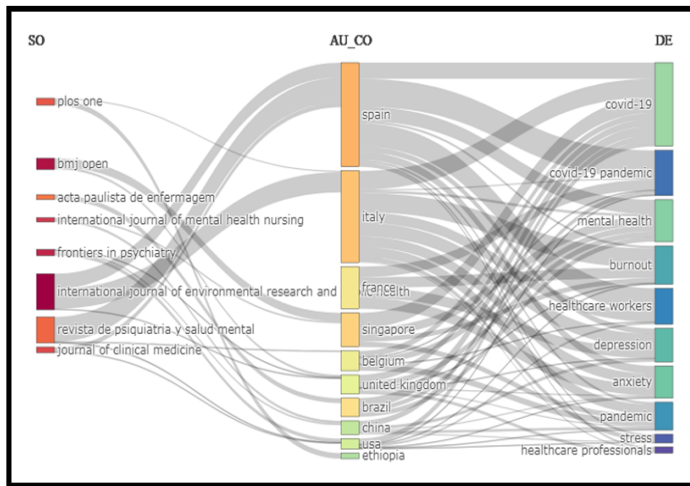
Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Se realizó un gráfico en tres campos (figura 3) conformado por diez elementos cada uno. En el primer campo, ubicado a la izquierda, se encuentran las fuentes; en el segundo, ubicado en el medio, están los países que más se abordan en los documentos; y en el último, campo derecho, están las palabras claves. Las fuentes están concentradas en los países de España, Italia y Singapur, los cuales se relacionan con las diez palabras claves identificadas por el algoritmo generado: COVID-19; *pandemic* (pandemia); COVID-19 *pandemic* (COVID-19 pandemia); *mental health* (salud mental); *Burnout*; *Anxiety* (ansiedad); *depression* (depresión); *healthcare workers* (trabajadores de la salud); *stress* (estrés); *healthcare professional* (profesionales de la salud), las cuales se repiten cada una según el orden antes mencionado así (tabla 1):

Tabla 1. Apariciones de las palabras clave identificadas por el algoritmo

Palabra clave	Apariciones
COVID-19	8
Pandemic	7
COVID-19 pandemic	6
Mental health	6
Burnout	6
Anxiety	6
depression	5
healthcare workers	4
stress	4
Healthcare professional	3

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Gráfico tres campos

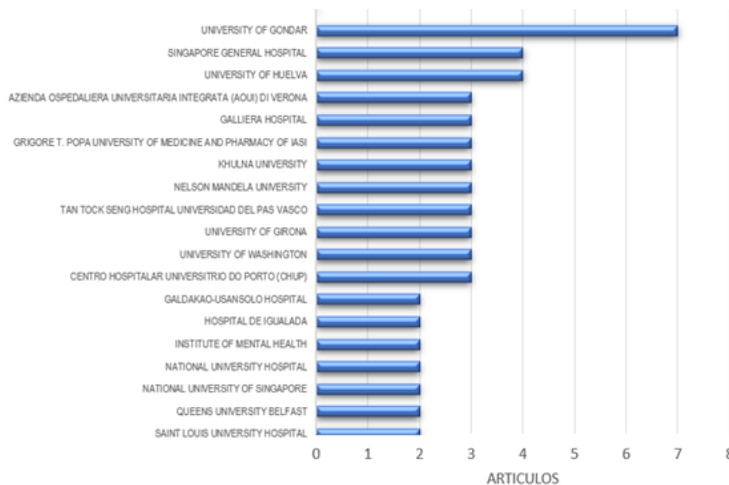
Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Los 55 artículos seleccionados en esta investigación se encontraron en 32 fuentes diferentes (figura 4); entre estas, se identificó que la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health* es la más importante de nuestra investigación, con 17 artículos publicados, es una “revista interdisciplinaria, de acceso abierto que publica semestralmente. Se centra en las ciencias ambientales, ingeniería, salud pública, salud ambiental, higiene ocupacional, investigación en economía de la salud y la salud global” (5). Seguida de la revista *BMJ OPEN* con 3 artículos publicados, revista médica que aborda la investigación en medicina clínica, salud pública y epidemiología” (6). Finalmente, las revistas *Frontiers in Psychiatry*, *International Journal of Mental Health Nursing*, *Journal of Clinical Medicine*, *Plos One*, *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, cada una con 2 artículos publicados. Las demás fuentes relacionaron 1 documento cada una.

cuatrocientos diecinueve (419) autores restantes comparten autoría de los manuscritos; de la misma forma, para esta bibliometría no hay autores más relevantes, puesto que no hay ningún autor que haya escrito más de un artículo con respecto a la temática tratada. Por otra parte, el índice de colaboración de autores es de 7,76, en donde, hay 0,131 documentos por autor y 7,64 autores por documento, es decir, hay más autores que documentos.

En lo que respecta a las afiliaciones (figura 5), se destaca la Universidad de Gondar con 7 artículos publicados, el Hospital General de Singapur con 4 artículos, la Universidad de Huelva con 4 artículos, seguido de la Compañía Hospitalaria Universitaria Integrada (AOUI) de Verona, Hospital de Galliera, Universidad de Medicina y Farmacia Grigore T. Popa de Iasi, Rumania, la Universidad de Khulna, la Universidad Nelson Mandela, el Hospital Tan Tock Seng, la Universidad del País Vasco, la Universidad of Girona, la Universidad de Washington y el Centro Hospitalario Universitario de Porto, cada institución con 3 artículos publicados.

Figura 5. Afiliaciones más relevantes



Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Como se muestra en la figura 6, Italia y España son los países con mayor número de publicaciones relacionadas al tema para los años analizados, y que además resaltan por contar con participación de autores de otros países y en concreto haber realizado colaboraciones con países como Canadá y Estados Unidos. Es de resaltar que Italia fue uno de los países europeos más afectados por la pandemia por coronavirus, desde la confirmación de los primeros casos entre finales de enero e inicios de febrero del 2020, con la consecuente multiplicación de casos confirmados, que en su momento lo hizo el país con el mayor número de contagios en Europa, seguido de España; y que en conjunto sumaron más de un tercio del total de casos en el mundo, situación que se tornó más compleja con la insuficiencia de profesionales de salud para la atención de la emergencia y el agotamiento de quienes hacían frente a la situación, lo que explicaría el interés de estos países por el estudio de las experiencias y las consecuencias en salud mental para aquellos trabajadores sanitarios que se enfrentaron de manera directa a la COVID-19.

Figura 6. Producción científica por país

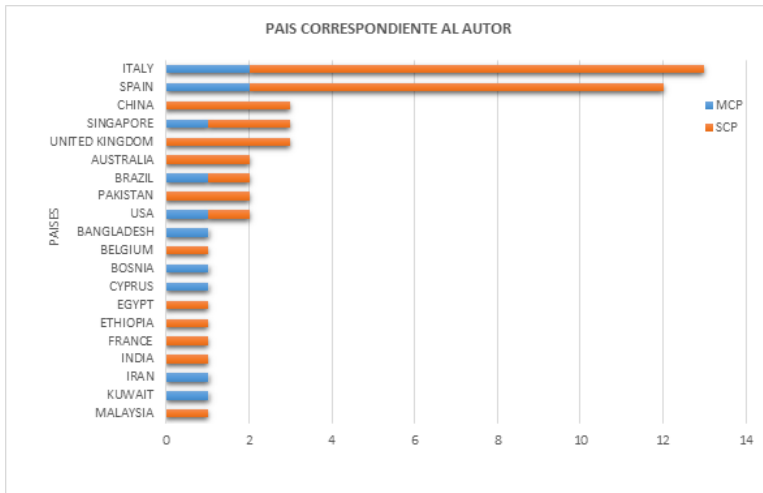


Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Se puede observar que la relación existente entre la cantidad de autores y los países es proporcional, puesto que es en los países con mayor producción de literatura en donde se concentra el mayor porcentaje de autores (figura 7). Así como son otros los autores que

realizaron estudios en países de los cuales no son nacionales, como Bangladesh, Bosnia, Chipre, Irán y Kuwait, y por el contrario otros quienes se concentraron en analizar la problemática en su país natal, destacándose China, Reino Unido y Australia.

Figura 7. País correspondiente al autor



Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Con 161 citaciones, Italia lidera la lista de países con mayor número de citaciones, seguido de España con 138 y Pakistán con 67 citaciones. En esta lista se encuentran países que sobresalen por ser los mayores productores de ciencia en esta línea temática en el mundo, como Italia, España, Irán, Estados Unidos, Reino Unido, China y Francia, mientras que los documentos de otros países, como Australia, Bosnia, Egipto y Etiopía, a hoy no han sido citados, muy probablemente por ser regiones con poco bagaje en el ámbito científico (figura 8).

Figura 8. Países más citados



Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

En la figura 9 se muestran los 10 documentos más citados a nivel global, encabezados por el de Buselli et al. con 62 citaciones, quien en su estudio “Calidad de vida profesional y salud mental de los trabajadores sanitarios expuestos al Sars-Cov-2 (COVID-19)” expone que ser trabajador de primera línea en UCI representa un factor de riesgo potencial para la ansiedad (7)and Italy represented the first European country involved. Healthcare workers (HCWs. Por su parte, Trumello et al., con 43 citaciones, soporta lo anterior al encontrar en los resultados de su estudio “Ajuste psicológico del personal sanitario en Italia durante la pandemia de COVID-19: Diferencias en el estrés, la ansiedad, la depresión, el agotamiento, el trauma secundario y la satisfacción por compasión entre los profesionales de primera línea y los que no lo son” (8) niveles significativos más altos de estrés, agotamiento, trauma secundario, ansiedad y depresión entre los profesionales que trabajan con pacientes COVID-19. Tal como lo exponen estos autores, cada uno de los documentos en la lista abordan las principales manifestaciones

experimentadas por los profesionales de la salud durante la pandemia por COVID-19, en especial aquellos que entraron en contacto directo con pacientes confirmados para el virus, entre las que se resaltan la ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño.

Figura 9. Documentos más citados a nivel global



Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometría.

Se evidencia en la figura 10 los artículos más citados a nivel local, es decir, los documentos que han tenido mayor impacto entre el grupo de los 55 artículos seleccionados; son “Calidad de vida profesional y resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos al sars-cov-2 (COVID-19)” de Buselli et al. (7), en el que las mujeres mostraron mayor trastorno secundario que los hombres, mientras que el personal de primera línea y los asistentes sanitarios informaron de mayor satisfacción por compasión que el personal de segunda línea y los médicos y héroes frágiles; y “El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en el personal sanitario de Italia”, de Conti et al., en el que explora el estado de salud mental y las necesidades de atención psicológica de 933 trabajadores sanitarios en Italia durante el brote de COVID-19, y en donde se muestra que el malestar psicológico, la ansiedad,

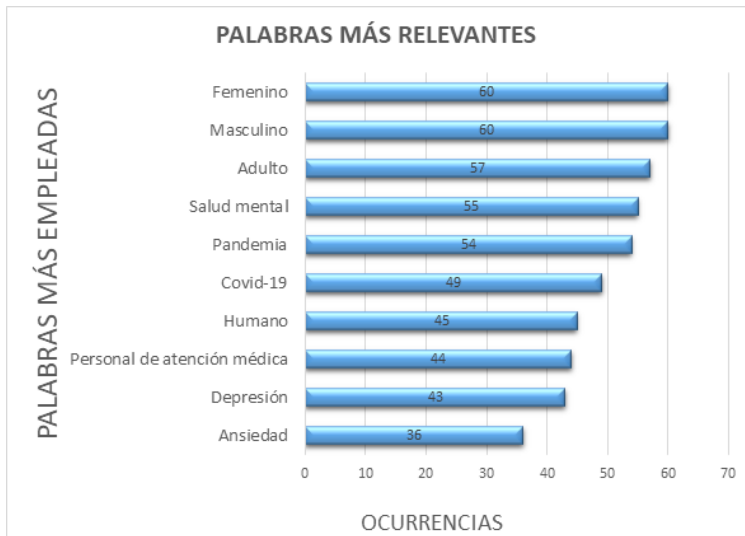
la depresión y el hecho de ser mujer contribuyen a explicar la necesidad de atención psicológica para estos trabajadores (9).

Figura 10. Documentos más citados a nivel local



Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

En cuanto a las palabras más relevantes (figura 11), los términos *female* y *male* se encontraron un total de 60 veces (5%) cada una, lo que indica la existencia de una diferenciación por sexo en la literatura encontrada, un aspecto que puede ser importante a la hora de analizar los resultados; seguido el termino *adult* se encuentra un total de 57 veces (5%), *mental health* un total de 55 veces (5%), *pandemic* 54 veces (5%) y COVID-19 un total de 49 veces (4%).

Figura 11. Palabras más relevantes

Fuente: Elaboración a partir de Scopus y análisis en Bibliometrix.

Se evidenció que la mayoría de los artículos estaban escritos en inglés (tabla 3), lo cual se puede explicar como algo debido a la novedad del tema. Además, el idioma permite mayor visibilidad, por consiguiente una mayor cantidad de lectores, y aumenta la probabilidad de ser citados (4)

Tabla 3. Idioma de los artículos

IDIOMA	CANTIDAD
Inglés	52
Español	2
Portugués	1

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de artículos son estudios cuantitativos en los que se usó frecuentemente el estudio transversal, seguido de los estudios cualitativos (tabla 4).

Tabla 4. Tipo de estudio

TIPO DE ESTUDIO	CANTIDAD
Estudios cuantitativos	42
Estudios cualitativos	9
Estudios mixtos	3
Otro (artículo de revisión)	1

Fuente: Elaboración propia.

En referencia a los métodos, la mayoría de estudios cuantitativos utilizaron encuestas, escalas e instrumentos autoadministrados, es decir, son completados por el encuestado sin presencia del investigador (tabla 5):

Tabla 5. Instrumentos más utilizados

NOMBRE	AUTOR	DIMENSIONES
Instrumento Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7)	Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke	Evalúa los síntomas de ansiedad generalizada de los participantes; consta de siete ítems para medir la frecuencia de los síntomas de ansiedad durante las últimas dos semanas, en una escala Likert de 4 puntos que va de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días). La puntuación total oscila entre 0 y 21; el aumento del número de puntuaciones indica consecuencias más graves de ansiedad (6, 8, 9-10, 11-20).

NOMBRE	AUTOR	DIMENSIONES
Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)	Robert J. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke	Evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos; consta de nueve ítems, evalúa la presencia de síntomas durante las últimas dos semanas, usa una escala Likert de 4 puntos, se pide a los sujetos que califiquen la frecuencia con la que se produjo cada síntoma: 0 (nada), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) o 3 (casi todos los días). La puntuación total del PHQ-9 va de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 27 (síntomas depresivos más graves); los puntos de corte (PC) de 5, 10, 15 y 20, representando los niveles de síntomas depresivos como leve, moderado, moderadamente severo y severo (6, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18,19).
Inventario de <i>Burnout</i> de Maslach-Encuesta de Servicios Humanos (MBI-HSS)	Maslach & Jackson	Se compone de 22 preguntas que evalúan los síntomas en las tres dimensiones del <i>burnout</i> : agotamiento emocional (EE), la sensación del sujeto de estar saturado emocionalmente por el trabajo (0-18 para el nivel bajo, 19-26 para el nivel medio y 27-54 para el nivel alto), despersonalización (DP) que implica una respuesta fría e impersonal hacia los pacientes (nivel bajo oscila entre 0-5, el nivel medio entre 6-9 y el nivel alto entre 10-30) y falta de realización personal (PA) auto percibida, la cual engloba los sentimientos de competencia y eficiencia en el trabajo (nivel bajo entre 0-33, un nivel medio 34-39, nivel alto entre 40-56); cada respuesta se puntuó en una escala de Likert de 7 puntos, que representa la frecuencia de los síntomas (que iba de 0 = nunca a 6 = todos los días) (16, 20-26).

Fuente: Elaboración propia.

La muestra en varios estudios está conformada por una cantidad mayor de mujeres que hombres (tabla 6):

Tabla 6. Diferenciación por sexo

AUTOR	ARTÍCULO	MUESTRA	% MUJERES	% HOMBRES
Li-Qun X et al. (28)	Ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios de primera línea durante el brote de COVID-19	309	97,4%	2,6%
Cena L et al. (22)	Estados de salud mental experimentados por el personal sanitario perinatal durante la pandemia de COVID-19 en Italia	195	92,8%	7,2%
Del Pozo-Herce P et al. (29)	Impacto psicológico en los profesionales de enfermería del Servicio Riojano de Salud (España) por el virus SARS-CoV-2	605	91,9%	8,1%
Van de Venter R et al. (37)	Ansiedad y miedo relacionados con el coronavirus entre los radiógrafos de diagnóstico sudafricanos que trabajan en el entorno clínico durante la pandemia	248	89,9%	10,1%

AUTOR	ARTÍCULO	MUESTRA	% MUJERES	% HOMBRES
Martín J et al. (14)	Evaluación de la salud mental de los profesionales sanitarios en la era del COVID-19. ¿A qué condiciones de salud mental se enfrentan nuestros trabajadores sanitarios en la nueva ola de coronavirus?	2089	80,87%	19,13%
Subhas N et al. (13)	Las relaciones transversales del miedo y el estrés de la COVID-19 con el malestar psicológico entre los trabajadores sanitarios de primera línea en Selangor, Malasia.	286	80%	20%
Martínez-López JÁ et al. (24)	Impacto psicológico de las urgencias del COVID-19 en los profesionales sanitarios: incidencia del <i>burnout</i> en el periodo más crítico en España	157	79%	21%
Luo D et al. (18)	Estado de salud mental del público en general, de los proveedores de atención sanitaria de primera línea y de los que no están en primera línea en la fase inicial de COVID-19	3064	75,8%	24,2%

AUTOR	ARTÍCULO	MUESTRA	% MUJERES	% HOMBRES
Chan L et al. (30)	Impacto psicológico de la exposición repetida a epidemias en los trabajadores sanitarios: resultados de una encuesta en línea de un personal sanitario expuesto tanto al SARS (síndrome respiratorio agudo severo) como al COVID-19	3616	74,5%	25,5%
Maestro D et al. (31)	Pandemia de COVID-19: Un reto para los profesionales de la salud y la evaluación de los síntomas de ansiedad	180	73,9%	26,1%
Gago-Valliente F-J (27)	Agotamiento emocional, despersonalización y salud mental en enfermeras de Huelva: un estudio transversal durante la pandemia de SARS-CoV-2	318	73,6%	26,4%
Stubbs J et al. (32)	Cambios perjudiciales para la salud y el bienestar de los trabajadores sanitarios en un hospital australiano COVID-19	433	71,6%	28,4%

AUTOR	ARTÍCULO	MUESTRA	% MUJERES	% HOMBRES
Buselli R et al. (7)	Calidad de vida profesional y resultados en salud mental en profesionales de la salud expuestos al SARS-CoV-2 (Covid-19)	266	68,9%	31,7%
Pereira J et al. (22)	<i>Burnout</i> entre los radiógrafos portugueses durante la pandemia de COVID-19	386	68,7%	31,3%
González-Mesa E et al. (19)	Efectos de la pandemia de SARS-CoV-2 en la salud mental de los especialistas en ginecología y obstetricia españoles: un estudio a nivel nacional	220	68,1%	31,9%

Fuente: Elaboración propia.

Ansiedad y depresión, las mayores afectaciones para el personal sanitario

La ansiedad se menciona en 34 artículos y la depresión en 25; por otra parte, las dos manifestaciones en conjunto se encuentran en 13 artículos; en estos últimos se halló que en un 53,84% la ansiedad es mayor a la depresión entre los participantes (13, 24, 25, 32, 33, 34) mientras que en el 46,15% se encontró que la depresión es mayor a la ansiedad (10, 15, 17, 27, 35, 36).

La ansiedad es considerada como un estado emocional desagradable, que incluso genera afectaciones fisiológicas y de comportamiento equivalentes a las ocasionadas por el temor. En el estudio de Erquicia et al. se encontró que un 71,6% de los profesionales de la salud participantes experimentó algún nivel de ansiedad (37). Hallazgos similares a los de otros estudios en los que un porcentaje

significativo del total de la muestra presentaba síntomas de ansiedad o algún índice de ansiedad tras el análisis de las escalas aplicadas (10, 13, 16-19, 24, 25, 27, 29, 36, 37, 39-43).

Ahora bien, la Organización Panamericana de la Salud define la depresión como una enfermedad común pero grave que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (45). Se evidenció en varios artículos la presencia de esta enfermedad (7, 10, 13, 15, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 33, 34, 36, 43, 45).

Por ejemplo, de una muestra de 748 participantes en el estudio de Fteropoulli T et al. un 69,9% experimentó depresión (35). Así mismo, Moitra M. et al. revelaron que en el período de brote de la pandemia los síntomas de depresión tuvieron un aumento significativo (47).

Entre las condiciones asociadas a la ansiedad y depresión, las que más resaltan son: ser mujer, enfermero o enfermera, trabajar en UCI, estar en contacto directo con pacientes con COVID-19, falta de equipos de protección personal, miedo a contagiarse y contagiar a otros, la disminución del personal sanitario por contagios, aumento de la carga laboral, trabajo por turnos y en instituciones privadas, los protocolos estrictos, incertidumbre financiera, haber tenido un trauma reciente no relacionado con la pandemia (7, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 24, 25, 32, 33, 37, 39, 43, 45-48, 56, 61-66).

De los 34 artículos en los que se menciona la ansiedad, un 23,5% hicieron una clasificación de los síntomas en leves, moderados y graves, al igual que el 28% de los 25 artículos en los que se habla de depresión (16, 19, 27, 30, 32, 35, 36).

En concordancia, los resultados reflejaron que para el caso de ansiedad los síntomas moderados a graves eran los más significativos; sin embargo, para la depresión, los síntomas leves sobresalieron.

Estrés

El estrés, entendido como reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante (49), acorde con los estudios analizados ha sido una de las manifestaciones mayor presentadas por los profesionales de salud a lo largo de la pandemia por COVID-19.

Es así que diversos estudios revelaron que un gran número de profesionales de la salud han experimentado estrés durante la emergencia sanitaria (7, 12, 59, 19, 22, 23, 38, 35, 36, 50, 51). Por un lado, en el estudio de Ong J et al. el 66,6% declararon experimentar estrés importante en relación con la pandemia (21) Dosil M et al. encontraron que el 46,7% de una muestra de 421 profesionales de la salud indicaron sufrir estrés (34), cifra que para el caso de Vanhaecht K et al. fue de 57,5% durante COVID-19 en relación a un 25,1% en circunstancias normales (53). Del Pozo H et al, hallaron que los profesionales más jóvenes y con menos experiencia presentaron mayores niveles de estrés en comparación con los que tienen más de cinco años de experiencia (29).

Por otro lado, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se encontró en 5 de los 55 artículos revisados; este tipo de trastorno se define por la exposición a un acontecimiento traumático, que trae como consecuencia un cuadro sintomático derivado de dicha experiencia (8, 17, 24, 43, 63). En un estudio con una muestra de 3.064 personas se encontró, tras la aplicación de un cuestionario específico, que un 68,8% de los participantes presentaban TEPT (17). De igual manera, en el estudio de Eftekhar Ardebili M et al. se evidenció una etapa final en que los trabajadores sanitarios se empezaban a adaptar a las condiciones de trabajo de la pandemia, sin embargo continuaban con miedos y preocupaciones, de forma

tal que volvieron a experimentar etapas anteriores de pánico, miedo e impotencia (44).

Burnout

El síndrome de *burnout*, definido por la Red Mundial de Salud Ocupacional de la OMS como “desgaste laboral progresivo tras la experimentación de niveles excesivos y prolongados de estrés laboral, que se evidencia por irritabilidad, cansancio y tensión” (60), ha sido una de las manifestaciones más presentadas por los profesionales de la salud durante la atención de la emergencia sanitaria (19, 20, 23, 25, 32). Dantas de Oliveira N et al. registraron la existencia de un alto número de profesionales con *burnout* (56), al igual que el estudio de Ghio L et al. en el que casi la mitad de los participantes de una muestra de 731 profesionales presentaban niveles crecientes de *burnout* (17).

Es de resaltar que los profesionales de la salud, médicos, enfermeras, terapeutas y muchos otros, son personas que constantemente están expuestas a condiciones que pueden afectar su salud mental (60), en este sentido se demostró en el artículo de Gago-Valiente F-J et al. que las personas que tuvieron contacto con el SARS-CoV-2 en su entorno laboral mostraron altos niveles de agotamiento emocional (49,6%) en comparación a las personas que no tuvieron contacto (38,3%) (27). Por otra parte, se señala que como factor protector para el desarrollo de este síndrome está el interés de las instituciones por brindar los elementos de protección necesarios para la seguridad de los empleados en el desarrollo de sus labores (21).

Sueño

Según Medina Cordero, A et al. el sueño es el “estado fisiológico necesario y reparador, normalmente periódico y reversible, caracterizado por una depresión de los sentidos, de la conciencia, de la motricidad espontánea, en el que la persona puede despertarse con estímulos sensoriales” (57) por el contrario, el insomnio, según Contreras S, se caracteriza por “molestias subjetivas causadas por un sueño de mala calidad o escasa duración, por una dificultad

para conciliar o mantener el sueño, por frecuentes despertares nocturnos o amanecer cansado al día siguiente” (58). En relación, se encontró que los profesionales de la salud referían estar presentando problemas para dormir, sueño inadecuado e insomnio (17, 41, 59, 32, 33, 42); en el estudio de Stocchetti, N et al. el 61,5% de los intensivistas describieron síntomas de insomnio, al igual que el 71% de los enfermeros, mientras que los médicos mostraron porcentajes más bajos (54,3%) (26), así mismo, en el estudio de Ghio L et al., de los 731 participantes 349 (48%) experimentaron síntomas de insomnio (17), además, en el artículo de Stubbs J et al., 42,5% de las trabajadoras sanitarias declararon tener problemas de sueño; 26,4% tenía dificultades para dormir toda la noche o se despertaba durante la noche sin motivo aparente. El 15,3% tenía dificultades para conciliar el sueño y aproximadamente el 10% se despertaba a la madrugada o tenía sueños o pesadillas molestas (32).

Apoyo psicológico

Debido a la presencia de las manifestaciones ya mencionadas en los profesionales de la salud, cabe señalar la necesidad que declararon estos de atención psicológica (8, 23, 42). Es así que en Jakhar J. et al., el 42,22% de los participantes expresaron la necesidad de una intervención psiquiátrica (36); de igual forma, en Ghio L et al., más de la mitad de la muestra pensaba que el trabajo afectaba a su bienestar psicológico, por ende, la necesidad de apoyo psicológico era percibida por el 40% de los profesionales (17). Para algunos profesionales de la salud el apoyo psicológico requerido era prioritario, incluso para profesionales de la salud mental (11), y así como ciertos profesionales recibieron el apoyo de manera intrainstitucional y extra institucional (13, 31, 32) hubo otros que no se plantearon pedir ayuda psicológica, a excepción de quienes trabajaban con pacientes COVID (8).

Hombres vs mujeres

El género femenino muestra ser el más propenso a padecer alteraciones en la salud mental, fenómeno que puede relacionarse con la sobrerrepresentación de la mujer en las muestras de los

diferentes artículos, tal y como se evidencia en la tabla 5. Desde otra perspectiva, está también el rol que cumple la mujer en la sociedad como ama de casa, trabajadora, cuidadora, y demás funciones que le han sido atribuidas, lo que supone una carga adicional para ellas (8, 14, 15, 19, 28, 29, 36).

Es fundamental reconocer las afectaciones en la salud mental de los miembros del equipo de profesionales de la salud, del cual hacen parte las(os) enfermeras(os), entendiendo que son seres humanos cuidando de otros en condiciones adversas, que suponen un riesgo significativo para su propia salud y la de sus familiares. El presente estudio constituye un aporte importante para los profesionales de la salud y especialmente de enfermería, quienes se destacan por la interacción permanente y eficiente con los individuos. Igualmente, se demuestra que los profesionales de enfermería y en general de la salud son personas que indudablemente demandan atención, cuidado y reconocimiento, dado que son y serán la fuerza laboral indispensable para afrontar acontecimientos como una calamidad de salud pública, que como humanos se adaptan o responden de manera efectiva o inefectiva a los estímulos del medio.

La pandemia en sí misma, aun con los altos porcentajes de morbimortalidad, permitió comprobar apuestas teóricas de como la de Florence Nightingale y Dorotea Orem entre otras, que conciernen al cuidado también de quienes cuidan (Peterson y Zderad-Peplau), validando muchas de sus premisas y legitimando la relevancia de cuidar del entorno y de fortalecer el autocuidado de todos los sujetos, e incluso en mayor medida de quienes proporcionan atención en salud.

Conclusiones

Se halló literatura relevante en relación con el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los profesionales de salud durante el año 2021 en su mayoría publicada en inglés,

donde países como Italia y España sobresalen en la escritura sobre esta temática.

La ansiedad y la depresión fueron las manifestaciones más recurrentes en el personal, que cuentan como algunos de sus factores causantes el miedo a contagiarse y contagiar a otros y el aumento de la carga laboral. Así mismo destaca la deficiente atención psicológica que recibieron quienes se vieron afectados, las fallas en la prevención y el seguimiento psicológico.

Los resultados demuestran la importancia de dar visibilidad, proponer acciones y actuar sobre la salud mental de quienes atendieron la emergencia sanitaria, así como de continuar estudiando los efectos en la salud mental a mediano y largo plazo.

Referencias

1. Cucinotta D, Vanelli M. La OMS declara COVID-19 una pandemia. *Acta Biomed.* 2020 Mar 19;91(1):157-160. doi: 10.23750/abm.v91i1.9397. PMID: 32191675; PMCID: PMC7569573.
2. Coronavirus: muertes en el mundo por continente en 2022. (n.d.). Statista. Consultado el 20 de mayo de 2022, en <https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>
3. Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5). <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
4. Massimo A, Corrado C. Bibliometrix [Internet]. Bibliometrix. 2016 [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.bibliometrix.org/>
5. MDPI. MDPI Open Access Journal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022.
6. BMJ Publishing. *BMJ Open*. British Medical Journal. 2022.
7. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Lupo ED, Dell'oste V, et al. Professional quality of life and mental health outcomes

- among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):1–12.
8. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: Differences in stress, anxiety, depression, *burnout*, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):1–13.
 9. Conti C, Fontanesi L, Lanzara R, Rosa I, Porcelli P. Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*. 2020;15(11 November).
 10. Alsairafi Z, Naser A, Alsaleh FM, Awad A, Jalal Z. Mental health status of healthcare professionals and students of health sciences faculties in Kuwait during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1–15.
 11. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey [Impacto en la salud mental del personal sanitario español de la primera ola de la pandemia COVID-19: un amplio estudio transversal]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;14(2):90–105.
 12. Serdà B-C, Aymerich M, Patiño-Masó J, Cunill M. Mental health screening of healthcare professionals who are candidates for psychological assistance during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21).
 13. Subhas N, Pang NT-P, Chua W-C, Kamu A, Ho C-M, David IS, et al. The cross-sectional relations of COVID-19 fear and stress to psychological distress among frontline healthcare workers in Selangor, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19).
 14. Martín J, Padierna Á, Villanueva A, Quintana JM. Evaluation of the mental health of health professionals in the COVID-19 era. What mental health conditions are our health care workers facing in the new wave of coronavirus? *Int J Clin Pract*. 2021;75(10).
 15. Dagne H, Atnafu A, Alemu K, Azale T, Yitayih S, Dagnaw B, et al. Anxiety and associated factors among Ethiopian health professionals

- at early stage of COVID-19 pandemic in Ethiopia. *PLoS One*. 2021;16(6 June).
16. Khatun MF, Parvin MF, Rashid MM-U, Alam MS, Kamrunnahar M, Talukder A, et al. Mental Health of Physicians During COVID-19 Outbreak in Bangladesh: A Web-Based Cross-Sectional Survey. *Front Public Heal*. 2021;9.
 17. Ghio L, Patti S, Piccinini G, Modafferi C, Lusetti E, Mazzella M, et al. Anxiety, depression and risk of post-traumatic stress disorder in health workers: The relationship with burnout during COVID-19 pandemic in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18).
 18. Luo D, Liu Q, Chen Q, Huang R, Chen P, Yang BX, et al. Mental Health Status of the General Public, Frontline, and Non-frontline Healthcare Providers in the Early Stage of COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12.
 19. González-Mesa E, Jiménez-López JS, Blasco-Alonso M, Anderica-Herrero JR, Lubián-López D. Effects of sars-cov-2 pandemic on the mental health of Spanish ob-gyn specialists—a nationwide study. *J Clin Med*. 2021;10(24).
 20. Lasalvia A, Bodini L, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Poli R, et al. The sustained psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers one year after the outbreak—a repeated cross-sectional survey in a tertiary hospital of north-east Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24).
 21. Ong J, Ong AML, Ong S, Xin X, Lee YY, Pausawasdi N, et al. The impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on gastroenterologists in Southeast Asia: A mixed-methods study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2021;36(11):3056–68.
 22. Pereira JM, Silva C, Freitas D, Salgado A. Burnout among Portuguese radiographers during the COVID-19 pandemic. *Radiography*. 2021;27(4):1118–23.
 23. Cena L, Rota M, Calza S, Massardi B, Trainini A, Stefana A. Mental health states experienced by perinatal healthcare workers during COVID-19 pandemic in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12).

24. Martínez-López JÁ, Lázaro-Pérez C, Gómez-Galán J, Fernández-Martínez MM. Psychological impact of COVID-19 emergency on health professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *J Clin Med*. 2020;9(9):1–18.
25. Azoulay E, Pochard F, Reignier J, Argaud L, Bruneel F, Courbon P, et al. Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Physicians Facing the Second COVID-19 Wave: A Cross-Sectional Study. *Chest*. 2021;160(3):944–55.
26. Stocchetti N, Segre G, Zanier ER, Zanetti M, Campi R, Scarpellini F, et al. Burnout in intensive care unit workers during the second wave of the COVID-19 pandemic: A single center cross-sectional Italian study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11).
27. Gago-Valiente F-J, Mendoza-Sierra M-I, Moreno-Sánchez E, Arbinaga F, Segura-Camacho A. Emotional exhaustion, depersonalization, and mental health in nurses from Huelva: A cross-cutting study during the sars-cov-2 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15).
28. Xing L-Q, Xu M-L, Sun J, Wang Q-X, Ge D-D, Jiang M-M, et al. Anxiety and depression in frontline health care workers during the outbreak of COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;67(6):656–63. <https://doi.org/10.1177/0020764020968119>. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33100114
29. Del Pozo-Herce P, Garrido-García R, Santaolalla-Arnedo I, Gea-Caballero V, García-Molina P, de Viñaspre-Hernández RR, et al. Psychological impact on the nursing professionals of the Rioja health service (Spain) due to the sars-cov-2 virus. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):1–13.
30. Chan LG, Tan PLL, Sim K, Tan MY, Goh KH, Su PQ, et al. Psychological impact of repeated epidemic exposure on healthcare workers: Findings from an online survey of a healthcare workforce exposed to both SARS (severe acute respiratory syndrome) and COVID-19. *BMJ Open*. 2021;11(11).
31. Maestro D, Šegalo S, Remi D, Pašali A, Jogun i A. COVID-19 pandemic: A challenge for health-care professionals and assessment of anxiety symptoms. *J Heal Sci*. 2020;10(3):211–8.

32. Stubbs JM, Achat HM, Schindeler S. Detrimental changes to the health and well-being of healthcare workers in an Australian COVID-19 hospital. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1).
33. Rapisarda F, Vallarino M, Cavallini E, Barbato A, Brousseau-Paradis C, De Benedictis L, et al. The early impact of the COVID-19 emergency on mental health workers: A survey in Lombardy, Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22):1–12.
34. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals [Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021;14(2):106–12.
35. Fteropoulli T, Kalavana T V, Yiallourou A, Karaiskakis M, Koliou Mazeri M, Vryonides S, et al. Beyond the physical risk: Psychosocial impact and coping in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *J Clin Nurs.* 2021. <https://doi.org/10.1111/jocn.15938>
36. Jakhar J, Biswas PS, Kapoor M, Panghal A, Meena A, Fani H, et al. Comparative study of the mental health impact of the COVID-19 pandemic on health care professionals in India. *Future Microbiol.* 2021;16(16):1267–76.
37. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Emotional impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe [Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Euro]. *Med Clin (Barc).* 2020;155(10):434–40.
38. Van de Venter R, Williams R, Stindt C, Ten Ham-Baloyi W. Coronavirus-related anxiety and fear among South African diagnostic radiographers working in the clinical setting during the pandemic. *J Med Imaging Radiat Sci.* 2021;52(4):586–94.
39. Franzoi IG, Granieri A, Sauta MD, Agnesone M, Gonella M, Cavallo R, et al. Anxiety, post-traumatic stress, and burnout in health professionals during the COVID-19 pandemic: Comparing mental health professionals and other healthcare workers. *Healthc.* 2021;9(6).

40. Giordano V, Belangero W, Godoy-Santos AL, Pires RE, Xicar JA, Labronici P, et al. The hidden impact of rapid spread of the COVID-19 pandemic in professional, financial, and psychosocial health of Latin American orthopedic trauma surgeons. *Injury*. 2021;52(4):673–8.
41. Sethi BA, Sethi A, Ali S, Aamir HS. Impact of coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan J Med Sci*. 2020;36(COVID19-S4):COVID19-S6–COVID19-S11.
42. Baldwin S, George J. Qualitative study of UK health professionals’ experiences of working at the point of care during the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2021;11(9).
43. Martínez-Caballero CM, Crdaba-García RM, Varas-Manovel R, García-Sanz LM, Martínez-Piedra J, Fernandez-Carbajo JJ, et al. Analyzing the impact of COVID-19 trauma on developing post-traumatic stress disorder among emergency medical workers in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17).
44. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Am J Infect Control*. 2021;49(5):547–54.
45. Organización Panamericana de la Salud. La Depresión. <https://www.paho.org/es/temas/depression#:~:text=La%20depresi%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas>.
46. Zhang L, Flike KL, Gakumo CA, Shi L, Leveille SG, Thompson LS. Frontline healthcare workers’ mental distress, top concerns, and assessment on hierarchy of controls in response to COVID-19: a cross-sectional survey study. *Hum Resour Health*. 2021;19(1).
47. Moitra M, Rahman M, Collins PY, Gohar F, Weaver M, Kinuthia J, et al. Mental Health Consequences for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review to Draw Lessons for LMICs. *Front Psychiatry*. 2021;12.
48. McGlinchey E, Hitch C, Butter S, McCaughey L, Berry E, Armour C. Understanding the lived experiences of healthcare

- professionals during the COVID-19 pandemic: an interpretative phenomenological analysis [Comprendiendo las experiencias vividas de los profesionales de la salud durante la pandemia del COVID-19: un análisis fenomenológico interpretativo]. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1).
49. Torrades S. Estrés y *burn out*. Definición y prevención. Elsevier. 2007;26(10):104–7.
 50. Shaker NM, Sabry N, Alkasaby MA, Rabie M. Predictors of stress among a sample of Egyptian healthcare providers during the COVID-19 pandemic. *Middle East Curr Psychiatry.* 2021;28(1).
 51. Stafie CS, Profire L, Apostol MM, Costache II. The professional and psycho-emotional impact of the COVID-19 pandemic on medical care—a Romanian GPS’ perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1–14.
 52. De Sire A, Marotta N, Raimo S, Lippi L, Inzitari MT, Tasselli A, et al. Psychological distress and work environment perception by physical therapists from southern Italy during COVID-19 pandemic: The C.A.L.A.B.R.I.A study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(18):9676. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189676>.
 53. Vanhaecht K, Seys D, Bruyneel L, Cox B, Kaesemans G, Cloet M, et al. COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers’ mental well-being. *Int J Qual Heal Care.* 2021;33(1).
 54. Rodríguez-Menéndez G, Rubio-García A, Conde-Álvarez P, Armesto-Luque L, Garrido-Torres N, Capitán L, Luque A, Ruiz-Veguilla M, Crespo-Facorro B. Short-term emotional impact of COVID-19 pandemic on Spaniard health workers. *J Affect Disord.* 2021;278:390–4.
 55. Lauracio C, Lauracio T. Síndrome de *Burnout* y desempeño laboral en el personal de salud. *Rev Innova Educ.* 2020;2(4):543–54.
 56. Dantas de Oliveira Souza NV, Carneiro Carvalho E, Silva Santos Soares S, Mó y Mó Loureiro Varella TC, Maciqueira Pereira SR, Silva de Andrade KB. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers’ mental health. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:1–6.

57. Medina Cordero A, Feria Lorenzo D, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2025 Ago 20];(17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.
58. Contreras S A. Insomnio: generalidades y alternativas terapéuticas de última generación. *Sci direct.* 2013;24(3):433–41.
59. Naqvi SSB, Davis J, Pickles RW, Loewenthal MR. Concerns and psychological well-being of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in a tertiary care hospital in New South Wales. *Intern Med J.* 2021;51(9):1407–13.
60. OMS. Burn out. https://www-who-int.translate.goog/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
61. Queiroz AM, de Sousa AR, Moreira WC, de Sousa Nóbrega MDPS, Santos MB, Barbossa LJH, et al. The novel COVID-19: Impacts on nursing professionals' mental health? *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2021;34. Disponible en: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02523>
62. Liang H-F, Wu Y-C, Wu C-Y. Nurses' experiences of providing care during the COVID-19 pandemic in Taiwan: A qualitative study. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2021;30(6):1684–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inm.12921>
63. De Leo A, Cianci E, Mastore P, Gozzoli C. Protective and risk factors of italian healthcare professionals during the COVID-19 pandemic outbreak: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(2):1–17. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020453>
64. Amin S. The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia? *Int J Healthc Manag* [Internet]. 2020;249–56. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1765119>
65. Babicki M, Szewczykowska I, Mastalerz-Migas A. The mental well-being of health care workers during the peak of the COVID-

- 19 pandemic: a nationwide study in Poland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(11). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18116101>
66. Goh Y-S, Ow Yong QYJ, Chen TH-M, Ho SHC, Chee YIC, Chee TT. The Impact of COVID-19 on nurses working in a University Health System in Singapore: A qualitative descriptive study. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2021;30(3):643–52. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inm.12826>
67. Elsevier Connect. “¿En qué idioma publico mi artículo?” La (incuestionable) hegemonía del inglés [Internet]. Elsevier. 2019. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/ciencia/en-que-idioma-publico-mi-articulo-la-incuestionable-hegemonia-del-ingles>

Desbloqueando la conversación: la importancia de abordar la sexualidad infantil en el entorno salud

Unlocking the conversation: the importance of
addressing childhood sexuality in the health setting

Karen Lizeth León Vargas*

Marcos Adrián Heij Álvarez**

Jonathan Andrés Molano Bolívar***

Leidy Alexandra González Sánchez****

Resumen

La sexualidad infantil es una dimensión fundamental del desarrollo humano que abarca aspectos físicos, emocionales, cognitivos y

* Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/00090001-7365-1061>. karen.leon01@uptc.edu.co

** Enfermero, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-5259-7257> . marcosadrianheijalvarez@gmail.com

*** Enfermero, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0006-1998-2114>. jonathan.molano@uptc.edu.co

**** Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional Especialista en Desarrollo Integral de la Infancia y Adolescencia Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de investigación: Enfermería y Atención Primaria en Salud-Docente programa de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia .<https://orcid.org/0000-0001-9153-3782> leidyalexandra.gonzalez@uptc.edu.co

sociales. La comprensión de este fenómeno requiere un enfoque multidisciplinario que considere no solo el impacto en la víctima directa, sino también en toda la dinámica familiar y en la sociedad en su conjunto. El propósito de este trabajo es evaluar la producción científica referente a la sexualidad infantil desde el entorno salud en los últimos diez años. Para ello se llevó a cabo una revisión narrativa que recopila la evidencia disponible en la literatura, la cual reveló una amplia diversidad de enfoques y metodologías utilizados en los estudios sobre la sexualidad infantil, lo que refleja la complejidad y la importancia de este tema. El hallazgo principal relacionado con la sexualidad infantil en el entorno salud está relacionado con el abuso sexual infantil: sus manifestaciones y consecuencias a nivel inmediato y tardío; sin embargo, conviene mencionar que la importancia del contacto con los profesionales de la salud debe estar orientado a la educación de los padres y cuidadores, desmitificación de falsas creencias y generación de confianza para el adecuado abordaje y vivencia de la sexualidad infantil.

Palabras clave (DeSC): sexualidad, niño, salud sexual, educación en salud, servicios de salud del niño

Abstract

Childhood sexuality is a fundamental dimension of human development encompassing physical, emotional, cognitive, and social aspects. Understanding this phenomenon requires a multidisciplinary approach that considers not only the impact on the direct victim but also on the entire family dynamic and society as a whole. The purpose of this investigation is to evaluate the scientific production related to childhood sexuality from the health perspective over the past ten years. A narrative review that compiles available evidence from the literature was realized. The literature review revealed a wide diversity of approaches and methodologies used in studies on childhood sexuality, reflecting the complexity and importance of this topic. The main finding related to childhood sexuality in the health context is associated with child sexual abuse: its manifestations and immediate and

long-term consequences. However, it is important to note that the role of health professionals should be oriented towards educating parents and caregivers, demystifying false beliefs, and building trust for the proper approach and experience of childhood sexuality.

Keywords (DeSC): sexuality, child, sexual health, health education, child health services

Introducción

La sexualidad infantil es una dimensión fundamental del desarrollo humano que abarca aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales. Sin embargo, su importancia y complejidad a menudo han sido subestimadas en el entorno de salud, lo que puede llevar a consecuencias significativas y de largo alcance para el bienestar de los niños y niñas.

El abuso sexual infantil es uno de los fenómenos más devastadores relacionados con la sexualidad infantil, que afecta a millones de niños en todo el mundo y deja secuelas emocionales, físicas y sociales profundas (1, 2). La comprensión de este fenómeno requiere un enfoque multidisciplinario que considere no solo el impacto en la víctima directa, sino también en toda la dinámica familiar y en la sociedad en su conjunto.

Como profesionales de la salud, enfermería tiene la responsabilidad de detectar y reportar casos de abuso sexual infantil, así como brindar educación y guía sobre sexualidad adecuada tanto a los niños como a sus familias. Este deber implica no solo abordar problemas presentes, sino también prevenir riesgos futuros y fomentar prácticas saludables desde edades tempranas (3, 4).

A través de una revisión narrativa de literatura, este capítulo se propone explorar la importancia de la educación en sexualidad infantil en el ámbito de la salud, así como identificar las problemáticas existentes y las estrategias para abordarlas de manera efectiva (5). Los estudios revisados proporcionan una visión detallada de las múltiples dimensiones del abuso sexual infantil y resaltan la necesidad de enfoques integrales y multidisciplinarios para su prevención y atención.

Desde diversas perspectivas geográficas, estudios realizados en países como Chile, España, Brasil y Colombia contribuyen a ampliar nuestra comprensión sobre el abuso sexual infantil y

sus implicaciones. Estos estudios resaltan la importancia tanto de la educación sexual temprana como de las intervenciones terapéuticas especializadas, así como de programas preventivos y el empoderamiento de los niños para reconocer y evitar situaciones de riesgo.

En este contexto, el objetivo de este estudio es evaluar la producción científica referente a la sexualidad infantil desde el entorno salud en los últimos diez años. Se busca generar conocimiento científico actualizado sobre la sexualidad infantil en el contexto de la salud, mejorar la comprensión de su desarrollo y las mejores prácticas para su cuidado, así como identificar estrategias para que los profesionales de la salud puedan abordar la sexualidad infantil de manera abierta, informada y sensible, creando un espacio seguro para que los niños y niñas puedan expresar sus dudas, sentimientos y experiencias.

Metodología

Es una revisión narrativa que recopila la evidencia disponible en la literatura. Con base en esto, se siguió un algoritmo de búsqueda que fue consensuado por los autores. La búsqueda se realizó con el objetivo de responder a la siguiente pregunta: ¿cuál ha sido la producción científica referente a la sexualidad infantil en el entorno salud en los últimos diez años? Para garantizar la calidad y relevancia de los estudios seleccionados, se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Para afinar los resultados, se estableció un criterio de búsqueda para el idioma, optando por artículos en español e inglés. El intervalo de tiempo de búsqueda se limitó a la producción académica disponible desde el año 2014 hasta 2024.

La búsqueda bibliográfica se realizó en el período comprendido entre febrero y abril de 2024 en diversas bases de datos académicas, entre las que se incluyen Scielo, PubMed, Redalyc, Scencedirect, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Google Scholar. Esta búsqueda se centró en los descriptores MeSH “Educación en Salud”, “Sexualidad”, “Salud Infantil” y “Servicios de Salud del Niño” en

inglés: “Health Education”, “Sexuality”, “Child Health”, “Child Health Services”. Se seleccionaron estudios descriptivos, revisiones sistemáticas y revisiones de la literatura como tipos de interés, dando especial énfasis a artículos o estudios con niños menores de 11 años. Se tuvieron en cuenta criterios específicos de búsqueda según la base de datos utilizada.

Los criterios de inclusión abarcaron artículos de revisión, artículos de investigación, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y no sistemáticas de literatura, estudios epidemiológicos, investigaciones documentales y estudios cualitativos, escritos en cualquier idioma, mayormente en inglés, y realizados por profesionales de medicina, medicina especializada, enfermería y psicología. Se priorizaron artículos a texto completo. Por otro lado, se excluyeron artículos con muestras de niños mayores de 11 años, así como aquéllos cuya temática estuviese relacionada con prácticas quirúrgicas, farmacológicas, entorno educativo, familiar y adolescencia. También se excluyeron artículos publicados fuera del rango de años establecido (2014-2024), así como editoriales y aquellos no disponibles a texto completo.

La información recopilada fue seleccionada mediante la revisión independiente de cada uno de los autores, comenzando por el título, seguido por el resumen y, finalmente, una revisión completa del artículo. Este proceso garantizó la inclusión de estudios relevantes y la obtención de información pertinente para responder a la pregunta de investigación planteada.

Después de haber identificado exclusivamente los recursos considerados adecuados para la elaboración de la revisión final, se llevó a cabo el proceso de extracción de información. Para ello, se creó una matriz de extracción, la cual contempló para cada documento seleccionado, una serie de datos: el título, los autores, el resumen, el año de publicación, el tipo de documento, las palabras clave, los objetivos, la metodología utilizada, los resultados

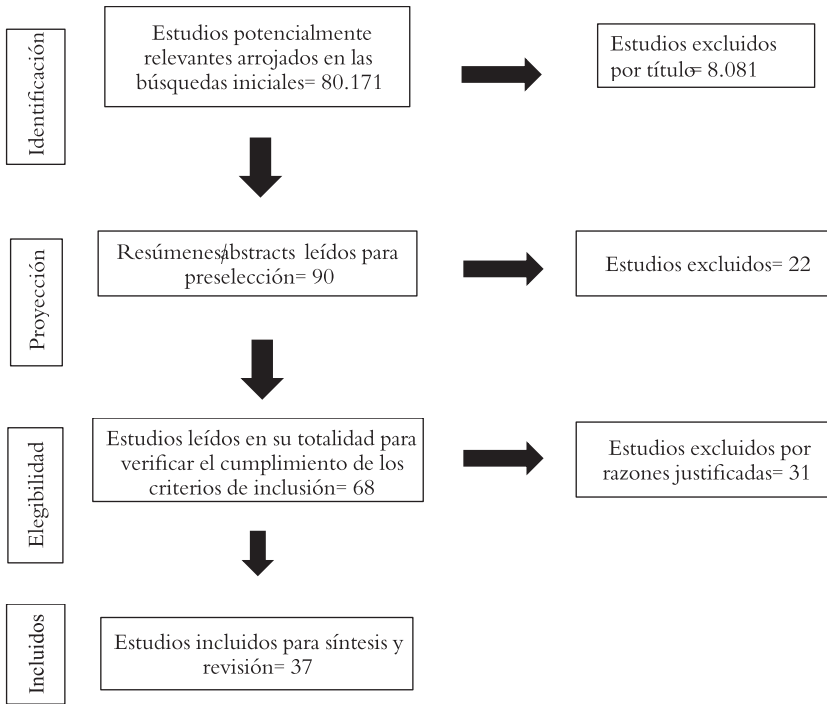
obtenidos, las conclusiones extraídas, las observaciones relevantes y el análisis personal del investigador tras la lectura del documento.

Con base en esta información recopilada, se realizó la síntesis, integrando los hallazgos de cada documento para obtener una perspectiva completa de los estudios y analizar su contribución para abordar la pregunta de investigación planteada. El enfoque de análisis adoptado comprendió una metodología cuantitativa para registrar la información bibliométrica relevante. Se emplearon herramientas como la “Tabla dinámica” y la “segmentación de datos” para examinar los datos cuantitativos relacionados con el material. Además, se hizo un análisis cualitativo del artículo para identificar categorías según los patrones observados: comparando, contrastando y analizando los diferentes trabajos.

Resultados

En la búsqueda inicial se obtuvieron 80.171 resultados. A partir de allí comenzó el cribado de los documentos, detallado en la figura 1. Estos fueron sometidos a un proceso de filtrado, considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Como resultado, se identificaron 37 artículos que cumplieran con todos los requisitos mencionados anteriormente. Después, se realizó una lectura crítica de estos artículos para proceder a elaborar el documento de investigación.

Figura 1: Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica



Fuente: Elaboración propia.

Los datos analizados comprenden 37 registros (ver tabla 1). Las publicaciones representan una amplia diversidad geográfica, que abarca países de América, Europa, Asia y Oceanía. Los años de publicación de estos estudios varían desde 2012 hasta 2023. Las investigaciones provienen de varias disciplinas, como medicina, psicología, enfermería, educación, salud pública, entre otras.

Los resultados también mostraron que los estudios se centraron en diferentes aspectos de la sexualidad infantil, como la percepción de los niños sobre su sexualidad, la educación sexual, la prevención del abuso sexual, la salud sexual infantil, entre otros. Los estudios también incluyeron una variedad de metodologías, como estudios cualitativos, observacionales, revisiones de literatura, estudios descriptivos, experimentales, entre otros, lo que refleja la riqueza y

amplitud del enfoque investigativo sobre la sexualidad infantil en diferentes contextos y perspectivas.

En el análisis de los 37 registros, se observa una representación diversa en términos geográficos (ver tabla 2). América del Sur destaca con la mayor cantidad de publicaciones provenientes de Brasil, Colombia, Ecuador, Argentina, Chile, Uruguay y Perú. América del Norte sigue con Estados Unidos y México. Europa presenta contribuciones de Países Bajos, España, Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Polonia y Luxemburgo, además de Turquía, que se encuentra en ambas partes del continente europeo y asiático. Asia cuenta con registros que incluye publicaciones de India, Corea y la parte asiática de Turquía. Oceanía está representada por Australia, con un registro. Esta distribución refleja una cobertura global en el estudio de la sexualidad infantil y sus entornos de salud, con contribuciones significativas de múltiples disciplinas y metodologías.

Tabla No. 1 Clasificación bibliométrica por países

Región/Continente	Países incluidos	Frecuencia	Porcentaje
América del Sur	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay.	16	43,2%
América del Norte e insular	Estados Unidos, Cuba, México	9	24,3%
Europa	Países Bajos, España, Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Polonia, Luxemburgo	8	21,6%
Asia	India, Corea, Turquía (parte asiática)	3	8,1%
Oceanía	Australia	1	2,7%

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de frecuencias de idiomas revela que el inglés es el idioma más dominante, representando el 53,6% del total de menciones.

Le sigue el español con un 26,8%, y el portugués con un 16,1%. Otros idiomas constituyen el 5,4% restante. Esta distribución sugiere que el inglés es el principal idioma de comunicación en el contexto considerado, lo cual refleja su estatus global. El español y el portugués también tienen una presencia significativa, cuya importancia se destaca en regiones específicas como América Latina y Portugal. La diversidad lingüística es menor en comparación con los tres idiomas principales, pero está aún presente, lo cual indica una audiencia internacional y variada.

El análisis de las frecuencias de profesiones revela que la medicina es la profesión que más ha publicado en torno al tema, representando el 53% del total. La psicología sigue con un 21%, mientras que la enfermería constituye el 18% de las menciones. El enfoque interdisciplinar, que incluye varias disciplinas como medicina, enfermería y psicología, representa el 5%. Por último, la filosofía tiene una presencia menor con un 3%. Este análisis sugiere una clara preponderancia de la medicina, seguida de la psicología y la enfermería, indicando un fuerte énfasis en estas áreas dentro del contexto estudiado. La representación del enfoque interdisciplinar y la filosofía, aunque menor, resalta la importancia de la integración de múltiples disciplinas y la reflexión filosófica en el campo de la salud.

Para tener la información más concisa se crearon cuatro categorías: 1. Conceptualización y percepción de la sexualidad infantil; 2. Características del abuso sexual infantil; 3. Efectos o consecuencias del abuso sexual infantil; 4. Estrategias de educación para la prevención del abuso sexual en la infancia.

Discusión

A continuación, se presentan las categorías de análisis producto de la revisión bibliográfica sobre la educación en sexualidad infantil en el entorno salud. En primer lugar se abordará la conceptualización y percepción de la sexualidad infantil; posteriormente se examinarán

las características del abuso sexual infantil, haciendo énfasis en la identificación de signos y síntomas que pueden ser detectados en el ámbito de la atención primaria de salud; luego se explorarán los efectos y consecuencias del abuso sexual infantil a corto y largo plazo; finalmente, se expondrán diversas estrategias de educación para la prevención del abuso sexual en la infancia, dirigidas a diferentes actores como padres, docentes y profesionales de la salud.

1. Conceptualización y percepción de la sexualidad infantil

Según la Organización Mundial de la Salud,

(...) un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas siempre se experimentan o expresan. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. (6)

Desde la perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud, citado por Costa, la sexualidad infantil se reconoce como un elemento fundamental en la estructuración de la psique humana, que trasciende los genitales y se manifiesta desde la infancia a través de múltiples zonas del cuerpo capaces de generar excitación. Freud descubre que las experiencias sexuales no son simplemente actos de seducción sufridos pasivamente por los niños, sino que los niños son participantes activos con una sexualidad inherente que se expresa en fantasías inconscientes (8).

Estas fantasías, formadas a partir de recuerdos distorsionados y amalgamados de experiencias reales y oídas, revelan deseos infantiles reprimidos y desempeñan un papel crucial en la constitución de los “síntomas neuróticos” y en la formación del inconsciente.

Por su parte, Donald Winnicott propone una visión más amplia de la sexualidad infantil, que no se limita a la gratificación instintiva o a la actividad genital, sino que abarca una gama más extensa de experiencias emocionales y psicológicas relacionadas con el desarrollo y la exploración del cuerpo y las relaciones interpersonales durante la infancia. Según Winnicott, la sexualidad infantil incluye el placer derivado de la relación con el entorno y de las interacciones afectivas, la capacidad de establecer relaciones de afinidad yoica, de experimentar placer en el juego y de desarrollar una relación afectiva con los objetos transicionales. Es importante destacar que la sexualidad infantil se manifiesta de manera diferente en cada niño y se encuentra influenciada por diversos factores, como el contexto cultural, familiar y social (9).

Según García-Piña, la sexualidad infantil tiene manifestaciones diversas, desde temprana edad, los niños comienzan a entender y expresar su género mediante la observación e imitación de roles familiares y sociales. En cuanto a la reproducción, demuestran interés por la concepción, el embarazo y el parto, reflejándose en sus juegos y cuidado de objetos o mascotas. Los vínculos afectivos se desarrollan inicialmente con la madre y se extienden a familiares, amigos y mascotas, siendo crucial el cariño y la seguridad proporcionados por los adultos e influyendo en la construcción de relaciones saludables. Además, la capacidad de percibir sensaciones corporales y experimentar el erotismo se manifiesta a través del contacto físico y la exploración del propio cuerpo, incluyendo la masturbación como parte del desarrollo, la cual se inicia alrededor de los tres a cinco años (7).

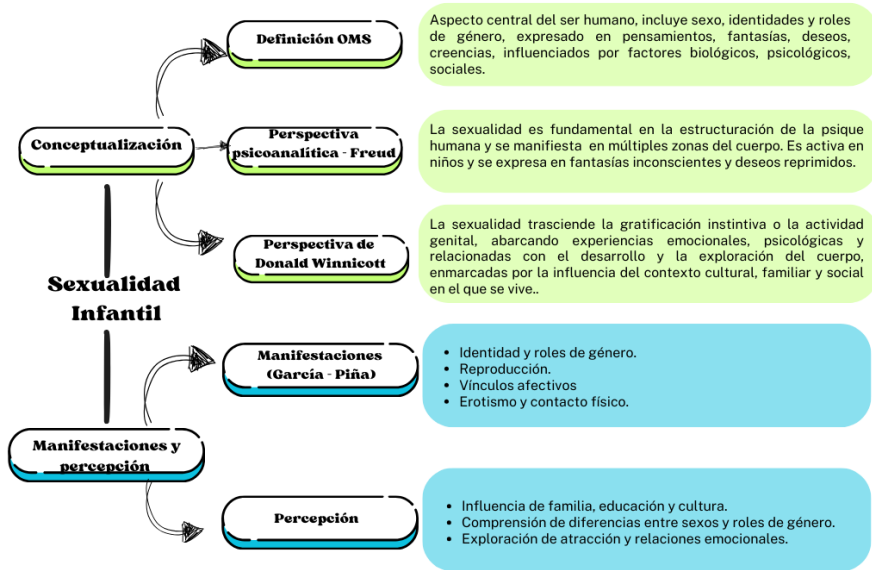
La percepción que los niños tienen de su propia salud sexual es clave en su desarrollo, ya que implica cómo experimentan y entienden su sexualidad a medida que crecen. Este proceso gradual está influenciado por diversos factores como la familia, la educación y la cultura. Durante la infancia, se enfoca en comprender las diferencias entre los sexos y los roles de género, mientras que, con la madurez, se expande hacia aspectos más complejos como la

atracción y las relaciones emocionales. Es vital que los adultos creen un entorno seguro y receptivo para que los niños puedan explorar su percepción de la salud sexual de manera saludable (10).

Según el estudio de Roldán Restrepo y colaboradores, con niños de 9 a 14 años de municipios colombianos, la sexualidad se percibe como un tema incómodo y evitado en las conversaciones, aunque es relevante en el proceso de desarrollo (10). Esta incomodidad se reflejó en su lenguaje corporal, respuestas esquivas y en su relucencia a hablar sobre el tema, prefiriendo cambiar de tema o evitar discutirlo. Se evidenció que tienen un limitado entendimiento y una visión negativa de la sexualidad, asociándola principalmente con el contacto físico y la genitalidad, y en algunos casos, con abuso o violencia sexual. La mayoría de ellos no relacionaron la sexualidad con aspectos positivos como identidad, autonomía, libertad o disfrute. Es notable que las niñas y adolescentes mujeres, en mayor medida que los niños varones, asociaron la sexualidad con abuso o violencia. Esta percepción limitada y negativa de la sexualidad se reflejó en las definiciones dadas durante las entrevistas, donde se omitieron aspectos fundamentales como la identidad y la autonomía, y se enfatizó en connotaciones negativas (10).

Por lo tanto, es fundamental promover una educación temprana que aborde la privacidad y el respeto corporal, creando un ambiente en el que se pueda hablar abierta y cómodamente sobre la sexualidad, sin estigmas ni inhibiciones. Es crucial que los niños aprendan a identificar y nombrar sus genitales de manera correcta, y que entiendan que su cuerpo es propio y privado, sin asociar la sexualidad con sentimientos de culpa o vergüenza (9, 10, 11).

Gráfico 1. Esquema de conceptualización en sexualidad infantil



Fuente: Elaboración propia.

2. Características del abuso sexual infantil: Identificación de signos y síntomas en atención primaria de salud

El abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia que puede sufrir un niño o niña. Las características de este tipo de abuso son variadas, pero en general se pueden identificar algunas señales que pueden alertar sobre su presencia. Entre las características del abuso sexual infantil se encuentran el uso de la fuerza o la coerción para obligar al niño o niña a realizar actos sexuales, la manipulación emocional para conseguir su consentimiento o la amenaza de consecuencias negativas si se revela el abuso (12).

Otras señales que pueden indicar la presencia de abuso sexual infantil incluyen cambios en el comportamiento del niño o niña, como la aparición de conductas sexuales inapropiadas, el aislamiento social,

la tristeza o la ansiedad. También pueden presentarse problemas físicos, como dolor o molestias en la zona genital, infecciones o lesiones (13, 14).

En cuanto a la prevalencia, según la revisión de cada artículo, se evidenció que la mayoría de las víctimas tienen entre cinco y ocho años. Esta es una etapa en la que los niños no poseen la capacidad de defensa propia, pero sí pueden recordar y describir experiencias con precisión. Además, se observó que los casos de abuso en niños en primera y segunda infancia son poco denunciados o no cuentan con un correcto seguimiento en el diligenciamiento de los formularios (1, 2).

En cuanto al entorno en salud, la prevención, detección, e intervenciones en casos de abuso sexual infantil, no solo debe enfocarse en los signos físicos, como las lesiones en sus genitales o lesiones físicas, sino tener una visión integral que incluya la nutrición, neurodesarrollo y con más importancia, su salud mental y emocional, los cuales se ven afectados a lo largo del crecimiento del niño o niña (15, 16).

El ámbito nutricional y el neurodesarrollo son asociados a sospecha para casos de abuso sexual infantil, de manera que la obesidad o sobrepeso se torna relevante ya que el alimento no sano, es decir comidas rápidas, dulces y gaseosas, suelen ser la forma de gratificación, para compensar la carencia de afecto y la hostilidad en el ambiente del niño. En cuanto al neurodesarrollo, tienden a presentar déficits cognitivos como disartria, tartamudez o alteraciones en el crecimiento acompañado de bajo rendimiento escolar, relacionado a la deficiente alimentación a que han sido expuestos.

A esta problemática hay que sumarle el poco acercamiento con entornos saludables con los que puede contar el infante, como ingresar a un equipo deportivo o cultural, jugar con otros niños, donde la interacción entre pares es muy apoyada en el desarrollo. Así

mismo situaciones asociadas a traumas derivados del abuso sexual en su infancia. En edades más avanzadas tienen mayor riesgo de desarrollar comportamientos o problemas mentales como psicosis, aislamiento social, espectro bipolar, trastornos disociativos, estrés postraumático, depresión, ansiedad, entre otros (17).

Los niños generalmente conviven con su agresor, siendo en la mayoría de casos el padre, padrastro o abuelo del menor, determinando que el porcentaje de hombres que ejerce violencia sexual es alto, y que esto también puede estar derivado de casos de abuso sexual en la infancia de los agresores. Además, el abuso a un menor puede ocurrir en cualquier lugar, tanto en el hogar como en la escuela o en la comunidad (18).

El porcentaje de abuso sexual crónico es alarmante, demostrando una deficiencia grande en el personal de salud respecto a la detección temprana de signos y síntomas de abuso, relacionándolo con la cantidad de veces que puede asistir un niño al sistema de salud; en algunos casos fueron derivados por el pediatra, gracias al vínculo de confianza que se logra a lo largo de la vida de los niños (4).

El impacto de los profesionales en los casos de maltrato y prevención ha sido probado, pero todavía hay muchas lagunas, ya que no todo el personal tiene las habilidades para detectar y tratar estos casos. En cada uno de los artículos, se encontraron diferentes estrategias, desde el ámbito educativo, psicosocial, familiar y en salud; en este último están incluidos la detección desde la anamnesis, la valoración física, y de síntomas conductuales, teniendo en cuenta el correcto uso de preguntas y profundización en caso de detectar el abuso (19, 20).

Si bien es cierto que la anamnesis es un proceso de recopilación de información sobre la historia médica y psicológica del niño o niña afectado, es importante realizar una anamnesis completa y detallada, que incluya información sobre la presencia de abuso sexual en la familia o en el entorno del niño o niña (3, 21). También

es fundamental realizar preguntas abiertas y no sugestivas a la niña o niño afectado, para obtener información precisa y evitar la contaminación de la evidencia. Las preguntas deben hacerse con respeto y cuidado, evitando la revictimización del niño o niña.

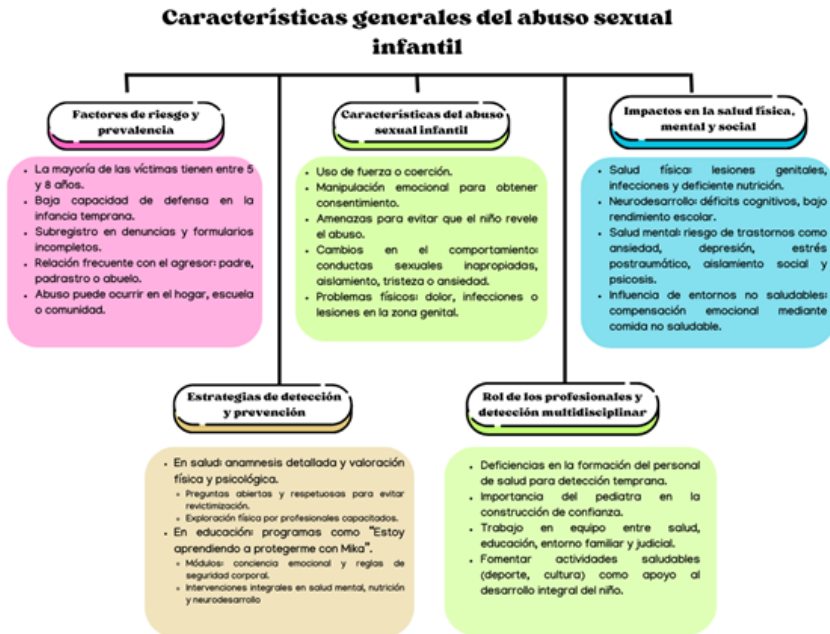
En cuanto a la valoración física, ante un caso o posible caso de abuso sexual infantil, esta debe hacerse minuciosamente, ya que este tipo de abuso puede manifestarse a través de una variedad de signos y síntomas físicos y emocionales. Algunos de los signos físicos pueden incluir lesiones en la zona genital, infecciones o enfermedades de transmisión sexual. Los síntomas emocionales pueden incluir cambios en el comportamiento del niño o niña, como la aparición de conductas sexuales inapropiadas, el aislamiento social, la tristeza o la ansiedad. Es importante realizar una valoración física y psicológica completa de la niña o niño afectado, incluyendo la exploración de la zona genital y la evaluación de su estado emocional. La valoración debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado en la detección del abuso sexual infantil (21, 22).

En el ámbito educativo, se encontraron estrategias y aplicaciones creadas por los docentes de las instituciones educativas, como lo es “Estoy aprendiendo a protegerme con Mika”, que cuenta con módulos como: conciencia emocional, reglas de seguridad corporal, entre otros y que clasifican en grupos: grupo autoprotector o protector, grupo con secretos de riesgo (probable abuso sexual, maltrato, negligencia), y grupo de riesgo. Desde el entorno de la salud, se pueden acoger estas alternativas y/o crear estrategias para la detección y prevención del abuso, pues son una herramienta fácil y útil en la detección de casos no reportados o denunciados, por temor ya sea del menor o de su principal cuidador, teniendo en cuenta que el abuso sexual en su gran mayoría proviene desde el ambiente familiar del menor (23).

La identificación del abuso sexual infantil no es responsabilidad de los agentes de un solo entorno, pues esto es un trabajo en equipo de cada uno de los ámbitos en los que convive el menor; esta detección

puede iniciar desde la escuela, el hogar, grupos deportivos, culturales o artísticos en los cuales se encuentre el menor, ser remitido a los profesionales en salud y contar con la participación de los entes judiciales.

Gráfico 2: Características generales del abuso sexual infantil



Fuente: Elaboración propia.

3. Efectos o consecuencias del abuso sexual infantil

Dentro de esta categoría se puede constatar que el abuso sexual infantil trae consigo efectos que pueden ser profundos y duraderos para el niño/a. La mayoría de los estudios que abordan las secuelas del abuso sexual infantil muestran numerosas consecuencias psicológicas, sociales, conductuales y físicas (24). A continuación, de acuerdo con la revisión realizada, se describe cada uno de los efectos que conlleva el abuso durante la etapa de la infancia.

En primer lugar, a nivel físico, el abuso sexual infantil puede provocar lesiones físicas directas, como heridas, hematomas o desgarros en el área genital. Además, las víctimas pueden desarrollar problemas de salud a largo plazo, como trastornos del sueño, dolores de cabeza crónicos, trastornos alimentarios y enfermedades de transmisión sexual. Estas consecuencias físicas pueden afectar su bienestar general y requerir atención médica y terapéutica especializada (25, 26).

A nivel emocional y psicológico, estos apuntan a aquellas consecuencias que se presentarán en el niño tanto a corto como a largo plazo. Durante la infancia las víctimas suelen experimentar una amplia gama de efectos negativos (27), pueden desarrollar trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático y problemas de conducta. Si bien el abuso sexual infantil puede tener un impacto significativo en la salud mental de los niños, no todos los niños abusados sexualmente desarrollan trastornos psicóticos (24).

En cuanto a los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, la relación con el abuso sexual infantil no está completamente establecida. Algunos estudios han encontrado una asociación entre el abuso sexual en la infancia y un mayor riesgo de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, pero no se ha establecido una relación causal clara (28). Se necesitan más investigaciones para comprender mejor los factores de riesgo y los mecanismos subyacentes que pueden contribuir al desarrollo de trastornos psicóticos en niños abusados sexualmente (29). La relación entre los trastornos de salud mental y los trastornos psicóticos en niños abusados sexualmente es un tema complejo que ha sido objeto de estudio en la investigación psicológica y psiquiátrica (17, 24).

También es común que su autoestima y confianza en sí mismos se vean gravemente afectadas, lo que puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales y en el desarrollo de una identidad saludable. Durante la revisión llama la atención que muchos

expertos coinciden en que el síntoma más característico en las víctimas de este grupo de edad es la expresión de algún tipo de conducta sexualizada. Este comportamiento sexual inapropiado del preescolar puede estar relacionado con haber sido objeto de abuso sexual (1).

En cuanto a las consecuencias a largo plazo, se refieren a aquellas de la vivencia que permanecen o incluso pueden agudizarse con el tiempo, hasta llegar a configurar patologías definidas, las cuales pueden acabar por afectar su parte física, ya que se manifiestan con dolores crónicos generales o trastornos psicósomáticos, alteraciones del sueño, etc., también se presentan de forma conductual. Algunas de estas son: intento de suicidio, consumo de drogas y alcohol, trastorno de identidad, de tipo emocional como la depresión, ansiedad, baja estima, dificultad para expresar sentimientos, de tipo sexual se pueden presentar fobias sexuales, disfunciones sexuales, falta de satisfacción o incapacidad, alteraciones de la motivación sexual (30), mayor probabilidad de sufrir violaciones y de entrar en la prostitución, dificultad para establecer relaciones sexuales; asimismo, también hay que tener en cuenta aquellas consecuencias que involucran la parte social, ya que se presentan problemas de relación interpersonal, aislamiento, dificultades de vinculación afectiva con los hijos (13, 17).

Es importante destacar que todas estas consecuencias y efectos del abuso sexual infantil pueden variar de una persona a otra, dependiendo de diversos factores, como la edad en la que ocurrió el abuso, la duración y la frecuencia del mismo, el vínculo con el agresor y el apoyo disponible después del abuso (31).

Ante estas graves consecuencias, es fundamental que las víctimas de abuso sexual infantil reciban apoyo y atención profesional especializada. La terapia psicológica y el apoyo emocional son herramientas fundamentales para ayudarles a sanar y superar los efectos traumáticos del abuso. Asimismo, es crucial promover la prevención del abuso sexual infantil, fomentando la educación

y la concienciación en la sociedad, para crear entornos seguros y proteger a los niños de esta terrible forma de violencia (32).

En los artículos revisados también se habla de la participación de niñas en conflictos armados y de qué manera su exposición a fuerzas y grupos armados puede tener impactos devastadores en su salud sexual y reproductiva.

Estas situaciones exponen a las niñas a diversos riesgos y violaciones de sus derechos humanos, incluyendo la explotación sexual, el abuso sexual, el matrimonio forzado, la esclavitud sexual y la violencia de género (33).

Algunos de los impactos en la salud sexual de las niñas asociados con fuerzas y grupos armados incluyen:

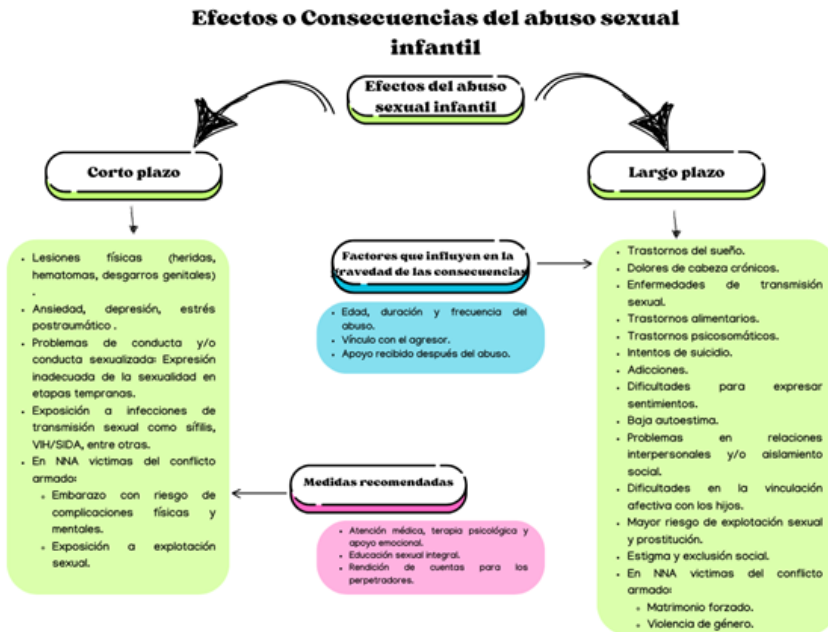
1. Explotación y abuso sexual: Las niñas pueden ser objeto de explotación y abuso sexual por parte de combatientes y otros actores armados. Esto puede incluir la violación, el acoso sexual, el trabajo sexual forzado y otras formas de violencia sexual.
2. Embarazo forzado: Las niñas pueden ser forzadas a tener relaciones sexuales y a embarazarse, lo que aumenta el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, así como de problemas de salud física y mental para ellas y sus hijos.
3. Enfermedades de transmisión sexual: La falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y la exposición a relaciones sexuales forzadas aumentan el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.
4. Trauma psicológico: La violencia sexual y el abuso pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las niñas, provocando efectos como el trastorno de estrés

postraumático, depresión, ansiedad y pensamientos suicidas.

5. Estigma y exclusión: Las niñas que han sido víctimas de violencia sexual a menudo enfrentan estigma y discriminación en sus comunidades, lo que dificulta su acceso a servicios de salud y apoyo.

En cuanto a esta problemática se sabe que las organizaciones internacionales, los gobiernos y las ONG trabajan en conjunto para abordar estos problemas y proteger los derechos y la salud de las niñas en situaciones de conflicto (34). Pero aun así, con todo y estas intervenciones, hoy en día sigue presente esta problemática a nivel nacional; por ello es fundamental abordar estos impactos en la salud sexual de las niñas y garantizar su protección y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados (35). Esto incluye el acceso a atención médica, apoyo psicológico, servicios de salud sexual y reproductiva, educación sexual integral y programas de prevención de la violencia de género. Además, se deben tomar medidas para prevenir y abordar la participación de niños y niñas en conflictos armados y garantizar la rendición de cuentas de los perpetradores de violencia sexual (36).

Gráfico 3: Efectos o consecuencias del abuso sexual infantil



Fuente: Elaboración propia.

4. Estrategias de educación para la prevención del abuso sexual en la infancia

La prevención del abuso sexual infantil es un tema fundamental en el sector salud, ya que puede tener consecuencias graves en la salud física y emocional de los niños y niñas afectados. La educación es una herramienta clave para prevenir el abuso sexual infantil, y el sector salud tiene un papel fundamental en la promoción de estrategias de educación efectivas. A continuación, se presentan algunas estrategias de educación para la prevención del abuso sexual en la infancia desde el sector salud.

Entre las estrategias de educación para la prevención del abuso sexual, debemos iniciar con la participación activa de su cuidador principal, dejando de lado los tabúes que existen respecto a este

tema. Desde la casa, brindarle la seguridad de su independencia al realizar su cuidado personal, al momento del baño, que el niño tenga un ambiente de confianza para poder contar y charlar las dudas que surjan durante su crecimiento y desarrollo, y así mismo el cuidador principal tenga las herramientas para poder resolver estas dudas. Es importante que los niños y niñas aprendan sobre su cuerpo y las partes privadas desde una edad temprana. Los padres y cuidadores pueden enseñarles los nombres correctos de las partes del cuerpo y explicarles que nadie debe tocar sus partes privadas sin su consentimiento (38).

El reconocimiento, autorreconocimiento, de cada una de las partes de su cuerpo y del otro, cuidando de sí mismo y respetándose a sí mismo y a los demás. También es importante enseñar a los niños y niñas habilidades de comunicación efectiva, para que puedan expresar sus sentimientos y necesidades de manera clara y segura. Esto les permite establecer límites y reconocer situaciones de riesgo (39).

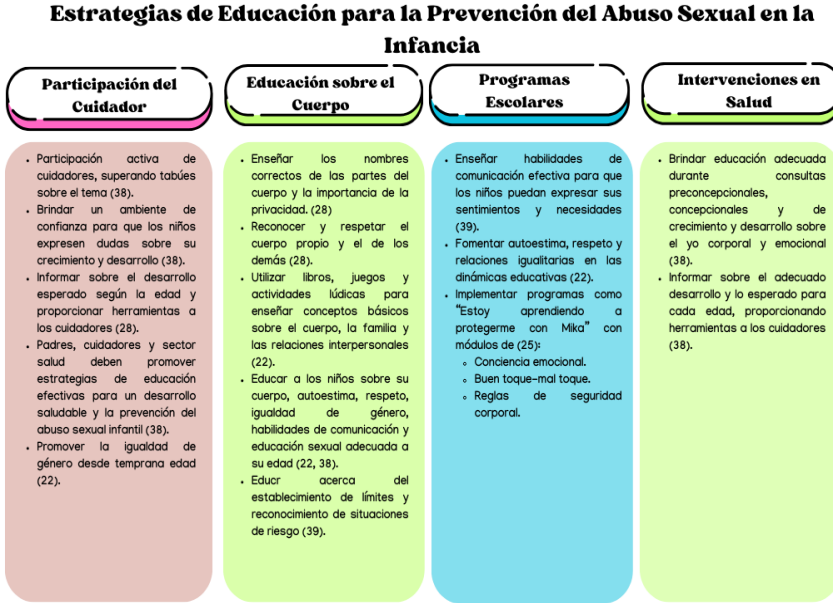
A su vez es importante promover la igualdad de género desde una edad temprana, para que los niños y niñas aprendan a respetar y valorar a todas las personas, independientemente de su género. La educación sexual se adapta a la edad y nivel de desarrollo de los niños y niñas. En la primera infancia, se pueden enseñar conceptos básicos sobre el cuerpo, la familia y las relaciones interpersonales. Los padres y cuidadores pueden utilizar libros, juegos y actividades para enseñar estos conceptos de manera lúdica y divertida (22).

A propósito de la escuela, encontramos en Turquía una aplicación creada por docentes llamada “Estoy aprendiendo a protegerme con Mika” (23), un programa para la prevención del abuso sexual; como ya lo mencionamos en el título anterior, este cuenta con una secuencia de cinco semanas que consiste en cinco módulos, que incluyen conciencia emocional, buen toque-mal toque y reglas de seguridad corporal, entre otros.

En el sector salud, es importante durante las consultas preconcepcionales, concepcionales para los cuidadores, y crecimiento y desarrollo para los cuidadores y niños o niñas, el brindar la educación adecuada en cuanto a su yo corporal y emocional. Así mismo, ofrecer información con respecto al adecuado desarrollo y lo esperado para la edad, que ofrezca herramientas a los cuidadores, lo cual resulta interesante ya que cerca del 4% de la información respecto a estrategias basadas para la identificación y la transmisión de conocimientos a otra área se limita al entorno clínico, dejando un campo en el área comunitaria sin herramientas basadas en la evidencia como método de transformación en la atención primaria en salud pediátrica (38).

Para finalizar este apartado, es esencial educar a los niños y niñas desde una edad temprana sobre su cuerpo, la autoestima, el respeto, la igualdad de género, las habilidades de comunicación y la educación sexual adecuada a su edad para su desarrollo saludable y para prevenir problemas de salud relacionados con la sexualidad, como el abuso sexual infantil. Tanto los padres y cuidadores como el sector salud tienen un papel importante en la promoción de estrategias de educación efectivas para los niños y niñas.

Gráfico 4: Estrategias de educación para la prevención del abuso sexual en la infancia



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

El principal hallazgo de esta revisión está relacionado con el abuso sexual infantil y sus implicaciones en el entorno de la salud. Se evidenció que las manifestaciones y consecuencias del abuso sexual, tanto a corto como a largo plazo, son un aspecto central en la literatura sobre sexualidad infantil.

No obstante, es importante destacar la relevancia del papel que pueden desempeñar los profesionales de la salud en la promoción de una sexualidad infantil saludable. Estos profesionales tienen la oportunidad de orientar a los padres y cuidadores, desmitificando falsas creencias y generando confianza en torno al adecuado abordaje y vivencia de la sexualidad en la niñez.

Los hallazgos subrayan la necesidad de que los profesionales de la salud, especialmente los de enfermería, cuenten con las herramientas y conocimientos necesarios para abordar la sexualidad infantil de manera integral. Esto les permitirá brindar educación y acompañamiento a los padres, fomentando entornos seguros y de apoyo donde los niños puedan explorar y expresar su sexualidad de manera saludable y respetuosa.

Recomendaciones

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel vital en la promoción de la salud sexual y de género en niños y niñas desde una perspectiva integral. Para ello, es fundamental que estén informados y actualizados sobre el desarrollo de la sexualidad infantil, reconociendo que es un proceso evolutivo influenciado por una variedad de factores, incluyendo el entorno familiar, social y cultural. En este sentido, los profesionales de enfermería deben proporcionar un entorno seguro y de apoyo donde los niños puedan explorar y expresar su identidad de género de manera auténtica. Esto implica comprender y respetar la diversidad de expresión de género, así como abogar por prácticas médicas que respeten la autonomía y los derechos humanos de las personas intersexuales y transexuales.

Otro aspecto crucial en el cuidado infantil es la prevención del abuso sexual. Los profesionales de enfermería deben promover estrategias efectivas de educación para prevenir el abuso sexual desde una edad temprana, tanto en el hogar como en la escuela. Esto implica fomentar un ambiente de confianza donde los niños se sientan seguros para expresar sus dudas y preocupaciones, así como enseñarles habilidades de comunicación efectiva y promover la igualdad de género.

La implementación de programas específicos de prevención del abuso sexual, tanto en la escuela como en el ámbito de la salud, puede contribuir significativamente a la protección de los niños y

niñas. Los profesionales de enfermería deben brindar educación adecuada durante las consultas preconceptionales, conceptionales y de crecimiento y desarrollo, adaptando la información a las necesidades y etapas de desarrollo de los niños y sus familias. En resumen, los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud sexual y de género, así como en la prevención del abuso sexual infantil. Su compromiso con la creación de entornos seguros y de apoyo para los niños y niñas es fundamental para garantizar su bienestar físico y emocional a lo largo de su desarrollo.

Tabla No. 2. Estudios incluidos para síntesis y revisión

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
1	The POCSO ACT 2012: Stop the Abuse, Stop the Cruelty, Stop the Slaughter!	Perumal P, Ravindra S Honnugar, Lakshmiharathi M. The POCSO ACT 2012: Stop the Abuse, Stop the Cruelty, Stop the Slaughter! [online] International Journal of Medical Justice, IJM], Volume 1, Number 1: 2023 [citado 2023-04-29]. Disponible en: https://www.ijmj.net/archive/2023/1/1/IJM]-2023-15.pdf .	2012	India	Descriptivo
2	A problemática da sexualidade infantil, segundo D. W. Winnicott: desfazendo mal-entendidos	Neto Naffah Alfredo. A problemática da sexualidade infantil, segundo D. W. Winnicott: desfazendo mal-entendidos[Internet]. 2014 [citado 2023-04-29]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v48n4/v48n4a08.pdf	2014	Brasil	Cualitativo
3	Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse	Rahman Gisel, Ocampo Dolores, Rubinstein Anahí, Riso Paula. Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse [Internet]. 2015 Ene [citado 30-04 de 2023]; 113(5): 390-396. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000500003&lng=es. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.390 .	2015	Argentina	Cuantitativo - Estudio retrospectivo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
4	Evaluación de un programa de promoción de conductas de autoprotección para la prevención del abuso sexual infantil, Medellín, Colombia	Vélez CM, Henao PA, Ordoñez F, Gómez LE. Evaluación de un programa de promoción de conductas de Autoprotección para la prevención del abuso sexual infantil, Medellín, Colombia. Revista Médica de Risaralda [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 5]; 21(1):3-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672015000100002&lang=es	2015	Colombia	Estudio cuasi-experimental
5	Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años	Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2015; 14(29): 62-82. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54543012004	2015	Colombia	Cualitativo interpretativo
6	Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública	Sánchez Girón. Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. [Internet]. 2015 febrero 9. [Citado 29-04 de 2023]. Disponible en: https://revistas.umife.edu.pe/index.php/avancespsicologia/article/view/171	2015	Perú	Cualitativo- Transversal- Revisión sistematizada

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
7	Esquecimentos, fantasias e sexualidade infantil: efeitos da autoanálise de Freud	Costa, André Oliveira. Esquecimentos, fantasias e sexualidade infantil: efeitos da autoanálise de Freud. <i>Estilos clin.</i> [online]. 2016, vol.21, n.1 [citado 2023-04-29], pp. 200-217. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000100012&lng=pt&nrm=iso . ISSN 1415-7128. http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i1p200-217 .	2016	Brasil	investigación documental
8	Educación sexual de niños y niñas de 0-6 años	Mediavilla Parra Paula .Educación sexual de niños y niñas de 0-6 años [Internet] 2016 [citado 2023 04 30] Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17725/TFG-H448.pdf;jsessionid=341FEE6C317A35833B6AE-0FEBA884B5?sequence=1	2016	España	Exploratorio
9	Child sexuality: information to guide the clinical practice	García-Pina, Corina A. Child sexuality: information to guide the clinical practice. <i>Acta pediatr. Méx</i> [online]. 2016, vol.37, n.1 [citado 2023-04-29], pp. 47-53. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000100047&lng=es&nrm=iso >. ISSN 2395-8235.	2016	México	Descriptivo- Revisión sistematizada
10	Detectando el abuso sexual infantil	Carmen de Manuel Vicente. Detectando el abuso sexual infantil. [Internet]. 2017 [citado 2023-04-30]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19s26/1139-7632-pap-19-s26-00039.pdf	2017	España	Cualitativo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
11	Clinical characteristics of children presenting with a suspicion or allegation of historic sexual abuse.	Al-Jilalawi S, Borg K, Jamieson K, Maguire S, Hodes D. Clinical characteristics of children presenting with a suspicion or allegation of historic sexual abuse. Arch Dis Child [Internet]. 2018; 103(6):533–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-313676	2017	Inglaterra	Retrospectivo
12	Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018	Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2018. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2018 [citado el 12 de abril de 2023]; 31(3):225–31. Disponible en: https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(17)30542-9/fulltext	2018	Estados Unidos	Exploratorio
13	The Diagnostic Utility of the Child Sexual Behavior Inventory for Sexual Abuse: A Systematic Review.	Vrolijk-Boschaart TF, Verlinden E, Langendam MW, De Smet V, Teeuw AH, Brilleslijper-Kater SN, et al. The diagnostic utility of the Child Sexual Behavior Inventory for sexual abuse: A systematic review. J Child Sex Abus [Internet]. 2018; 27(7):729–51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2018.1477215	2018	Holanda	Descriptivo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
14	How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review.	Lines L, Grant J, Hutton A. How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. <i>J Pediatr Nurs</i> [Internet]. 2018; 43:e75-84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010	2018	Australia	Descriptivo
15	Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult?	Vrolijk-Boschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult? <i>Eur J Pediatr</i> . 2018 Sep; 177(9):1343-1350. doi: 10.1007/s00431-018-3193-z. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29938356; PMCID: PMC6096762.	2018	Países Bajos	Descriptivo
16	Modelo comunitario para la promoción, prevención, asistencia y protección ante situaciones de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes	Wald G, Camarotti AC, Capriati AJ, Kornblit AL. Modelo comunitario para la promoción, prevención, asistencia y protección ante situaciones de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 5]; 28(4). Disponible en: https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n4/e280412/	2019	Argentina	Modelo Teórico

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
17	Gubernamentalidad, Estado y regulaciones: apuntes para pensar el gobierno de la infancia	Anastasia C. El lugar de la lectura y la escritura en la formación de profesionales de la salud. Experiencia en la Universidad Nacional Arturo Jauretche [ponencia]. En: I Congreso Internacional Lenguas, Traducción y Sociedad: nuevos horizontes en la enseñanza y la investigación; 2015 ago 5-7; Buenos Aires, Argentina [Internet]. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata; 2015 [citado 2025 jul 16]. Disponible en: https://www.diferencias.com.ar/congreso/ICLTS2015/ponencias/Mesa%2020/ICLTS2015_Mesa20_Anastas%C3%ADa.pdf	2015	Argentina	estudio etiológico
18	Children's Sexuality and Nudity in Discourse and Images in a Danish Education and Care Journal over 50 Years (1970-2019): The Emergence of "The Child Perpetrator of Sexual Abuse" in an International Perspective.	Andreasen, J. (1999) Pædofili. Om seksuelt misbrug af børn og unge i samfundets institutioner. Frydenlund. Balter, A.-S., van Rhijn, T. M., & Davies, A. W. J. (2018). Equipping early childhood educators to support the development of sexuality in childhood: Identification of pre- and post-service training needs. Canadian Journal of Human Sexuality, 27(1), 33-42. https://doi.org/10.3138/cjhs.2017-0036	2019	Dinamarca	estudio de tipo cualitativo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
19	Predictors of Intrusive Sexual Behaviors in Preschool-Aged Children.	Smith TJ, Lindsey RA, Bohora S, Silovsky JF. Predictors of intrusive sexual behaviors in preschool-aged children. <i>J Sex Res</i> [Internet]. 2019; 56(2):229–38. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2018.1447639	2019	Estados Unidos	Exploratorio
20	Compounding Stress: Childhood Adversity as a Risk Factor for Adulthood Trauma Exposure in the Health and Retirement Study.	Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, & Giles WH (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. <i>European Archives of Psychiatry and Clin Neuroscience</i> , 256(3), 174–186. 10.1007/s00406-005-0624-4 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] Arrighi HM, & Hertz-Picciotto I (1994). The evolving concept of the healthy worker survivor effect. <i>Epidemiology</i> , 5(2), 189–196. https://doi.org/10.1097/00001648-199403000-00009 [PubMed] [Google Scholar]	2020	Estados Unidos	estudio etiológico
21	Sexuality of a Child with Intellectual Disability from Urie Bronfenbrenner's Bioecological Perspective	Klaudia Wos, Ditta Baczala. Sexuality of a Child with Intellectual Disability from Urie Bronfenbrenner's Bioecological Perspective [Internet]. 2020 [citado 2023-04-28]. Disponible en: https://journals.umcs.pl/pe/article/view/11095	2020	Polonia	Cualitativo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
22	Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados	Barcellos TMT, Góes FGB, Silva ACSS, da Souza AN, Camilo LA, Goulart M de C e L. Violência contra crianças: descrição dos casos em município da baixada litorânea do Rio de Janeiro. Escola Anna Nery [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 5]; 25(4). Disponible en: https://www.scielo.br/j/ean/a/cTmYDCmW/Pkq3NcrSf4sLRdx/?lang=pt	2021	Brasil	Estudio ecológico, descriptivo e inferencial.
23	El abuso sexual en la infancia y sus secuelas	Ramírez Meilyn R, Ramírez Quesada L. El abuso sexual en la infancia y sus secuelas. MEDISAN [Internet]. 2021 Ago [citado 2024 Mayo 30]; 25(4): 1001-1011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000401001&lng=es . Epub 23-Ago-2021.	2021	Cuba	Estudio cualitativo
24	Sexual Abuse as a Cause of Prepubertal Genital Bleeding: Understanding the Role of Routine Physical Examination.	Hadley J, Moore J, Goldberg A. Sexual abuse as a cause of prepubertal genital bleeding: Understanding the role of routine physical examination. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2021 [citado el 12 de abril de 2023]; 34(3):288-90. Disponible en: https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(21)00003-6/fulltext	2021	Estados Unidos	Descriptivo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
25	"I am Learning to Protect Myself with Mika." A Teacher-based Child Sexual Abuse Prevention Program in Turkey.	Kızıltepe R, Eslek D, Irmak TY, Güngör D. "I am learning to protect myself with Mika." A teacher-based child sexual abuse prevention program in turkey. J Interpers Violence [Internet]. 2022; 37(11-12): NP10220-44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0886260520986272	2021	Turquía	Experimental
26	Transtorno do Estresse Pós-Traumático e o desenvolvimento neuropsíquico de crianças sexualmente abusadas	Penna Trentini C.J, Penna Trentini G.C, Transtorno do Estresse Pós-Traumático e o desenvolvimento neuropsíquico de crianças sexualmente abusadas [Internet] 2022 [citado 30-04-2023]. Disponible en: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/50415	2022	Brasil	Revisión bibliográfica narrativa
27	La importancia de las habilidades terapéuticas en la intervención con niños víctimas de abuso sexual.	López Ospina A.P, Rincón Palacio N., Gómez Echeverri D.M, La importancia de las habilidades terapéuticas en la intervención con niños víctimas de abuso sexual. [Internet]. [citado 30-04-2023] Disponible en: https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/12232 "	2022	Colombia	Revisión bibliográfica -Cualitativo
28	Psychometric Properties of the Korean Version of the Child Sexual Behavior Inventory.	Choi JY, Song DH. Psychometric properties of the Korean version of the child sexual behavior inventory. J Child Sex Abus [Internet]. 2022; 31(7):805-16. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2022.2142183	2022	Corea	Analítico/experimental

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
29	Consecuencias neurobiológicas del abuso sexual en la infancia: revisión de literatura	Charry-Lozano L, Pinzón-Fernández MV, Muñoz-Otero DF, Becerra-González N, Montero-Molina DS, Luna-Samboni DS. Consecuencias neurobiológicas del abuso sexual en la infancia: revisión de literatura. Entramado [Internet]. 2022 Jun 5 [citado 2023 Apr 5]; 18(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-38032022000200219&lang=es	2022	Colombia	Revisión no sistemática de literatura científica
30	Childhood Maltreatment and Mid-Life Adult Sexuality: A 10-Year Longitudinal Study	Talmon A, Ahmet Uysal, Gross JJ. Childhood Maltreatment and Mid-Life Adult Sexuality: A 10-Year Longitudinal Study. 2022 Feb 1 [cited 2023 Jun 2]; 51(2):781-95. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599467/	2022	Estados Unidos	Estudio observacional / Estudio pronóstico / Factores de riesgo
31	Rare (uro-)genital pathologies in young girls mimicking sexual abuse.	Schaul M, Schwark T. Rare (uro-)genital pathologies in young girls mimicking sexual abuse. Int J Legal Med [Internet]. 2022; 136(2):623-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00414-021-02621-z	2022	Luxemburgo	Descriptivo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
32	Análise da influência do momento do ingresso em creches no desenvolvimento infantil.	Batista CLC, Brentani AVM. Análise da influência do momento do ingresso em creches no desenvolvimento infantil [Analysis of the influence of the timing of enrollment in daycares on child development]. Cad Saude Publica. 2023 Apr 17;39(4):e00150622. Portuguese. doi: 10.1590/0102-3111XPT150622. PMID: 37075341.	2023	Brasil	Artículo de Revisión
33	Trauma and false memories: how can psychology contribute to the hearing of child victims of sexual violence?	Costa, AO. Esquecimentos, fantasias e sexualidade infantil: efeitos da autoanálise de Freud. Estilos clin. [online]. 2016, vol.21, n.1 [citado 2023-04-29], pp. 200-217. Disponible en: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000100012&lng=pt&nrm=iso >. ISSN 1415-7128. http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i1p200-217 .	2023	Brasil	Descriptivo
34	Impactos familiares del abuso sexual infantil: Una revisión de alcance. Psicoperspectivas, [Internet]. Volumen 22, Número 1, 15 marzo 2023 22(1). [citado 2023-04-28]. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242023000100107&script=sci_arttext	Latorre Latorre, MS. Impactos familiares del abuso sexual infantil: Una revisión de alcance. Psicoperspectivas, [Internet]. Volumen 22, Número 1, 15 marzo 2023 22(1). [citado 2023-04-28]. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242023000100107&script=sci_arttext	2023	Chile	Cualitativo

N°	TÍTULO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO	PAÍS	METODOLOGÍA/ TIPO DE ESTUDIO
35	Casamiento infantil y salud perinatal en Ecuador, 2015-2020	Ospina D, Orozco F, Urquía M. Casamiento infantil y salud perinatal en Ecuador, 2015-2020. Universidad Nacional de Lanús-Argentina. Salud Colectiva, vol. 19, e4325, 2023. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/731/73174906013/	2023	Ecuador	Estudio observacional retrospectivo
36	Innovation in Sexuality and Relationship Education in Child Welfare: Shifting Toward a Focus on Ongoing Conversations, Connection, and Consent.	Andrade Correia LT; Campus Arapiraca, Federal University of Alagoas, Arapiraca, Alagoas, Brazil. Electronic address: larissa.correia@arapiraca.ufal.br . Coimbra DG; Circadian Medicine Center, Faculty of Medicine, Federal University of Alagoas, Maceió, Alagoas, Brazil. Electronic address: dgcoimbra@famed.ufal.br . https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-37075531	2023	Estados Unidos	Descriptivo
37	Ignored Components of Sexuality: The Need for Competent Clinical Practice with Child Survivors of Sexual Abuse.	Lanza T, Levand MA. Ignored Components of Sexuality: The Need for Competent Clinical Practice with Child Survivors of Sexual Abuse. <i>Journal of Child Sexual Abuse</i> . 2023, 32(2), 164-183. https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2166886	2023	Estados Unidos	Estudio Cualitativo

Fuente: Elaboración propia.

Referencias

1. Real-López M, Peraire M, Ramos-Vidal C, Llorca G, Julián M, Pereda N. Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* [Internet]. 28 de febrero de 2023 [citado 08 de mayo de 2024];40(1):13-30. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/857>
2. Ramírez Meilyn R, Ramírez Quesada L. El abuso sexual en la infancia y sus secuelas. *MEDISAN* [Internet]. 2021 Ago [citado 30 de mayo de 2024];25(4): 1001-1011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000401001&lng=es. Epub 23-Ago-2021.
3. Singh M, Parsekar S, Nair S. An epidemiological overview of child sexual abuse. *J Family Med Prim Care*. 2014 [citado 30 de mayo de 2024];3(4):430.
4. Pereda N, Abad J. Multidisciplinary approach in the exploration of child sexual abuse. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013;39(1): 19-25.
5. Soledad M, Latorre L. Impactos familiares del abuso sexual infantil: Una revisión de alcance. *Familial impact of child sexual abuse: A scoping review*. *Psicoperspectivas* [Internet]. [citado 8 de mayo de 2024];22(1):15-2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue1-fulltext-2686>
6. World Health Organization. Human Reproduction Special Programme. 2024. Investigación y Salud Sexual y Reproductiva (SSR). [citado 8 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/overview](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/overview)
7. García-Piña CA, Corina D, García-Piña A. Child sexuality: information to guide the clinical practice. *Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica*. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2016 [citado 8 de mayo de 2024];37:47-53. Disponible en: www.actapediatrica.org.mx

8. Costa AO. Esquecimentos, fantasias e sexualidade infantil: efeitos da autoanálise de Freud. *Estilos da Clínica* [Internet]. 2016 Apr 1 [citado 8 de mayo de 2024];21(1):200–17. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=.S1415-.71282016000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Neto AN. A problemática da sexualidade infantil, segundo D. W. Winnicott: desfazendo mal-entendidos. *Revista Brasileira de Psicanálise* [Internet]. 2014 [citado 19 de mayo de 2024];48(4):83–94. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
10. Roldán Restrepo D, Arenas Duque A, Forero Martínez LJ, Rivera D, Rivillas JC. Conocimientos y percepciones de niñas, niños y adolescentes sobre la sexualidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2021 Feb 1 [citado 19 de mayo de 2024];39(2):1–10.
11. Viñas Velázquez BM, Mejía Ramírez MA, Martínez Álvarez Y, Islas Limón JY. Sexualidad positiva y prevención de abuso sexual infantil en la frontera norte de México. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2015 [citado 8 de mayo de 2024];7(1):9–16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=333139283002>
12. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: Recognizing child sexual abuse—What makes it so difficult? *Eur J Pediatr*. 2018 Sep 25 [citado 8 de mayo de 2024];177(9):1343–50.
13. Guerra C, Farkas C. Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Symptomatology in Victims of Sexual Abuse: Are the “Objective” Characteristics of Abuse Important?* 2015 [citado 8 de mayo de 2024];24(2):1–19. Disponible en: www.revistapsicologia.uchile.clm
14. Schaul M, Schwark T. Rare (uro-)genital pathologies in young girls mimicking sexual abuse. *Int J Legal Med* [Internet].

- 2022 [citado 8 de mayo de 2024];136(2):623–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00414-021-02621-z>
15. Sánchez RG. Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. *Avances en Psicología* [Internet]. 2015 Jun 15 [citado 8 de mayo de 2024];23(1):61–71. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/171>
 16. Magnabosco Marra M, Fortunato Costa L. Entre a revelação e o atendimento: família e abuso sexual. *Av Psicol Latinoam* [Internet]. 2018 [citado 8 de mayo de 2024];36(3):459–75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242018000300459 doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3564>
 17. Charry-Lozano L, Pinzón-Fernández MV, Muñoz-Otero DF, Becerra-González N, Montero-Molina DS, Luna-Samboní DS, et al. Consecuencias neurobiológicas del abuso sexual en la infancia: revisión de literatura. *Entramado* [Internet]. 2022 Jun 5 [citado 8 de mayo 2024]; 18(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-38032022000200219&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 18. Almeida RMC de, Penso MA, Costa LF. Abuso Sexual Infantil Masculino: O Gênero Configura O Sofrimento E O Destino? *Medwave*. 2005; 5(6):46–67.
 19. Vrolijk-Bosschaart, TF, Brilleslijper-Kater, SN, Benninga, MA et al. Práctica clínica: reconocer el abuso sexual infantil: ¿qué lo hace tan difícil? *Eur J Pediatr* 177, 1343–1350 (2018). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3193-z>
 20. López Ospina AP, Rincón Palacio N, Gómez Echeverri DM, La importancia de las habilidades terapéuticas en la intervención con niños víctimas de abuso sexual. [Internet]. [Citado 30 de abril 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/12232>

21. Kataguirí LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro S de S. Characterization of sexual violence in a state from the Southeast region of Brazil. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 5 de abril 2023]; 28. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XP6GktxgQwNb4xdkYR4nCsG/?format=pdf&lang=en>
22. West MM. Meta-analysis of studies assessing the efficacy of projective techniques in discriminating child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1998 Nov; 22(11):1151–66.
23. Kızıltepe R, Eslek D, Irmak TY, Güngör D. “I am learning to protect myself with Mika”: A teacher-based child sexual abuse prevention program in Turkey. *J Interpers Violence* [Internet]. 2022; 37(11–12):NP10220–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260520986272>
24. Penna Trentini CJ, Penna Trentini GC. Transtorno do Estresse Pós-Traumático e o desenvolvimento neuropsíquico de crianças sexualmente abusadas [Internet] 2022 [citado 30 de abril 2023]. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/50415>
25. Lanza T, Levand MA. Ignored Components of Sexuality: The Need for Competent Clinical Practice with Child Survivors of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2023, 32(2), 164–183. <https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2166886>
26. Sánchez Girón R. Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. [Internet]. 2015 febrero 9. [Citado 29 de abril 2023]. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/171>
27. Talmon A, Uysal A, Gross JJ. Childhood Maltreatment and Mid-Life Sexuality: A ten year-Longitudinal Study. *Arch Sex Behav.* [Internet] 2022 02. [Citado 29 de abril 2023]; 51(2):781-795. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-34599467>

28. Nicoletti M, Giacomozzi AI, Cabral MF. Anàlise de dois estudos de casos sobre abuso sexual cometido por mães. *Revista de Psicologia (Perú)*. 2017;35(2):423–52.
29. Vrolijk-Bosschaart TF, Verlinden E, Langendam MW, De Smet V, Teeuw AH, Brilleslijper-Kater SN, et al. The diagnostic utility of the Child Sexual Behavior Inventory for sexual abuse: A systematic review. *J Child Sex Abus [Internet]*. 2018; 27(7):729–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2018.1477215>
30. Wearick-Silva LE, Tractenberg SG, Levandowski ML, Viola TW, Pires JMA, Grassi-Oliveira R. Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014; 36(2):119–22.
31. Smith TJ, Lindsey RA, Bohora S, Silovsky JF. Predictors of intrusive sexual behaviors in preschool-aged children. *J Sex Res [Internet]*. 2019; 56(2):229–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2018.1447639>
32. Lyons J, Romano E. Childhood Sexual Abuse Profiles and Psychological Functioning in Adult Males. *J Child Sex Abus [Internet]*. 2019;28(5):544–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1563263>
33. Ospina D, Orozco F, Urquía M. Casamiento infantil y salud perinatal en Ecuador, 2015–2020. Universidad Nacional de Lanús - Argentina. *Salud Colectiva, [Internet]*. 2023; vol. 19, e4325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/731/73174906013/>
34. Vélez CM, Henao PA, Ordoñez F, Gómez LE. Evaluación de un programa de promoción de conductas de Autoprotección para la prevención del abuso sexual infantil, Medellín, Colombia. *Revista Médica de Risaralda [Internet]*. 2015 [citado 5 de abril 2023]; 21(1):3–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672015000100002&lang=es

35. Mediavilla PP. Educación sexual de niños y niñas de 0-6 años [Internet] 2016 [citado 2023 04 30] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17725/TFGH448.pdf;jsessionid=341FEEE6C317A35833B6AE0FEBA-884B5?sequence=1>
36. Wald G, Camarotti AC, Capriati AJ, Kornblit AL. Modelo comunitario para la promoción, prevención, asistencia y protección ante situaciones de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 5 de abril 2023]; 28(4). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/physis/2018.v28n4/e280412/>

De vuelta a casa: recomendaciones al plan de alta de enfermería para niños con asma

Back home: recommendations to the nursing discharge plan for children with asthma

July Alejandra Cárdenas*

Aura M. López Sarmiento**

Luz Dary Cano Rodríguez***

Leidy Alexandra González Sánchez****

Resumen

El asma es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que afecta de forma más frecuente a niños mayores

* Estudiante, Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0000-0884-2104>. july.cardenas@uptc.edu.co

** Estudiante, Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. orcid.org/0000-0002-5424-3716. aura.lopez06@uptc.edu.co

*** Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico. Magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Auditoría en Salud. Grupo de investigación: Calidad en enfermería. Docente Programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0003-3796-4428>. luz.cano@uptc.edu.co

**** Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional. Especialista en Desarrollo Integral de la Infancia y la Adolescencia. Magister en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación: Enfermería y Atención Primaria en Salud. Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-9153-3782>. leidyal Alexandra.gonzalez@uptc.edu.co

de 2 años, para el caso de Colombia es la segunda enfermedad crónica más incidente después de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), con una prevalencia de 12 casos por cada 100.000 habitantes; es importante que los niños que padecen esta patología continúen los cuidados necesarios para un control adecuado de la salud, evitando complicaciones y reduciendo reingresos y costos económicos tanto para la institución como para la familia. El propósito de esta investigación fue el de identificar las mejores evidencias científicas respecto al cuidado de los niños con asma para fundamentar un plan de cuidado con base en la estrategia *CUIDARME*. Se hizo una revisión narrativa de la literatura basada en búsquedas en bases de datos (Dialnet, Scielo, BVS, Scopus, Elsevier, Google Scholar, Science Direct, y PubMed). Se concluye que la educación en salud es esencial para el manejo adecuado del asma. Proporcionar información detallada sobre la fisiología respiratoria, fisiopatología, tratamiento farmacológico, dieta, actividad física y reconocimiento temprano de signos y síntomas de urgencias del asma mediante herramientas educativas diversas y atractivas ayudan a cuidadores y niños a comprender la enfermedad, reducir la ansiedad y promover un manejo efectivo.

Palabras clave (DeCS): asma, niño, alta del paciente, cuidados de enfermería en el hogar, tratamiento domiciliario

Abstract

Asthma is one of the most prevalent non-communicable chronic diseases affecting children over the age of 2. In Colombia, it is the second most common chronic disease after Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), with a prevalence of 12 cases per 100,000 inhabitants. It is crucial for children with asthma to continue necessary care to ensure proper health management, prevent complications, and reduce readmissions and economic costs for both the institution and the family. The purpose of this research was to identify the best scientific evidence regarding the care of children with asthma in order to support a care plan based on the *CUIDARME* strategy. *Methodology:* A narrative literature review

was conducted using searches in databases (Dialnet, Scielo, BVS, Scopus, Elsevier, Google Scholar, Science Direct, and PubMed). As conclusion can we say that health education is essential for the proper management of asthma. Providing detailed information on respiratory physiology, pathophysiology, pharmacological treatment, diet, physical activity, and early recognition of asthma emergency signs and symptoms through diverse and engaging educational tools helps caregivers and children understand the disease, reduce anxiety, and promote effective management.

Keywords (DeCS): asthma, child, patient discharge, home health nursing, residential treatment

Introducción

Se estima que el asma es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que afecta de forma más frecuente a niños mayores de 2 años (1), provocando para el año 2019 un total de 461.000 muertes a nivel mundial (2), de las cuales la mayoría son atribuidas a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno, especialmente en países de bajos y medianos recursos.

En el caso de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social estima que aproximadamente 1 de cada 8 colombianos sufre de asma, siendo así la segunda enfermedad crónica más incidente después de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con una prevalencia de 12 casos por cada 100.000 habitantes (3). Por esta razón, es importante que se sigan aunando esfuerzos de forma intersectorial con el fin de brindar una atención oportuna a las personas que padecen esta condición para mejorar así su bienestar y calidad de vida.

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) en 2021, el departamento de Boyacá reportó una cifra de 1.887 casos por asma, los cuales representaron una comorbilidad por mayor susceptibilidad ante el COVID-19 en el mes de octubre, siendo la segunda patología de mayor incidencia después de la artritis (4). A nivel municipal, en Tunja se reportó la cifra de 504 casos de acuerdo con el reporte departamental, y en el caso específico del Hospital Universitario de referencia para la ciudad, se presentaron en el año 2022 un total de 130 casos por asma, que representan la cuarta causa de hospitalización en el servicio de pediatría y 49 casos para el servicio de consulta externa pediátrica (5).

A partir de estas cifras, se ve la necesidad de incorporar estrategias que eviten complicaciones y reduzcan los reingresos hospitalarios, así como los costos económicos tanto para la institución como para la familia. A este propósito responde el “Plan de alta”, el cual se entiende como el conjunto de información personalizada que se brinda al paciente y a su cuidador al finalizar la estancia

hospitalaria, de modo que permita continuar con los cuidados necesarios para el control de enfermedades crónicas, como el asma en la población infantil (6). La mnemotecnia “*CUIDARME*” proporciona un marco comprensible y práctico para abordar estos aspectos fundamentales en el manejo del plan de alta, abarcando las dimensiones: Comunicación, Urgencia, Información, Dieta, Ambiente, Recreación, Medicamentos, tratamientos y Espiritualidad (1).

Se propone hacer una revisión narrativa de la literatura, con el objetivo de identificar las recomendaciones científicas más relevantes para el plan de alta de enfermería de niños con asma. La revisión busca presentar estas recomendaciones como base de una herramienta de educación para niños, cuidadores y familiares que se pueda aplicar desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. Además, se identificarán oportunamente signos y síntomas de alarma que requieran atención urgente, garantizando así la continuidad del cuidado en el hogar y el seguimiento adecuado de los niños y sus familias.

Metodología

Este estudio realizó una revisión narrativa de la literatura, siguiendo los lineamientos de la mnemotecnia *CUIDARME* para el cuidado de niños con asma después del alta hospitalaria. La revisión bibliográfica abarcó una amplia gama de bases de datos, que incluye Dialnet, Scielo, BVS, Scopus, Elsevier, Google Academic, Science Direct y PubMed. Para garantizar una búsqueda exhaustiva y precisa, se emplearon ecuaciones específicas para cada dimensión de dicha mnemotecnia.

Las búsquedas bibliográficas se llevaron a cabo en tres idiomas: español, inglés y portugués, lo que permitió una cobertura más amplia y diversa de la literatura disponible. Para maximizar la recuperación de estudios pertinentes, los términos de búsqueda fueron adaptados a cada idioma y base de datos. A continuación,

se detallan los términos de búsqueda utilizados para cada dimensión (tabla 1):

Tabla No 1. Términos de búsqueda según la dimensión de la mnemotécnica *CUIDARME*

Dimensión	Términos de búsqueda		
	Español	Inglés	Portugués
C	ASMA, signos, síntomas de alarma, niños, bebés, estudiantes	Asthma pediatric, CHILD, students, infants, warning signs, Signs and Symptoms, care home	ASMA, sinais, sintomas de alarme, Crianças, bebês, estudantes
U	Urgencias, signos, síntomas de alarma, asma pediátrica, niños, estudios pronósticos, cuestionario, etiología, prevalencia	Urgencies, Signs and Symptoms AND Asthma AND CHILD, Asthma AND Signs and Symptoms AND child AND home, prognostic studies, scales, prevalence, etiology	Urgências, Sinais e Sintomas AND Asma AND CRIANÇA, Asma AND Sinais e Sintomas AND criança AND casa, estudos prognósticos, escalas, prevalência, etiologia
I	Asma bronquial, fisiología respiratoria, asma pediátrica, escala, prevalencia, cuestionario	Asthma pediatric, CHILD, students, infants, prognostic studies, etiology, scales, prevalence, questionnaire	Asma pediátrica, CRIANÇA, estudantes, bebês, estudos prognósticos, etiologia, escalas, prevalência
D	Asma pediátrica, niños, estudiantes, infantes, dieta, alimentación	Asthma pediatric, child, students, infants, diet, nutrition, feeding	Asma pediátrica, crianças, estudantes, bebês, dieta, alimentação
A	Asma pediátrica, niños, estudiantes, medio ambiente, cuidado, educación, cuidado en casa, hogar	Asthma pediatric, CHILD, students, infants, home environment, solid waste, care, education	Asma pediátrica, crianças, estudantes, ambiente, cuidados, educação, cuidados domiciliares

Dimensión	Términos de búsqueda		
	Español	Inglés	Portugués
R	Asma pediátrica, niños, recreación, ejercicio, colegio, tiempo libre	Asthma pediatric, CHILD, students, infants, recreation, exercise, sports	Asma pediátrica, crianças, recreação, exercício, alunos, tempo livre
M	Tratamiento, asma, manejo, pediatría, tratamiento ambulatorio	Asthma pediatric, CHILD, students, infants, treatment, medication, management	Tratamento, asma, manejo, pediatria, tratamento ambulatorio
E	Asma pediátrica, niños, cuidado, enfermería, espiritualidad, enfermedad crónica	Asthma pediatric, CHILD, students, infants, nursing, chronic disease, spirituality	Asma pediátrica, crianças, cuidados, enfermagem, espiritualidade, doença crônica

Fuente: Elaboración propia.

Se incluyeron en la revisión aquellos documentos publicados por sociedades científicas dedicadas a la salud en general y a la producción científica, publicación y comunicación en particular. Además, se consideraron tanto revisiones sistemáticas como estudios científicos originales encontrados en las bases de datos mencionadas previamente. Los criterios de inclusión específicos fueron: estudios publicados entre 2018 y 2023, publicaciones en español, inglés y portugués, artículos de revistas científicas, capítulos de libros, y documentos de conferencias y estudios relacionados. Se excluyeron estudios que no cumplieran con estos criterios, así como aquellos que no proporcionaban acceso al texto completo.

La selección de estudios se realizó en varias etapas. Primero, se evaluaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados para determinar su relevancia. Luego, los estudios potencialmente elegibles fueron revisados a texto completo para confirmar su inclusión en la revisión.

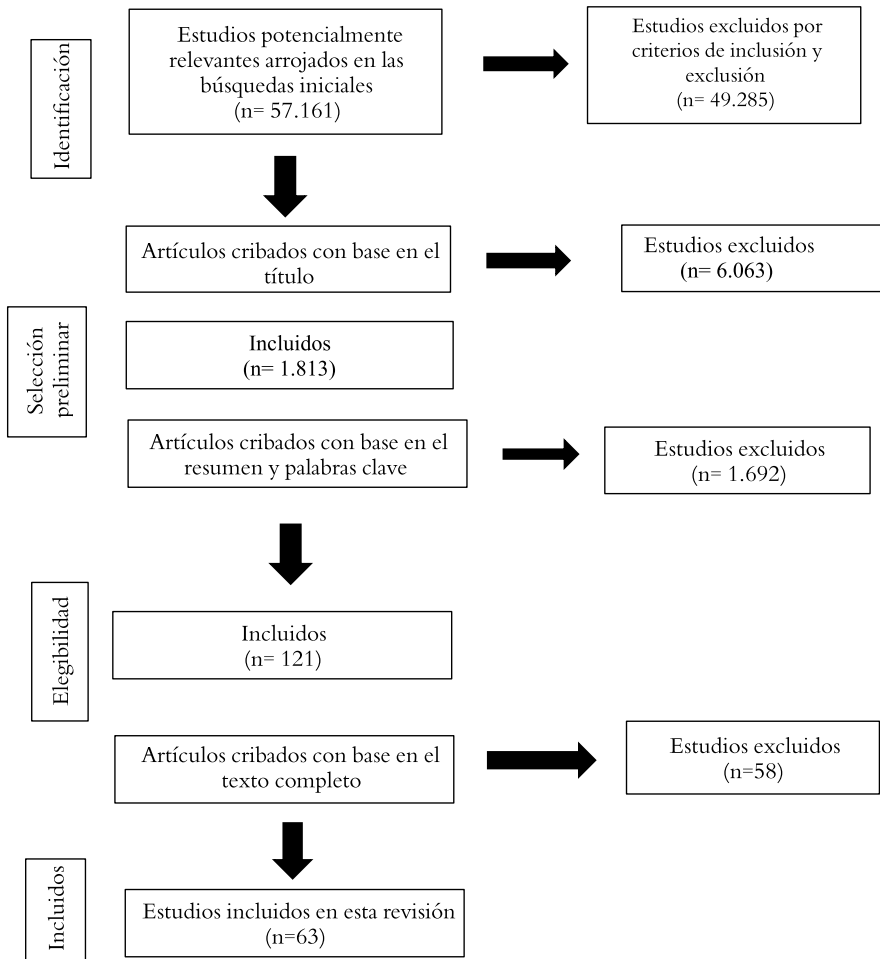
Para la extracción de datos, se utilizó una matriz de extracción diseñada específicamente para este estudio. Los datos extraídos incluyeron información sobre el año de publicación, el idioma, los autores, el tipo de estudio, los objetivos, la metodología, los resultados y las conclusiones. Este enfoque permitió una síntesis detallada y estructurada de los hallazgos.

El análisis de los datos se realizó de manera cualitativa, enfocándose en la identificación de patrones, tendencias y temas recurrentes en la literatura revisada. Los estudios fueron organizados y categorizados según las dimensiones de la mnemotecnía *CUIDARME*, lo que facilitó una evaluación integrada de los hallazgos.

Resultados

Los resultados de la revisión se presentaron de forma narrativa, destacando las contribuciones clave de cada estudio y cómo estos aportan al conocimiento actual sobre el manejo del asma en niños mediante la estrategia *CUIDARME*. Además, se identificaron lagunas en la literatura y se propusieron áreas para futuras investigaciones.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo en varias etapas rigurosas para garantizar la relevancia y calidad de los estudios incluidos, tal como se detalla en la figura 1.

Figura 1. Proceso de búsqueda bibliográfica

Fuente: Elaboración propia.

La mnemotecnia *CUIDARME* hace referencia al cuidado desde el enfoque de la educación en salud y la responsabilidad que tenemos de autocuidarnos y cuidar a los demás, buscando generar las condiciones para un cuidado integral; avanzando de forma secuencial, cada letra representa los siguientes conceptos: Comunicación, Urgencia, Información, Dieta, Ambiente,

Recreación, Medicamentos, tratamientos y Espiritualidad (1). Para terminar, se presenta cada aspecto, con la evidencia que lo soporta, sin olvidar que dichas recomendaciones deben adaptarse atendiendo la individualidad de cada niño y a los determinantes sociales en los que se desarrolla.

A continuación, se presenta la definición a partir de la cual se realizó la búsqueda y se presentan los resultados:

Mnemotecnia Cuidarme

Letra C: Comunicación

En cuanto al seguimiento del asma, considerada por la OMS la enfermedad crónica más común en los niños, un estudio realizado en Países Bajos recomienda un seguimiento riguroso de estos casos, puesto que por su evolución episódica se dificulta una atención oportuna. Ello hace prioritario un abordaje multifacético para prevenir el deterioro de la enfermedad, e incentivar el autocuidado para generar una mejora de la calidad de vida del niño (7).

En el mismo sentido, es esencial que el profesional de enfermería reconozca y ajuste las estrategias de comunicación con los pacientes en este tiempo de auge de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), estableciendo canales de comunicación bidireccionales. Esto implica adaptar el idioma utilizado para comunicarse con los niños y sus cuidadores, utilizando un lenguaje claro y accesible que facilite la comprensión y el seguimiento de las indicaciones (8).

Se han realizado estudios y revisiones sistemáticas que evidencian diferencias significativas en la implementación de estrategias virtuales y telemedicina, en comparación con la atención tradicional en consultorios e instituciones de salud. Se encontró una mayor adherencia al tratamiento y manejo del asma por parte de los cuidadores de niños expuestos a medios virtuales. Además, se ha observado que la telemedicina es una opción viable para muchos

pacientes que residen en zonas alejadas y tienen dificultades para asistir a centros médicos para sus controles (8-12).

Otra estrategia que según la literatura ha demostrado tener resultados positivos en mejorar la toma de decisiones de los niños con asma y sus cuidadores en sus domicilios es su integración en grupos de apoyo de cuidadores y entre pares. Estos grupos contribuyen a mejorar el conocimiento sobre la patología mediante la escucha de otras experiencias, y, como consecuencia, aumentan la capacidad de los padres para controlar el asma de sus hijos. Además, brindan apoyo psicosocial en los entornos donde el niño se desenvuelve, como el hogar y el colegio (12, 13, 14). Un estudio realizado en Sydney destaca la prioridad y la co-influencia de fuentes no médicas de información en la toma de decisiones de los padres con respecto a los cuidados de los niños (15).

Letra U: Urgencias

A partir de la lectura crítica y comprensiva de los artículos seleccionados, se determinó que es esencial que los padres y cuidadores estén familiarizados con los signos iniciales de asma en niños, ya que muchos desconocen la fisiopatología de la enfermedad, su manejo y los signos y síntomas de las crisis asmáticas (15, 16), por lo cual resulta necesario que el personal de salud desarrolle la capacidad para educar a los cuidadores y niños sobre estos signos y de esta manera se disminuya la prevalencia de los mismos (17-20). Entre los síntomas más comunes se encuentran la rinorrea transparente acuosa, tos seca, sibilancias, taquipnea, taquicardia y tirajes intercostales. La presencia de estos signos puede indicar un posible episodio de asma, por lo cual su reconocimiento en casa a tiempo permite una intervención rápida y efectiva (21-24).

La rinorrea transparente acuosa se refiere a la secreción nasal clara y acuosa que puede indicar la inflamación de las vías respiratorias. Este síntoma, aunque puede parecer benigno, es un indicador importante, especialmente cuando se presenta junto con otros

síntomas como la tos seca y las sibilancias. La taquipnea y la taquicardia se refieren al aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca respectivamente, las cuales son respuestas del cuerpo para compensar la falta de oxígeno durante un episodio asmático. Los tirajes intercostales y subcostales son signos visibles de que los músculos alrededor de las costillas trabajan más intensamente para ayudar en la respiración. La sensación de opresión en el pecho a menudo es el resultado de la inflamación y constricción de las vías respiratorias (25).

En situaciones graves de asma, la alteración del estado de conciencia puede ser un signo de falta severa de oxígeno, la cianosis muestra una reducción crítica en la oxigenación y se caracteriza por la coloración azulada en zonas como lo dedos y punta de las orejas y de forma más grave en labios y lengua (26).

Dentro de la revisión también se identificaron indicaciones para el profesional de enfermería que educa, encontrando dos líneas de estudio: la teoría para el capacitador (18,19-26) y teoría para el niño y cuidador (23-25). En la primera línea se ofrecen recomendaciones en: prevalencia de signos y síntomas, anamnesis, examen y registro preciso de las observaciones y educación a padres, cuidadores y niños; hay también recomendaciones relacionadas entre sí, ya que es necesario que los profesionales en salud estén capacitados en una entrevista integral, para educar adecuadamente a padres, cuidadores y niños sobre los signos y síntomas que deben identificar, y así lograr que la prevalencia de estos disminuya.

Dentro de la segunda línea se resalta la importancia de brindar recomendaciones en información sobre los principales signos y síntomas de asma y reconocer el grado de comprensión de los padres sobre los mismos, dado que los artículos determinados de esta categoría mencionaban que el desconocimiento por parte de los cuidadores es un factor de riesgo para las complicaciones durante crisis. Desde lo expuesto, hay que generar estrategias que permitan

a profesionales y cuidadores abordar y reconocer una crisis asmática en torno a los diferentes signos y síntomas que se pueden presentar.

Letra I: Información

La búsqueda identificó la importancia de que los padres y los niños comprendan el sistema respiratorio y sus estructuras como base de los cuidados y prácticas necesarias para la atención del niño en su domicilio (21). Al conocer la anatomía y fisiología del sistema respiratorio, ello permite explicar cómo se produce la obstrucción en las vías respiratorias durante un episodio de asma y comprender mejor los factores que desencadenan los síntomas (21, 27-29). Esto facilita la comunicación efectiva entre profesionales de la salud, familiares y niños con la condición, así como la implementación de estrategias de prevención y tratamientos más informados (29). Además, comprender las opciones de tratamiento (33-35), como medicamentos y terapias respiratorias, es fundamental para controlar los episodios agudos y mantener la función pulmonar a largo plazo (30, 31). Esto no solo beneficia la salud del niño con asma, sino que también reduce la carga económica y social asociada a esta enfermedad crónica (21, 37). Para una mayor comprensión se apoyó la investigación en videos y libros para niños y cuidadores acerca del asma, con el objetivo de ayudar a los niños a comprender qué es el asma, sus síntomas y cómo afecta a los pulmones, de una manera amigable y no amenazante (32). Al proporcionar información de manera lúdica, se puede reducir la ansiedad y el miedo asociados con la condición, permitiendo que los niños se sientan más seguros y comprendidos, a lo cual se suma el reconocimiento de la importancia de seguir las indicaciones médicas, tomar medicamentos según lo recetado y adoptar medidas preventivas, fomentando la responsabilidad en el manejo del asma (35).

Letra D: Dieta

Los artículos evaluados respaldan que la dieta es de gran relevancia cuando se cursa con asma. Hay que tener en cuenta que el

metabolismo se ve afectado por la demanda energética a causa de los síntomas de dificultad respiratoria, la inflamación crónica existente y otros procesos como el estrés oxidativo, que aumentan el gasto de energía y generan un desbalance calórico, lo cual, dependiendo de la frecuencia de las crisis de asma, conlleva la pérdida de peso e incluso a desnutrición. Uno de los artículos señala que tener una dieta adecuada representa un factor protector en la prevalencia del asma (36), por el contrario, otro artículo señala que los hábitos de la alimentación inadecuados constituyen factores de riesgo para la exacerbación de los síntomas, crisis, tratamiento y control de la enfermedad (38).

Dos artículos definen que la obesidad presenta una alta relación con el asma pediátrica por diversos factores que se activan en dicha condición (37, 38), por lo que es importante mejorar el estado nutricional de los niños (39) y tener buenos hábitos alimentarios, los cuales se explican en uno de los artículos evaluados (40).

Los artículos mencionaron la importancia de la lactancia materna como fuente de nutrientes y refuerzo del sistema inmune (41, 42), mientras que otros artículos mencionaron la dieta mediterránea (consumo de frutas, verduras, proteínas, legumbres, lácteos descremados, cereales, semillas, entre otros) como protector sobre los síntomas y exacerbaciones del asma, ya que favorece significativamente la función respiratoria, reduce la inflamación de las vías respiratorias, regula los mediadores inflamatorios del asma, favorece la producción de componentes antiinflamatorios, reduce el daño pulmonar, produce una menor probabilidad e intensidad de ataques de asma y hace más manejables los síntomas, lo que se traduce en un menor requerimiento de uso de medicamentos y también disminución de los síntomas (37, 40-43). Por otro lado, algunos alimentos estimulan el sistema inmunológico y tienen propiedades antibacterianas y antivirales. En los otros cuatro artículos (41-44) no se menciona literalmente la mediterránea pero sí los alimentos que pertenecen a dicha dieta.

Adicionalmente, los artículos mencionaron la dieta occidental (alto consumo de productos de origen animal, carbohidratos, azúcar, grasas saturadas, alimentos procesados y ultra procesados, comidas rápidas) como factor de riesgo, ya que los alimentos que contiene esta dieta pueden desencadenar síntomas de asma, empeorar la función pulmonar, aumentar la inflamación de las vías respiratorias al tener efectos pro inflamatorios y generar un mal control de la enfermedad (37, 39, 40, 42, 43).

Letra A: Ambiente

Con base en la evaluación crítica y comprensiva de los artículos seleccionados se logra obtener información para brindar recomendaciones a los cuidadores sobre cómo mantener un ambiente saludable para niños con asma. Se abordan temas como evitar el humo del cigarrillo en el hogar, proteger a los niños contra cambios bruscos de clima, controlar la exposición al polvo doméstico por la limpieza de objetos, cambios de tendidos, acciones de prevenir de plagas (roedores y cucarachas) y humedad (ventanas, paredes y techos), garantizar ventilación en la cocina por gases que se utilizan, evitar áreas con polen en zonas verdes, alejarse de la contaminación vehicular; así mismo, la gestión emocional del niño para no afectar la salud respiratoria, resalta la posible convivencia con mascotas a pesar de la condición de salud (44-46).

Desde la vida fetal se origina una hipersensibilidad si se consideran factores de riesgo las condiciones higiénicas de la vivienda, los hábitos de vida, la urbanización y el estilo de vida, ya que al presentarse una estimulación microbiana ello puede provocar un desequilibrio de los linfocitos; la situación se caracteriza mediante aspectos como la presencia de moho, la presencia de mascotas peludas, la exposición al humo de tabaco ambiental y el tipo de calefacción utilizada, como el uso de carbón, madera o carbón ecológico (45), por esto es tan conveniente la realización periódica del Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC), el cual es una iniciativa de investigación global que se enfoca en estudiar la prevalencia y los factores asociados con el asma.

La exposición a contaminantes del aire puede generar efectos en la salud, tanto agudos como crónicos, lo que produce la exacerbación de síntomas alérgicos y destaca la presencia de contaminantes internos, como el tabaco, estufas de gas e insecticidas dentro del hogar, que impactan la salud. Además, se mencionan los contaminantes externos, provenientes del manejo de residuos, áreas industriales y el tráfico. Estas sustancias y partículas químicas irritantes tienen el potencial de ocasionar enfermedades graves (47).

La presencia de un perro o un gato brinda una diversidad del bioma ambiental, ya que la exposición a estas mascotas parece alterar el perfil microbiano en la primera infancia. Se postula que la exposición temprana a endotoxinas bacterianas podría conferir protección contra el desarrollo de alergias, estimulando la producción de A20 en las células epiteliales pulmonares (48).

Los elementos del entorno doméstico, que abarcan desde la ubicación de la vivienda hasta factores de exposición y la calidad de la ventilación, demostraron tener vínculos con la manifestación de condiciones como el asma, la rinitis o las sibilancias (49).

La salud de los niños con asma a menudo se ve afectada por diversos desafíos, como vivir en hogares de baja calidad, tener dificultades para acceder a atención médica adecuada, carecer de medicamentos necesarios y no seguir adecuadamente los tratamientos médicos. La Colaboración para Reducir los Riesgos Ambientales del Asma (CLEAR) se dedica a abordar estos problemas a través de visitas a los hogares, en las cuales proporciona educación sobre cómo crear ambientes hogareños más saludables. Además, emiten órdenes de corrección en caso de encontrar violaciones del código y desencadenantes ambientales del asma (50).

Así como el componente físico es importante, también lo es el mental/psicológico o situaciones como la disfunción familiar, una problemática que se manifiesta con frecuencia en familias con niños que sufren de asma. Se exploran patrones familiares particulares

que parecen influir en el desarrollo de la enfermedad en los niños. Dada la naturaleza inflamatoria crónica del asma, se observa una notoria susceptibilidad al estrés y las emociones, factores que pueden agravar significativamente los síntomas; para esta valoración podrían utilizarse escalas como FES “*Family Environment Scale*” (Escala de Ambiente Familiar), FACES III “*Family Adaptation and Cohesion Scale III*” y Escala de Clima Familiar de Rudolf Moos (51).

Letra R: Recreación y uso del tiempo libre

En el análisis de la literatura realizado se concluye que practicar alguna actividad física de manera habitual es crucial para el desarrollo físico, mental, psicológico y social de los niños con asma. Los buenos hábitos se adquieren en los primeros años de vida. Además, los beneficios de la actividad física incluyen ayudar a evitar enfermedades, prevenir el sobrepeso y la obesidad, y contribuir a la salud mental (52).

Para los niños con asma, los tipos de ejercicio o los más comunes sugeridos son: caminar, trotar, nadar (es altamente recomendado, ya que la natación se considera un deporte adecuado para este tipo de población debido a múltiples factores positivos como el ambiente caluroso y húmedo) (53) y andar en bicicleta. Es importante tener en cuenta que hay que tomar precauciones, nombradas más adelante en estrategias y recomendaciones para la actividad física en niños con asma (54).

La práctica deportiva ayuda a mejorar la capacidad de realizar actividades de media a baja intensidad y fortalece la capacidad corporal, además aumenta el umbral de ventilación, es decir facilita la entrada y salida de aire de los pulmones. De esta manera los niños con asma tendrán una mejor salud y un cuerpo más fuerte (55).

También aporta positivamente en la autoestima e interacciones sociales en los niños, ya que poder incluirse en actividades deportivas contribuye al bienestar psicológico de los niños, dado

que existe el temor de no realizar ejercicio por presentar una crisis asmática, y prefieren mantenerse en estado de reposo (56).

Letra M: Medicamentos

El tratamiento farmacológico del asma se clasifica en dos grandes grupos: fármacos broncodilatadores y fármacos antiinflamatorios. Al ser utilizados de forma combinada, pueden llegar a producir de forma significativa un control en los síntomas del asma; pero también, una administración inadecuada de los mismos puede llevar a grandes efectos adversos que empeorarán la condición clínica del paciente (57). Por esta razón, es de especial importancia que se adquieran conocimientos clave, que permitan llevar a cabo una administración segura del medicamento, y así lograr los efectos esperados.

La mayoría de los medicamentos que se utilizan para el manejo del asma son de tipo inhalatorio, de modo que una mala técnica en la administración de los mismos equivaldría a no realizar la medicación (58, 59). Por tal razón, es fundamental que, desde la estancia hospitalaria, tanto el profesional de enfermería como los terapeutas respiratorios entrenen al paciente y a su familia sobre cómo utilizar correctamente los inhaladores y dispositivos de inhalación, con el fin de que adquieran las habilidades necesarias que permitan ejecutar una adecuada técnica inhalatoria cuando se encuentren en casa.

En cuanto a la adhesión al tratamiento por parte del niño en su hogar, se ha identificado la existencia de herramientas como la escala TAI (Test de Adhesión a los Inhaladores), creada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica. Esta herramienta recomienda evaluar la adherencia de los niños en un lapso del tiempo. La evaluación se puntúa del 1 a 5 (de menor a mayor cumplimiento), clasificando el cumplimiento del niño en tres categorías: buen cumplimiento, cumplimiento intermedio y mal cumplimiento en el uso de los medicamentos. Además,

el análisis detallado de los ítems permite determinar el tipo de incumplimiento del niño, que puede ser errático, voluntario o involuntario (56).

Otro factor importante en la educación sobre la administración de medicamentos es reconocer que las exacerbaciones o crisis de asma se refieren al agravamiento de los síntomas y la función pulmonar del paciente en comparación con su estado habitual, ya que estas situaciones pueden presentarse a nivel extrahospitalario. Para determinar la gravedad de la crisis (leve, moderada o grave), se utiliza el Pulmonary Score, que evalúa la frecuencia respiratoria, las sibilancias y el uso de músculos accesorios, asignando una puntuación de 0 a 3 a cada uno de estos ítems (60, 61). Una puntuación total de 0 a 3 indica una crisis leve; de 4 a 6, una crisis moderada; y de 7 a 9, una crisis grave (62). Según el tipo de crisis, se implementarán diferentes intervenciones para estabilizar al paciente. Información que se complementa en la letra U, donde se identifican los signos y síntomas para asistir al servicio de urgencias, así como las primeras actuaciones en caso de presentar una crisis asmática.

Letra E: Espiritualidad

La importancia de la promoción de la espiritualidad en pacientes pediátricos es que en esta dimensión muchas veces ellos pueden encontrar el sentido o significado de la vida, ver un propósito o una manera de explicar por qué están en el mundo y cuál es su finalidad aquí. También en este campo puede ayudarse al paciente para el afrontamiento de su enfermedad de manera positiva, pensar que la espiritualidad es un espacio que conforta y consuela, comenzar a ver de manera positiva su enfermedad y hallar una razón por la cual luchar. El promover la espiritualidad en niños puede crear una conexión y un vínculo entre un ser supremo y ellos, que suele ser reconfortante y ayuda a la perspectiva positiva de la enfermedad. Pero no solo se puede crear un vínculo con un ser supremo sino también con sus familias, quienes son las principales guías muchas

veces en el ámbito espiritual, y también se crea un vínculo con una comunidad cuando se es partícipe de la práctica de la espiritualidad en grupo o en una comunidad que los conoce y que también puede ofrecer apoyo y guía espiritual.

Recomendación para los profesionales: Indagar al respecto de las creencias de los niños si ellos quieren contarlas, para esto se debe contar con un ambiente de tranquilidad y seguridad para el niño. No cambiar el trato o juzgar creencias (63).

Así mismo hay que saber elegir el momento adecuado para conversar de estas temáticas con el niño, muchas veces no suele ser cómodo para ellos el hacerlo con un profesional que no conocen o es su primera vez viéndolo (64).

Por eso es clave crear un ambiente que favorezca una actitud de normalidad frente a estos temas, creando actividades con los niños y los padres para hablar al respecto de la espiritualidad, como actividades de reflexión usando un paciente indirecto (peluche) que puede estar enfermo, escribir un ensayo sobre el afrontamiento de un momento estresante con ayuda del refugio en la espiritualidad o unirse a una sala de chat espiritual virtual (63, 64).

La actitud más frecuente de los padres de niños con enfermedades crónicas es la de “acción”. Esta actitud se toma con un enfoque activo para hacer frente a la situación. Los padres que adoptan esta actitud suelen buscar información, apoyo, y se comprometen a hacer todo lo posible para ayudar a su hijo. Otros tipos de actitudes comunes entre los padres de niños con enfermedades crónicas son la “resignación”, la “negación” y la “retirada” (65, 66).

La edad de los padres está directamente relacionada con su actitud. Los padres más jóvenes son más propensos a adoptar una actitud de “acción”, mientras que los padres mayores son más propensos a adoptar una actitud de “resignación”. De acuerdo a la actitud que puedan tomar los padres frente a la enfermedad de sus hijos,

el profesional de enfermería debe brindar diferentes formas de educación (65, 66).

El vacío al realizar la búsqueda frente a las intervenciones que vayan dirigidas directamente a niños se debe a que no hay estudios que relacionen la niñez y la espiritualidad, se inicia a hablar de necesidades espirituales propias de los niños desde la adolescencia y se centra en recomendaciones para padres y profesionales, ya que son ellos quienes pueden dar la guía para la adecuada actitud en la espiritualidad y también porque es desde el hogar que comienza a darse la guía religiosa y espiritual y por eso vincula directamente a los padres (64).

Conclusiones

La estrategia *CUIDARME* permite formular planes de alta con un enfoque holístico e integral, proporcionando a los niños con asma y sus cuidadores, las herramientas y el conocimiento necesarios para manejar eficazmente la enfermedad, minimizar el riesgo de exacerbaciones y mejorar su calidad de vida.

La educación en salud es crucial para el manejo adecuado del asma. Inicialmente, es fundamental proporcionar, a través de herramientas educativas diversas y atractivas, información detallada sobre la fisiología normal del sistema respiratorio y la fisiopatología del asma; con el fin de que tanto los cuidadores como los niños comprendan la enfermedad, disminuyan la ansiedad y promuevan un manejo efectivo.

Respecto al uso de medicamentos, los profesionales de la salud deben explicar adecuadamente a los niños y sus cuidadores el correcto uso de estos y estar actualizadas con relación a las tendencias de manejo, con el objetivo de garantizar la adherencia al tratamiento y el control efectivo de los síntomas.

Otro aspecto para considerar es el relacionado a la dieta y el entorno. Es esencial educar a padres y niños sobre hábitos alimenticios

saludables y la importancia de mantener entornos que minimicen los desencadenantes alérgicos. Esto no solo mejora los síntomas y el control de la enfermedad, sino que también promueve un bienestar integral. Debido a que la dieta influye significativamente en los síntomas y la prevalencia del asma, es crucial enseñar buenos hábitos alimenticios y recomendar alimentos beneficiosos para mejorar el estado nutricional y controlar la enfermedad.

En cuanto a la actividad física, se hace necesario fortalecer la educación en el manejo del asma inducida por el ejercicio físico, con el fin de fomentar la participación en actividades físicas. Además, conviene fomentar otras actividades que promuevan el bienestar y el ejercicio espiritual del niño para garantizar un cuidado integral y holístico que impacte positivamente en la calidad de vida del niño y su familia.

Por otra parte, es crucial que los niños, sus familias y los diferentes contextos donde se desarrolla la vida del niño, como los colegios, sepan identificar de manera temprana los síntomas y signos iniciales de emergencia, con el fin de anticipar de manera adecuada las crisis asmáticas graves y garantizar un manejo oportuno.

En relación con los profesionales de enfermería, se recomienda que se capaciten de manera continua y especializada en el manejo del asma pediátrica. Esta capacitación debe incluir no solo aspectos médicos y farmacológicos, sino también estrategias educativas y de apoyo emocional para abordar las necesidades holísticas de los pacientes y sus familias.

Finalmente, es fundamental desarrollar e implementar programas educativos integrales que incluyan módulos sobre identificación temprana de síntomas, manejo adecuado de medicamentos, y promoción de entornos saludables. Estos programas deben ser accesibles para padres, cuidadores y niños, utilizando diversos formatos y tecnologías para asegurar una comprensión y adherencia óptimas.

Agradecimientos

Los autores presentan su agradecimiento a las estudiantes del programa de Enfermería: Deisy D. Avellaneda Callejas, Lorena Carvajal Pedraza, Angélica Gerena Blandón, Brenda J. Martínez Segura y Karla V. Vargas Cuervo por su valiosa contribución en la revisión de la literatura integrativa inicial, la cual sirvió como base para la compilación de la estrategia *CUIDARME*. Su colaboración fue clave en el desarrollo de este trabajo y en la consolidación de los hallazgos que sustentan este capítulo.

Referencias

1. Pinzón de Salazar L. El Plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2005;10(1):22-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309125498003>
2. Reyes-Baque JM, Cajape-González AL, Jaramillo-Baque Y, Hidalgo-Acebo R. Características clínicas y epidemiológicas del asma bronquial en niños. *Dom. Cien.* 7(2); Abr.-Jun.2021.371-13790. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8231798.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i2.1886>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Aproximadamente 1 de cada 8 colombianos sufre de asma [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Aproximadamente-1-de-cada-8-colombianos-sufre-asma.aspx>. 2020 [citado el 21 de julio de 2025]. p. 1-1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Aproximadamente-1-de-cada-8-colombianos-sufre-asma.aspx>
4. Gil Castrillón NA, Montenegro Niño AB, Castillo LA, Porras A. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021 [Internet]. 2021 [citado el 21 de julio de 2022]. p. 318. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/>

BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf

5. Niño Castillo CM. Perfil Epidemiológico Año 2022. E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Tunja; 2021.
6. Aragón Alegría D, Candelo Majin R, Hurtado García DM, Meneses Sotelo CA, Muñoz SF, Prado Villegas YM, et al. Evaluación del Plan de alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. *Rev Médica Risaralda*. 2020;26(1):61–7.
7. Krynski L, Ghersin S, Del Valle M, Cardigni G, Maglio I, Kilidjian R. Communication through electronic media in pediatrics. Use recommendations. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(4):175–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31833340/>
8. Kumari J, Kana &, Jat R, Kabra SK. Role of Telemedicine in Follow-up Care of Children with Respiratory Illnesses at a Tertiary Care Hospital — An Ambispective Observational Study. *Indian J Pediatr*. 2021 Jan 4;88:974–78. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03590-8>
9. Lin NY, Ramsey RR, Miller JL, McDowell KM, Zhang N, Hommel K, et al. Telehealth delivery of adherence and medication management system improves outcomes in inner-city children with asthma. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Apr 1;55(4):858–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31905264/>
10. Kim CH, Lieng MK, Rylee TL, Gee KA, Marcin JP, Melnikow JA. School-Based Telemedicine Interventions for Asthma: A Systematic Review. *Academic Pediatrics*. 2020 Sept-Oct;20(7):893–901. Disponible en: [https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(20\)30186-8/fulltext](https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(20)30186-8/fulltext)
11. Zeng N, Ye S, Mena N. Editorial: The use of digital technologies in the promotion of children’s health. *Front Pediatr* 2023 Oct 19;11:1–2. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1304068/full>

12. Al Alooia NA, Nissen L, Alewairdhi HA, Al Faryan N, Saini B. Parents' asthma information needs and preferences for school-based asthma support. *Journal of Asthma*. 2017 Oct 21;54(9):946–56. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02770903.2017.1281296>
13. Stewart M, Letourneau N, Masuda JR, Anderson S, McGhan S. Online Support for Children With Asthma and Allergies. *J Fam Nurs*. 2013 May;19(2):171–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23559663/> doi: 10.1177/1074840713483573
14. Srour-Alphonse P, Cvetkovski B, Rand CS, Azzi E, Tan R, Kritikos V, et al. It takes a village - asthma networks utilized by parents when managing childhood asthma medications. *Journal of Asthma*. 2020 Mar 3;57(3):306–18. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02770903.2019.1568456>
15. Justet A, Taillé C. Asma (a excepción del asma aguda). *EMC - Tratado de Medicina*. 2017 Mar;21(1):1–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541016817985?via%3Dihub>
16. Asher MI, Rutter CE, Bissell K, Chiang CY, El Sony A, Ellwood E, et al. Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study. *The Lancet* [Internet]. 2021 Oct 30;398(10311):1569–80. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01450-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01450-1)
17. Shulhan-Kilroy, J., Elliott, S. A., Scott, S. D., & Hartling, L. (2022). Parents' self-reported experiences and information needs related to acute pediatric asthma exacerbations: A mixed studies systematic review. *PEC Innovation*, 1(100006), 100006. Disponible en: doi:10.1016/j.pecinn.2021.100006
18. Kamp MR van der, Hengeveld VS, Brusse-Keizer MGJ, Thio BJ, Tabak M. eHealth Technologies for Monitoring

- Pediatric Asthma at Home: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. 2023 Jul 21 [cited 2023 Oct 25];25(1):e45896. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/45896>
19. Davis L, Kreashko LM, Allison V. Developing, Implementing, and Evaluating Personalized Education for Pediatric Patients Diagnosed With Asthma on an Observation Unit. *Journal of Pediatric Health Care*. 2019 Jan;33(1):72–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.06.005>
 20. Plaza J. Seguimiento del paciente asmático: qué debe saber el farmacéutico comunitario. *Farm Comunitarios*. 2013 Mar 30;5(1):22–29.
 21. Ramírez Leyva, DH, Terrazas Zazueta, E., Citlaly Ochoa, M., Rosas Campos, YF, & Estrada Leyva, JD (2021). Frecuencia de signos y síntomas de asma en escolares del Valle del Yaqui. *Atención familiar*, 28 (4), 245. Disponible en: [doi:10.22201/fm.14058871p.2021.4.80593](https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80593)
 22. Barnes P. Asma. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 20e. AccessMedicina McGraw Hill Medical [Internet]. Mhmedical.com. 2018. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461&ionid=211959757>
 23. Gutiérrez M. Espirometría: Manual de procedimientos. SERChile [Internet]. 2018. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v34n3/0717-7348-rcher-34-03-0171.pdf>
 24. Cuevas Schacht FJ, Del Carmen M, Salas C. Consideraciones especiales en niños menores de cinco años con asma [Internet]. *Neumología y cirugía de Tórax* 2009;68(2):182–194 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2009/nts092n.pdf>
 25. Lee MO, Sivasankar S, Pokrajac N, Smith C, Lumba-Brown A. Emergency department treatment of asthma in children: A review. *J Am Coll Emer Physicians Open*. 2020 Aug

- 21;1(6):1552–61. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7771822/>
26. Betlza MG, Bruno I, Yemini L, Zúñiga C, Pedrosa OB. Impact of a program of health education for the asthmatic child and their families. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118:145–9. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/2020_118_2.pdf
27. Pinto MB, Gama De Andrade A, Anália É, Lima R De, Dantas L, De Andrade F, et al. Conhecimento da família acerca da asma em pré-escolares: uma revisão integrativa. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2015;13(2):18–38.
28. West JB. *Fisiología Respiratoria* [Internet]. Google Books. Lippincott Williams & Wilkins; 2009 [cited 2023 Nov 4]. Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Fisiologia_Respiratoria.html?id=__eLPAAACAAJ&redir_esc=y
29. Abara ES, Cepeda SJ. Fisiología respiratoria - el control de la respiración. *Neumol Ped*. [Internet]. 2022;17(4):117–121. Disponible en: <https://doi.org/10.51451/np.v17i4.511>
30. Monge Rodríguez SL, Murillo Rojas F, Suárez Urhan A. Conceptos fisiológicos implicados en la comprensión de las pruebas de función pulmonar. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*. 2019 Oct 28;13(2):32–43. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/39669>
31. Talaminos Barroso A, Márquez Martín E, Roa Romero LM, Ortega Ruiz F. Factors Affecting Lung Function: A Review of the Literature. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Jun 5];54(6):327–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29496283>
32. Mackenney Poblete J. Fisiología respiratoria mecánica de la respiración. *Neumolpediátrico* [Internet]. 2021 [citado 2023

- Nov 4];16(4);142–5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1361899>
33. Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social–Colciencias. Guía. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comp_Asma.pdf
 34. Rivas E, Alcántara Moreno G. Información ofrecida por enfermería sobre prevención del asma. *Enfermería, Historia e Investigación: EHI*. [Internet]. 2016 [Consultado el 22 de oct 2023];3(1-2):38–49. . Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9081704
 35. Rincón Vega G, De Haro Bonache M, Mohamed Fehmi N. Paciente asmático en edad escolar. *N Punto* [Internet]. 2022 [Consultado el 22 de oct 2023]; 5(54):10–11. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8948170.
 36. Alwarith J, Kahleova H, Crosby L, Brooks A, Brandon L, Levin SM, Barnard N. The role of nutrition in asthma prevention and treatment. *Nutr Rev* [Internet]. 2020 [citado el 26 de octubre de 2023];78(11):928–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32167552/>
 37. Koumpagioti D, Boutopoulou B, Moriki D, Priftis KN, Douros K. Does adherence to the Mediterranean Diet have a protective effect against asthma and allergies in children? A systematic review. *Nutrients* [Internet]. 2022 [citado el 27 de octubre de 2023];14(8):1618. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/8/1618>
 38. Calcaterra V, Verduci E, Ghezzi M, Cena H, Pascuzzi MC, Regalbuto C, et al. Pediatric obesity-related asthma: The role of nutrition and nutrients in prevention and treatment. *Nutrients* [Internet]. 2021 [citado el 27 de octubre

- de 2023];13(11):3708. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/3708>
39. Hosseini B, Berthon BS, Jensen ME, McLoughlin RF, Wark PAB, Nichol K, et al. The effects of increasing fruit and vegetable intake in children with asthma on the modulation of innate immune responses. *Nutrients* [Internet]. 2022 [citado el 1 de noviembre de 2023];14(15):3087. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/15/3087>
 40. Van Brakel L, Mensink RP, Wesseling G, Plat J. Nutritional interventions to improve asthma-related outcomes through immunomodulation: A systematic review. *Nutrients* [Internet]. 2020 [citado el 1 de noviembre de 2023];12(12):3839. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/12/3839>
 41. Verstegen REM, Kostadinova AI, Merenciana Z, Garssen J, Folkerts G, Hendriks RW, et al. Dietary fibers: Effects, underlying mechanisms and possible role in allergic asthma management. *Nutrients* [Internet]. 2021 [citado el 1 de noviembre de 2023];13(11):4153. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/4153>
 42. Calatayud-Sáez Fm, Calatayud B, Luque M, Calatayud A, Gallego JG, Rivas-Ruiz F. View of effects of the affinity to the mediterranean diet pattern together with breastfeeding on the incidence of childhood asthma and other inflammatory and recurrent diseases. *Allergol Immunopathol* [Internet]. 2021;49(6):48–55. [citado el 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://all-imm.com/index.php/aei/article/view/338/682>
 43. García-Milián AJ. Factores alimentarios y nutricionales del niño asmático cubano en edad escolar. *Horiz Sanit* [Internet]. 2020 [citado el 2 de noviembre de 2023];19(2):223–Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592020000200223&lang=eshttps://www

scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000200223&lang=es

44. Ciria Martín A, Capote Rodríguez A, García Milian AJ, Sardiña Aguirre S. Recomendaciones medioambientales, alimentarias y nutricionales para el manejo del niño asmático en edad escolar. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional* [Internet]. 2020 [citado 2023 Nov 23];30(55):29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7827940>
45. Esty B, Permaul P, DeLoreto K, Baxi SN, & Phipatanakul W. Asthma and allergies in the school environment. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 2019; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12016-019-08735-y>
46. Wypych-Ślusarska A, Niewiadomska E, Głogowska-Ligus J. Asthma, bronchitis respiratory symptoms, allergies and home environment: how are they related? *Advances in Dermatology and Allergology*. 2021; Disponible en: <https://doi.org/10.5114/ada.2021.109696>
47. Wallace LA, Mitchell H, O'Connor GT, Neas L, Lippmann M, Kattan M, et al. Particle concentrations in inner-city homes of children with asthma: The effect of smoking, cooking, and outdoor pollution. *Environ Health Perspect*. 2003;111(9):1265–72.
48. Vardoulakis S, Giagloglou E, Steinle S, Davis A, Sleenwenhoek A, Galea KS, Dixon K, & Crawford JO. Door exposure to selected air pollutants in the home environment: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] 2020;17(23)8972. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17238972>
49. Taniguchi Y, Yamazaki S, Michikawa T, Nakayama SF, Sekiyama M, Nitta H, et al. Associations of dog and cat ownership with wheezing and asthma in children: Pilot study of the Japan Environment and children's study. *PloS One* [Internet]. 2020 [citado el 16 de septiembre de 2020];15(5):

- e0232604. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232604>
50. Huang S, Garshick E, Weschler LB, Hong C, Li J, Li L, et al. Home environmental and lifestyle factors associated with asthma, rhinitis and wheeze in children in Beijing, China. *Environmental Pollution (Barking, Essex: 1987)* [Internet]. 2020 Jan 1 [citado el 15 de diciembre de 2020];256:113426. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31672368/>
 51. Workman B, Beck AF, Newman NC, Nabors L. Evaluation of a Program to Reduce Home Environment Risks for Children with Asthma Residing in Urban Areas. *Environ Res Public Health*. [Internet] 2022 [citado el 16 de septiembre de 2020];19(1):172. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/172>
 52. Organización Mundial de la Salud. Cada movimiento cuenta para mejorar la salud – dice la OMS. 2020 [Internet]. 2020 [citado el 22 de julio de 2023];1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
 53. Chacón JS, Moreno JA, Acevedo AA, Bustos BJ. Efectos del entrenamiento de natación en niños con asma bronquial. *Salus* [Internet] 2022 [citado el 5 de noviembre de 2023];26(2):30-37. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol26n2/art05.pdf>
 54. Otavalo Manangón, A. Ejercicios aeróbicos en el tratamiento del asma bronquial en la infancia. Tesis [Internet]. Universidad Nacional del Chimborazo, Ecuador. 2021 [citado el 5 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8038/3/5.-Alexandra%20Franzua%20Otavalo-TER-FIS.pdf>
 55. Júnior MF. Benefícios da atividade física para pessoas que vivem com asma brônquica [Internet]. *Monografias Brasil Escola*. 2018 [citado el 5 de noviembre de 2023].

- Disponible en: <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/saude/beneficios-atividade-fisica-para-pessoas-que-vivem-com-asma-bronquica.htm>
56. Salmún N, Moreno G. Asma y deporte. Guías para la prescripción del ejercicio y la práctica deportiva en el asma cenard -fundaler [Internet]. 2023 Amdarg.org. [citado el 5 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://amdarg.org/wp-content/uploads/2023/05/GUIAS-ASMA-Y-DEPORTE-2023.pdf>
 57. Ana D, Balanzat M, Giubergia DV, Teper A, Secretario Y Prosecretario SV, Comité D, et al. Guía de diagnóstico y tratamiento: asma bronquial en niños ≥ 6 años. Actualización 2021. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2021 [Consultado el 1 de noviembre de 2023];119(4):123-158. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivo-sarg/2021/v119n4a36s.pdf>
 58. Entrenas LM, Entrenas M. Cuestionario para medir la adhesión al tratamiento en asma. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). [Internet]. 2022 [Consultado el 1 de noviembre de 2023];7(1)1-8. Disponible en: <https://www.separcontenidos.es/revista3/index.php/revista/article/view/187/300>
 59. Vaquero P, Lassaletta I, Giner J, Gómez M, Serra J, García R, Álvarez F, Blanco M, Díaz D. Asthma 2020 Nursing consensus document. Opne Respiratory archives 3(1) [Internet]. 2021 [consultado el 23 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.biblio.uptc.edu.co/science/article/pii/S2659663620300916>
 60. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI. Módulo 6: Asma [Internet] 2023. [consultado el día 15 de noviembre de 2023]. Disponible en:<https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/modulo-6/asma/>

61. García A. Educación en el niño y adolescente con asma (1ra parte). Terapia inhalada en el asma: ¿cómo elegir el dispositivo y la técnica de inhalación más adecuada para cada niño? *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2021 [Consultado el 1 de noviembre de 2023];18(25):57-68. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322016000500010&script=sci_arttext
62. Alcántar M. Optimizando el abordaje del asma bronquial. Universidad Internacional de Andalucía [internet] 2023 [consultado el 23 de octubre de 2023]. Disponible en: https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/7376/978-84-7993-396-8_Optimizando.pdf
63. Damsma Bakker A, van Leeuwen RR, y Roodbol PF. La espiritualidad de los niños con enfermedades crónicas: una metasíntesis cualitativa. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018 [consultado el 23 de octubre de 2023];43(1):106-113. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.003>
64. Cotton S, Weekes JC, McGrady ME, Rosenthal SL, Yi MS, Pargament K, et al. Spirituality and religiosity in urban adolescents with asthma. *J Relig Health* [Internet]. 2012 [consultado el 24 de octubre de 2023];51(1):118-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9408-x>
65. Guz E, Brodowicz-Król M, Kulbaka E, Bartoszek-Popko M, Lutomski P. Actitudes de los padres ante una situación difícil resultante de la enfermedad crónica de su hijo. *Ann Agric Environ Med*. [Internet] 2020 [consultado el 21 de octubre de 2023];27(3):476-480. Disponible en: <https://doi.org/10.26444/aaem/119085>
66. Trojanowska A, Emeryk A, Zarzycka D. Asthmatic children's attitudes towards their illness. *Postepy Dermatol Alergol*. 2021;38(6):1065-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5114/ada.2021.112279>

Capítulo

2

Narrativas y Experiencias en Enfermería

*La experiencia del mundo no
consiste en el número de cosas
que se han visto, sino en el
número de cosas sobre las que
se ha reflexionado con fruto”*

Gottfried Leibniz

Cuidar durante el parto: configurando el proceso enseñanza–aprendizaje desde una narrativa en enfermería

Caring during childbirth: shaping the teaching–learning process
from a narrative in nursing

Kateryne Torres Rincón*

Ana María Mejía Mesa**

Claudia María Moreno Mojica***

Resumen

La narrativa en el proceso enseñanza–aprendizaje facilita la reflexión de las experiencias, los contextos, las relaciones subjetivas y objetivas del acto de cuidado. El propósito de la presente investigación es analizar una narrativa como herramienta en el proceso enseñanza–

* Estudiante, Escuela de Enfermería. Semillero Ubuntu, Grupo Calidad y Cuidado en Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-2521-3753> kateryne.torres@uptc.edu.co

** Estudiante, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-3083-0748> ana.mejia02@uptc.edu.co

*** Enfermera, Magíster en Enfermería, Universidad de la Sabana. Magíster en Pedagogía, Universidad Santo Tomás. Coordinadora Semilleros Ubuntu, Grupo Calidad y Cuidado de en Enfermería. Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1463-1546> claudiamaria.moreno@uptc.edu.co

aprendizaje del estudiante de enfermería. Para ello se realizó un estudio cualitativo e inductivo que permitió el análisis de la narrativa, a partir de los elementos epistemológicos de la disciplina. Los resultados del análisis evidencian la importancia que tiene la narrativa como herramienta en el proceso enseñanza-aprendizaje del estudiante de enfermería, desde la estructura del conocimiento disciplinar. Se concluye que la narrativa permitió a los estudiantes trasladar la teoría a la práctica, desde la construcción, análisis e interpretación de una experiencia vivida y compartida entre dos o más personas en donde se logró transformar la cotidianidad del acto de cuidar a una mujer adolescente en trabajo parto.

Palabras clave (DeSC): narrativa personal, estudiantes de enfermería, educación en enfermería, cuidado, embarazo en adolescencia

Abstract

The narrative in the teaching-learning process facilitates the reflection of the experiences, the contexts, the subjective and objective relationships of the act of care. The purpose of this investigation is to analyze a narrative as a tool in the teaching-learning process of the nursing student. The methodology was a qualitative and inductive study that allowed the analysis of the narrative, based on the epistemological elements of the discipline. The analysis of results shows the importance of narrative as a tool in the teaching-learning process of the nursing student, from the structure of disciplinary knowledge. The narrative allowed the students to transfer theory into practice, from the construction, analysis and interpretation of an experience lived and shared between two or more people where it was possible to transform the daily act of caring for an adolescent woman into work birth.

Keywords (DeSC): personal narrative, nursing students, nursing education, caregiving, adolescent pregnancy

Introducción

La narrativa en enfermería es una metodología mediante la cual se evidencia una situación de cuidado que muestra la existencia del conocimiento y desarrollo de la disciplina (1); en ella, la enfermera logra conocer a los otros, al crear interacciones cuyo resultado es el cuidado recíproco y crecimiento de los actores.

Para Bueno y Soto (2), como una herramienta pedagógica en el aprendizaje del estudiante en formación, la narrativa en enfermería facilita la reflexión de las experiencias, los contextos, las relaciones subjetivas y objetivas, que permiten la comprensión del cuidado, su construcción, reconstrucción y deconstrucción como esencia de la base teórica disciplinar, desde una perspectiva transformadora y de innovación que aproxima al estudiante a su rol profesional.

Para Contreras et al. “practicar y cultivar la narrativa y el saber narrativo se ha convertido en un modo que nos ayuda a prepararnos como docentes y que nos mantiene en una relación sensible y cuidadosa con lo vivido” (3); de esta manera, vivenciar, recrear y analizar la narrativa que se originó dentro de la práctica formativa, le permite al estudiante y al profesor identificar, elegir y sustentar la visión de la realidad en la que se desarrolla el acto de cuidado, así como los elementos meta-paradigmáticos, los conceptos de la teoría que son coherentes a la situación de cuidado y los patrones del conocimiento enfermero, adquiriendo competencias del saber ser, conocer y hacer en contexto, a partir de la reflexión y retroalimentación del resultado de aprendizaje dentro del proceso de enseñanza y formación profesional (4).

El objetivo del artículo es analizar una narrativa como herramienta en el proceso de enseñanza-aprendizaje, construida desde de la práctica del estudiante en sala de partos como escenario asistencial, a partir de elementos del desarrollo disciplinar: visión, conceptos metaparadigmáticos, y patrones del conocimiento de enfermería desde la teoría de cuidado de Kristen Swanson (5).

Metodología

Investigación cualitativa-inductiva, con análisis narrativo que analiza los datos recogidos a partir de una situación vivida y observada, en donde se debe comprender el entorno y el contexto social y cultural de los sujetos de cuidado; su objetivo es la comprensión minuciosa de la intersubjetividad del ser humano entretejida en la cotidianidad de la vida. Para Nieto et al. “Su análisis e interpretación pueden concebirse en este contexto como un develamiento del ser que muestra a aquello que está oculto con la intención de expresar la novedad del ser que se cuestiona e interroga al narrarse a sí mismo” (6).

El desarrollo del análisis de la narrativa se realiza a partir de elementos del marco epistemológico de enfermería: Visión del mundo, conceptos metaparadigmáticos, aplicación de conceptos de teoría de rango medio y patrones del conocimiento enfermero; que muestran, según Durán de Villalobos (7), cómo se construye el conocimiento disciplinar a partir de los conceptos básicos y neutros del metaparadigma, que reciben la influencia de las visiones de la realidad y aportes de cada teórico particular, transformándose en elementos concretos y únicos de la jerarquía estructural del conocimiento enfermero.

La narrativa como herramienta en el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería: Cuidar durante el parto

El día 18 de marzo llegamos a realizar nuestra práctica en horas de la tarde al servicio de Sala de partos del Hospital San Rafael, y conocimos a Andrea, una mujer de 17 años, con 39 semanas de gestación en trabajo de parto en fase activa con conducción con oxitocina; nos presentamos para dar inicio al acto de cuidado. Durante la inspección notamos que sus piernas temblaban ya que se encontraba en bata quirúrgica y pañal, en ese momento ella nos refirió tener frío en los pies y optamos por ponerle medias y abrirla con una cobija.

Ella nos describía tener mucho miedo, dolor y ganas de orinar. Nos pidió que le trajéramos el pato, una vez se lo retiramos, valoramos su actividad uterina

encontrando cuatro contracciones de 40 segundos durante diez minutos, siendo estas regulares y efectivas; mientras realizamos esta valoración le enseñamos a respirar como mecanismo para mejorar la perfusión y manejar el dolor. Narraremos en palabras nuestras cuál fue nuestra explicación: “Andrea, vamos a realizar un ejercicio las dos al tiempo, para que lo hagamos cada vez que llegue la contracción, tomemos aire profundo por la nariz y lo vamos a ir soltando muy despacio por la boca; este ejercicio te ayudará a disminuir el dolor que vas sintiendo y además le vas a llevar oxígeno a tu bebé”. Así cada vez que llegaba la contracción repetimos la explicación y lo hacíamos al tiempo con ella, para que se sintiera acompañada y lo lograra realizar, mientras tocábamos su hombro.

En los momentos en los cuales Andrea no tenía contracciones iniciamos a conversar y conocer sobre ella, nos contó detalles de su vida que los relacionamos con su actual estado de gestación y el rol de madre; ella era del municipio de Siachoque (Boyacá), se encontraba culminado su bachillerato cuando se enteró que estaba embarazada y tuvo que abandonar el colegio. Su novio y padre del bebé se apartó de su lado, expresando que de ahora en adelante ella sería “sola con su bebé”, ya que actualmente vivía con su tía en un barrio de Tunja, pues sus papás no habían aceptado su embarazo y optaron por quitarle su apoyo y entrada a su casa.

Entonces su relato se pausaba al volver la contracción y durante estos momentos ella nos decía que no se sentía capaz, que no iba a poder, que le daba miedo el momento de pujar, solo decía exaltada: “Es que yo no puedo, no puedo”; momento que aprovechamos para decirle que ella iba a poder y que no faltaba mucho para que conociera a su hijo; también le explicamos que cuando llegara el momento del pujo tomara aire y lo sostuviera sin dejarlo salir.

Hacia las 15:35 pasó la ginecóloga haciendo el tacto vaginal, quien la encontraba en dilatación 10 y borramiento del 100%; mientras yo preparaba la mezcla de oxitocina para el alumbramiento, mi compañera la acompañaban guiando el pujo durante el expulsivo. Su hijo nació a las 15:40 aproximadamente, fue un parto eutócico, aunque Andrea presentó un desgarro grado 2 que fue corregido y el cual era insignificante para una madre que conocía, abrazaba y lloraba al ver a su hijo por primera vez. Tras el pinzamiento tardío del cordón

umbilical, tomamos la prueba de hemoclasificación y TSH, de inmediato le explicamos que le pondríamos dos manillas de identificación una para su bebé y otra a ella, y que estas tenían como información su nombre y el mismo código para saber que ella era la mamá y él su hijo.

El pequeño Martín tuvo una adaptación espontánea, participamos en su valoración y profilaxis, todo esto mientras Andrea aún se encontraba en la sala con el interno de medicina y una compañera en espera del alumbramiento. Posteriormente, al llegar a la sala de puerperio, volvimos a dialogar con ella para explicarle que le administraríamos analgésico para que le ayudaría a modular el dolor y la molestia a la involución de sus órganos, entonces ella dijo “ya no quiero más chuzones”, bromeó... “después de ese dolor del parto, ya nada se iba a comparar”, así que accedió a la administración de los medicamentos. En ese momento ella nos agradeció por haberla acompañado, nos pidió disculpas si en algún momento había sido grosera, y nos refirió sentirse muy feliz y en tono de risa nos dijo: “tenían razón, sí pude”. En ese preciso instante, en nuestro rostro se dibujó una sonrisa que lamentablemente no pudo ver por el tapabocas, pero notó cómo brillaron nuestros ojos por la satisfacción de haberla cuidado y posibilitarle bienestar en el momento quizá más importante de su vida.

Durante las dos siguientes horas vigilamos su estado de involución en posparto inmediato y aprovechamos el resto de la tarde para acompañarla durante su proceso de lactancia, contarle los signos de alarma que podía presentar su bebé y por los que debía acudir de inmediato al servicio de salud. Una vez finalizó la jornada, fuimos a despedirnos y a desearle una buena recuperación y éxitos en su nuevo rol materno. Hoy esperamos que ella y Martín se encuentren bien, que cumplan sus metas y pueda terminar sus estudios. ¡Gracias porque indirectamente nos continuaron motivando a aprender y brindar cuidado con el mismo conocimiento, empatía, holismo y entusiasmo a las demás gestantes que encontraríamos a lo largo de nuestra práctica!

Resultados

A continuación, se describe el análisis de cada elemento del marco epistemológico de enfermería: 1) Ubicación de la narrativa

en la visión de enfermería, 2) Identificación de los conceptos metaparadigmáticos y aplicación del proceso de cuidado según Kristen Swanson: teoría de los cuidados, y 3) Patrones del conocimiento enfermero; los cuales se validan con apartes de la narrativa, permitiendo demostrar su articulación y coherencia:

1. Ubicación de la narrativa en la visión interactiva-integrativa-de reciprocidad

Las perspectivas del cosmos que cada quien tiene se perciben como múltiples y variadas formas de ver la realidad y revelan las pretensiones que, desde la arista ontológica (ser) y epistémica (conocer), se instrumentalizan y prueban la generación del conocimiento, relacionado con el fenómeno de estudio. En enfermería, Fawcett considera tres visiones: de reacción o particular determinística, de reciprocidad o interactiva integrativa y simultánea o unitaria transformativa (8). En el desarrollo de la narrativa, se considera a la mujer como un ser holístico, que interactúa con el ambiente asistencial y responde a los cuidados de las estudiantes en formación como se describe a continuación:

Tabla 1. Visión interactiva-integrativa-de reciprocidad.

VISIÓN INTERACTIVA-INTEGRATIVA-DE RECIPROCIDAD	
<i>Definición</i>	La visión de reciprocidad o integrativa-interactiva surge del positivismo y mecanicismo, está representada por el organicismo, como una manera de descifrar el universo y los individuos caracterizados por el cambio, la permanencia y la interacción (1). El cuidado que se da a la adolescente gestante debe ser integral, tanto físicamente como en su entorno, para que se puedan identificar aspectos que afecten su integridad y se incluyan en el proceso de atención de enfermería.

VISIÓN INTERACTIVA-INTEGRATIVA-DE RECIPROCIDAD	
<i>Persona</i>	<p>Desde el cuidado en enfermería se debe reconocer al individuo como un ser integral, dando atención a aspectos que pueden verse afectados desde la psicología, lo social y espiritual (1).</p> <p>Las estudiantes en formación abordan a Andrea como una adolescente en trabajo de parto, parto y puerperio con unas condiciones sociales de soledad, con apoyo familiar débil, quien no se sentía capaz de tener un hijo.</p>
<i>Cuidado</i>	<p>Cuidar en enfermería envuelve no solo la educación recibida por el profesional, implica velar por las actitudes, aptitudes y motivaciones de cada enfermo, complementando sus conocimientos con la manifestación como persona particular, genuina, capaz de generar familiaridad, impavidez, seguridad y apoyo efectivo (1).</p> <p>Se abordó desde la presencia auténtica y la relación de la teoría del cuidado a la mujer en parto con la práctica, comprendiendo el sentir de Andrea, quien afirmaba no poder continuar con el proceso fisiológico del parto. Sin embargo, luego del parto: “pidió disculpas si en algún momento había sido grosera, nos refirió sentirse muy feliz y en tono de risa nos dijo: “tenían razón, sí pude”.</p>

VISIÓN INTERACTIVA-INTEGRATIVA-DE RECIPROCIDAD	
<i>Enfermería</i>	<p>Los profesionales que se encaminan hacia una mirada de reciprocidad emplean la investigación cualitativa o cuantitativa, conforme a la temática y vacíos del conocimiento que se busca examinar, como camino de construcción de un conocimiento en salud y en enfermería (9).</p> <p>Las estudiantes en formación realizaron una valoración física en la que identificaron las necesidades prioritarias de Andrea, así como las manifestaciones no verbales de dolor y soledad que ella presentó. Identificando el <i>estar con</i> ella presentes al brindar cuidado constante para influir positivamente en su proceso de parto y posparto.</p> <p>“[...] Cada vez que llegaba la contracción repetíamos la explicación y lo hacíamos al tiempo con ella para que se sintiera acompañada y lo realizará bien, mientras tocábamos su hombro”.</p> <p>Se buscó comprender, animar y ponerse en el lugar de Andrea para brindar un cuidado mucho más efectivo, sensible y significativo, para que ella encontrara y sintiera una mano amiga y humana en el proceso del parto.</p>
<i>Ambiente y relaciones</i>	<p>Las relaciones son recíprocas, se retroalimentan. La realidad es multidimensional, depende del contexto y es relativa (1).</p> <p>La reciprocidad entre el cuidado brindado por las estudiantes en formación y Andrea forjó la base para que se lograra su bienestar, en un ambiente desconocido en donde la enfermería fue su apoyo humano.</p>

VISIÓN INTERACTIVA-INTEGRATIVA-DE RECIPROCIDAD	
<i>Fenómeno</i>	Compuesto por múltiples partes interrelacionadas dentro de un contexto específico (9), está <i>determinado</i> por el miedo que le genera a la persona el ser mamá, los compromisos, cambios y responsabilidades que conlleva, y que generan incertidumbre; el futuro estigma que pueda generar la sociedad por ser madre adolescente, soltera y sin red de apoyo sólida. Además de tener que desertar del colegio y no tener claridad en su proyecto de vida.

Fuente: Adaptación del cuadro síntesis de visiones. Gómez Ramírez y Gutiérrez De Reales (2020) (9).

2. Conceptos metaparadigmáticos y aplicación del proceso de cuidado desde Kristen Swanson: teoría de los cuidados

Kristen Swanson (citada por Meleis) planteó la “Teoría de rango medio de los cuidados”, la cual surgió empíricamente de una investigación fenomenológica que permitió dar acompañamiento cálido y humanizado a las personas; la teoría propone una práctica evaluable, ya que los conceptos, proposiciones e indicadores empíricos generan las herramientas para cualificar las intervenciones (10). De esta manera se presentan los conceptos metaparadigmáticos y los que conforman la estructura de los procesos del cuidado, desde la narrativa expuesta:

Persona: Swanson, citada por Alligood, Marriner & Raile, describe a las personas como: “seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas” (11); igualmente, discurre sobre las personas como seres dinámicos, espirituales, con ganas de superarse, que se autoafirman y que ambicionan estar en vínculo con otros.

Andrea es una adolescente de 17 años, quien tuvo que dejar sus estudios y su hogar en Siachoque a causa del embarazo. Actualmente vive en Tunja con su tía, quien es única red de apoyo. Ella creía no ser capaz de tener un parto, debido al dolor e incertidumbre que sentía; sin embargo, al nacer su hijo manifestó sentirse alegre y tener a una nueva persona que la iba a acompañar: “... *Y de ahora en adelante ella sería ‘sola con su bebé’*”. Su fuerza de cambio y de seguir adelante sería su hijo Martín, quien acababa de nacer.

Salud: Restitución del bienestar como una compleja suma de cuidados, que devuelven la integridad y el sentimiento de plenitud (11). Una adolescente en sala de partos de un hospital público de tercer nivel, en trabajo de parto, con actividad uterina regular y umbral del dolor alto; con miedo y refiriendo “no voy a poder” junto al estar viviendo “sola” el momento de este nuevo rol, y quien luego del nacimiento de su hijo siente plenitud y agradece al profesional en formación por su cuidado, acompañamiento y apoyo.

Entorno: Swanson precisa el entorno desde una perspectiva situacional, “cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente”. Desde la enfermería, es algún contexto que incide y en el que está inmerso el paciente, en aspectos como lo cultural, social, biofísico, político y/o económico (11).

Andrea se encontraba sola, junto con otras mujeres y sus acompañantes a la espera de su parto, en un escenario frío y desconocido, donde las alarmas de los monitores aturden, junto al personal de salud que sale y entra; además de las expresiones verbales de dolor de las demás mujeres. Factores que le generaron angustia e incertidumbre frente a su capacidad para tener su hijo.

Enfermería como proceso de cuidado: La enfermería es una disciplina cimentada en patrones de conocimiento, procedente de la práctica clínica y los valores personales para cuidar de manera holística al ser humano. La teoría de Swanson resulta útil, clara, sencilla y generalizable a toda relación enfermera-persona, al aplicar los cinco

procesos básicos de cuidado: mantener las creencias, conocer, estar con, hacer por y posibilitar:

Mantener las creencias: Swanson (citada por Marriner & Raile) lo definió como “la capacidad de mantener la fe en la capacidad del otro, de superar un acontecimiento, y enfrentarse al futuro con significado”, lo que permite al enfermero creer en la capacidad del otro y ofrecerle un grado de confianza que le permita encontrar el significado del proceso por el que transita (11).

Mediante la comunicación, los profesionales en formación le refieren a Andrea la actitud de esperanza y optimismo en su trabajo de parto; esto se desarrolla gracias a que las estudiantes tenían un conocimiento inicial sobre la capacidad de resiliencia de la gestante adolescente, quien había transitado 39 semanas “sola” en espera del nacimiento de su hijo; por lo que la actitud de cuidado al reforzar en la madre que sí podría comprometió a los actores desde la confianza y presencia auténtica.

Conocer: Lo significativo radica en conocer a los seres humanos con respeto, bajo la comprensión sin prejuicios de sus vidas, valorando cada actividad que lleve a la apropiación del conocimiento (12). Se relaciona con la necesidad de recabar y dar significado a la situación que transita el otro, desde su propia vivencia; lo que lleva a crear un proceso de compromiso entre los actores de cuidado, bajo términos de confianza entre ambos, personal de enfermería y paciente.

Desde la narrativa, las estudiantes conocieron y comprendieron el significado que tenía para Andrea la nueva experiencia que estaba viviendo de ser madre, la incertidumbre que le generaba el parto evitó prejuicios respecto a su edad, el no uso de métodos de planificación, dejar a un lado su formación académica y asumir la decisión que la llevó a continuar con un embarazo adolescente en la ausencia de apoyo familiar y de pareja. El conocer también implicó reconocerse como mujeres adolescentes y profesionales en formación con bases teóricas que lograron llevar y desarrollar en esta situación durante la práctica.

Estar con: “Se inicia con la identificación de la persona, como única e individual, se acompaña y estimula la expresión de emociones y de percepciones acerca del momento que se estaba viviendo” (12). Es la postura genuina del personal de enfermería con la persona, que lo cuida a través de la presencia emocional.

Mediante el acompañamiento, la empatía y la confianza de ser mujeres adolescentes, se logró un acercamiento que permitió que Andrea compartiera sus sentimientos y emociones, sus sufrimientos y miedos a los que debía enfrentarse. La presencia de los profesionales en formación desde su fase activa de dilatación y borramiento, el expulsivo, alumbramiento y posparto inmediato permitió que el cuidado fuera significativo.

Hacer por: Es el cuidado que da bienestar a las necesidades del otro, a partir de intervenciones de calidad; para esto se inicia un proceso de educación, acompañamiento, búsqueda de ayuda, según las prioridades individuales identificadas (12).

Priorizar las intervenciones de cuidado basadas en las necesidades que se identificaron en Andrea, como la expresión de sentimientos, contacto visual y táctil, el acompañamiento, estar auténticamente, mantener la temperatura corporal, valorar la dinámica uterina junto al bienestar fetal, modular el dolor, facilitar el proceso de la respiración durante el trabajo de parto y en el momento del expulsivo, así como validar su capacidad para dar a luz, permitieron dignificar en esta adolescente el ser madre.

Posibilitar: “facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, informar, explicar, apoyar, dar validez a sentimientos, generar alternativas, pensar las cosas de forma detenida y retroalimentar” (12). Se da al reconocer en la gestante a una mujer adolescente que transita por el proceso de parto con miedo, dolor y soledad; por lo que se escucha, acompaña y educa, transformando un escenario frío y estresante, en un lugar

amigable y tranquilo durante el parto y posparto, que se evidencia en la frase emitida por Andrea: “tenían razón, sí pude”.

3. Patrones del conocimiento enfermero

Un patrón de conocimiento es la forma manifiesta de presentar un fenómeno del conocimiento; para Chinn y Kramer, el conocer y el conocimiento son reflejo de cuatro patrones enfermeros: empírico, estético, ético y personal, que forman un todo esencial y son necesarios para enseñar y aprender esta ciencia (13). La narrativa como fuente del conocimiento enfermero desarrolla cada patrón a partir de la siguiente reflexión.

Conocimiento personal: Es un proceso dinámico, es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente (14). Durante el acto de cuidado, las estudiantes se identificaron a sí mismas como adolescentes que podrían vivenciar la situación de Andrea, desarrollando empatía y comprendiendo lo nuevo que puede ser el asumir el rol materno junto a la angustia frente a lo desconocido de este proceso; ello permitió crear una relación personal auténtica en donde se generó y priorizó el cuidado.

El encuentro que se da entre las estudiantes y Andrea como mujeres adolescentes, hace posible el reconocerse como una población en donde la gestación es una problemática de salud pública, al ser vulnerables frente a complicaciones biopsicosociales y un riesgo mayor de morbilidad por causas obstétricas, como describe García et al. (15); variables que se pueden identificar en la narrativa y que permiten la disposición de un ambiente protector frente a la atención brindada.

Conocimiento empírico: es el cuerpo de conocimientos en la disciplina, que ha sido generado desde la investigación respondiendo a las necesidades de la práctica. Cada disciplina cuenta con personas que generan y comunican dicho conocimiento. Este “compartir”,

según Rojas y Díaz ocurre en el campo de la práctica y de los resultados de la investigación (14). El conocimiento teórico de las estudiantes en formación permitió reconocer a Andrea como una adolescente que transitaba por una etapa de múltiples cambios psicológicos, sociales y físicos que lograrían verse obstaculizados por un embarazo, al presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción cefalopélvica, así como deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno (16, 17).

Dentro de la narrativa se reconoce que Andrea se encontraba en trabajo de parto, en fase activa, que según la Resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud se define como: “periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular” (18). Aquí se encuentra conducción con oxitocina como un medicamento que libera las reservas de calcio para estimular filamentos de actina y miosina, lo que lleva a la contracción del miometrio y el aumento de la dinámica uterina; su uso y administración no debería emplearse de forma sistemática, dados los efectos secundarios y adversos (19).

Al evaluar la escala del dolor en Andrea, se identificó un alto umbral. Según la teoría de Pavlov, en el parto se reúnen las siguientes situaciones para producir dolor: la existencia de terminaciones nerviosas específicas del dolor en el cuello uterino, en la vagina, en el periné y genitales; la presencia de estímulos psíquicos y físicos; y por último la percepción dolorosa que se conjuga con el temor, angustia, emoción y cansancio que produce el parto (20), por lo que se conduce la respiración, buscando disminuir el umbral y llevar mayor cantidad de oxígeno al feto.

Durante el alumbramiento, se acompañó a Andrea y se realizó manejo activo de este periodo, con intervenciones encaminadas a disminuir la hemorragia posparto: como la aplicación de uterotónico por vía intravenosa, pinzamiento tardío del cordón umbilical,

tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino, como las propone la Organización Panamericana de la Salud (21). También se favoreció el contacto piel a piel como intervención que permitió instaurar el inicio del vínculo afectivo, así como la adaptación y valoración al recién nacido identificando la puntuación del apagar/silverman y su relación con los cambios fisiológicos (22).

Finalmente se reconoce el posparto inmediato como el período que comprende las dos primeras horas y en el cual se presenta la mayoría de las hemorragias, por lo que se vigiló en Andrea la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: signos vitales, globo de seguridad, sangrado genital y suturas vulvares. Al mismo tiempo se educó y apoyó en la técnica para la lactancia materna a libre demanda, signos de alarma y fortalecimiento de redes de apoyo (18).

Conocimiento ético: “Va más allá del conocimiento de los códigos y las normas legales. Incluye todas aquellas acciones voluntarias que son deliberadas y sujetas al juicio de lo bueno o malo, incluyendo juicios de valor moral relacionados con motivos, intenciones o formas de carácter” (14).

En la narrativa, se identificó el patrón ético al establecer una relación entre pares con Andrea y las estudiantes en formación, en donde se evitó cualquier prejuicio que se pudiera dar debido a su edad, o el no uso de métodos existentes para prevenir un embarazo no deseado, así como el dejar su escolaridad. Se comprendió el proceso de afrontar el nuevo rol como un evento desconocido y se brindó el acompañamiento sin importar sus decisiones. Se actuó desde la ética y moral profesional; teniendo en cuenta el código deontológico de enfermería, aplicando el respetar su dignidad, integridad física, espiritual y psíquica, actuando con prudencia y una adecuada comunicación e información veraz.

Conocimiento estético: “Requiere abstraer aquello que es individual, particular y único, la integración de esos detalles en un todo

equilibrado y unificado y actuando en relación con los resultados proyectados; en este se encuentra la expresión de sentimientos, actitudes, conductas y significados simbólicos que impregnan la práctica” (23).

En la narrativa, se da mediante el contacto visual a lo largo del trabajo de parto, la comunicación eficaz y bidireccional para que llegara a culminar su parto, el contacto físico por medio de tocar su hombro. Adicional a la consciencia que desarrollaron las estudiantes durante todo el acto de cuidado a una mujer gestante en la que se priorizaba el acompañamiento, la resignificación de ser madre adolescente, desde el desconocimiento al evento del parto, manejo del dolor y frustración; más allá de las intervenciones y procedimientos asistenciales. Esto permitió tener una relación de reciprocidad, un cuidado más cercano y centrado en la persona, que genere confianza, tranquilidad y seguridad.

Conclusiones

Se identificó la importancia que tiene el análisis de la narrativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, construida desde de la práctica del profesional en formación en Sala de partos, como un escenario nuevo donde se construye una experiencia de cuidado vivida y compartida entre dos o más personas. La narrativa permitió a los estudiantes trasladar la teoría a la práctica, al comprender el cuidado desde el análisis de una situación real en donde se posibilitó el bienestar de una adolescente en trabajo de parto, parto y puerperio.

La identificación de los elementos del desarrollo disciplinar: visión, conceptos metaparadigmáticos, y patrones del conocimiento de enfermería en el marco de la teoría de cuidado de Kristen Swanson, aportaron elementos a los estudiantes y docentes que transformaron el proceso de enseñar y aprender al cuidar con base en un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería.

Las competencias comunicativas, así como la capacidad de ser empáticos y emocionales son necesarias en la formación y práctica profesional como un camino a la conexión, reciprocidad y significado de la experiencia humana frente a una situación de cuidado.

La narrativa desde los elementos epistemológicos y paradigmáticos contribuye en la educación de profesionales de enfermería, capaces de generar intervenciones sustentadas en conocimiento disciplinar, para la estructura organizativa y de la gestión del cuidado de las mujeres en trabajo de parto, parto y posparto que son atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

De igual manera es una estrategia innovadora que permitió el desarrollo de un profesional crítico, sensible, creativo, reflexivo y consciente de su aporte personal, social y ético, capaz de enfrentar y transformar su realidad, promoviendo cambios y soluciones a las necesidades de cuidado que surgen en una práctica centrada en un ser humano holístico que busca recuperar o mantener su bienestar.

Responsabilidades Éticas

Confidencialidad. Se resguardó la identidad de los sujetos de cuidado, y la información manejada no presenta datos que permitan identificarla. Para las propuestas de investigación e intervención abordadas en el presente texto, se consideraron las disposiciones establecidas en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de enfermería, establecidas en la Ley 911 de 2004, así como los aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos. Los abordajes a la población son reconocidos como de bajo riesgo, los cuales buscaron salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de las personas participantes, el respeto por la autonomía, la beneficencia y la justicia como principios éticos fundamentales. Igualmente se tuvo en cuenta el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, además del manejo adecuado de la privacidad y salvaguarda de los datos recolectados.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; Escuela de Enfermería; grupo de investigación en Gestión y Calidad en Enfermería.

Referencias

1. Gutiérrez De Reales E, Gómez Ramírez OJ. La situación de enfermería: Fuente y contexto del conocimiento de enfermería: la narrativa como medio para comunicarla. Bogotá Colombia; 2011.
2. Bueno Robles LS, Soto Lesmes VI. La narrativa: herramienta pedagógica para el conocimiento de enfermería. Bogotá Colombia; Editoras académicas Universidad Nacional de Colombia; 2019.
3. Contreras, J, Quiles, E y Paredes, A. Una pedagogía narrativa para la formación del profesorado. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 2019;0(0), 58-75 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24310/mgnmar.v0i0.6624>
4. Durán De Villalobos MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá Colombia Avances en Enfermería; 2001.
5. Carper B. Perspectives on philosophy of science in nursing: an historical and contemporary anthology. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.
6. Nieto Bravo JA, Pérez-Vargas JJ, Moncada-Guzmán CJ. La investigación en contextos sociales y educativos desde métodos narrativos. *Civilizar* [Internet]. 2022;22(42):e20220110. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22518/jour.ccsh/20220110>
7. Durán, MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2002 [citado el 3 de junio de 2024];2(1):7-18. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es

8. Fawcett J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. 2a ed. Philadelphia: Davis Company; 2005.
9. Gómez Ramírez OL, Gutiérrez De Reales E. Situación de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Colombia Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2020.
10. Meleis A. Theoretical Nursing: Development and Progress. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
11. Alligood MR, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Elsevier; 2014.
12. Swanson KM. Enfermería como cuidado informado para el bienestar de otros. En Image, the nursing Scholarship. 1993;25:352-7.
13. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory and knowledge development in nursing - Elsevier eBook on vitalsource (retail access card). 8a ed. London: Mosby; 2010.
14. Rojas G, Díaz R. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. Revista CUIDARTE. 2013;4(1):544-9.
15. García-Salgado A, Sánchez-Chávez S, González-Aldeco PM. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. Revista del Hospital Juárez de México. Internet. 2017;84(1):8-14.
16. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes, una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. 2012;7(1):151-60.
17. Jiménez C. Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Revista CUIDARTE. 2012;3(1):385-93.

18. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 3280 de 2018. [citado el 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resol>
19. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego M. Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:1–8.
20. Farai E. Método psicoprofiláctico del parto sin dolor. *Rev Med Hond*. 1958;26(3):69–81.
21. Organización Panamericana de la Salud. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
22. May G, Zarco C, Contreras V, Enríquez N. Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatol Reprod Hum* diciembre de. 2017;31(4):170–3.
23. Vista de La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal [Internet]. Edu.co. [citado el 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/129>

Expresión de los patrones estético-creativo y emancipatorio en la divulgación del conocimiento de enfermería

Expression of patterns aesthetic-creative and
emancipatory in the dissemination of nursing knowledge

Milena Alexandra Galvis López*
Mayra Solanye Galindo Huertas**
Ángela Yenifer Yandar Acevedo***
Marly Tatiana Aguilar Chaparro****

Resumen

Este artículo presenta los resultados de la investigación sobre el conocimiento de enfermería expresada desde el patrón estético-

* Enfermera, Magíster en Enfermería. Líder- investigadora Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/0000-0003-3352-7581>. milena.galvis@uptc.edu.co

** Enfermera, Magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Doctora en Estudios Sociales, Posdoctorado en Metodología de la Investigación Crítica. Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-2769-858X>. mayra.galindo@uptc.edu.co

*** Enfermera, UPTC. Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/009-005-0714-9558>. angela.yandar@uptc.edu.co

**** Enfermera, UPTC. Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
<https://orcid.org/0000-0001-8339-4575>. marly.aguilar@uptc.edu.co

creativo y emancipatorio; reconociendo, resaltando y visibilizando otras formas en las que enfermería origina conocimiento. Se realizó a través del análisis de contenido de narrativas de enfermería, imágenes y poesías publicadas en artículos de revistas indexadas en las bases de datos Scielo, Latindex, Redalyc y Google Scholar y en boletines y blogs de enfermería. Se resaltan las maneras en que se presentan los patrones que guiaron el análisis de acuerdo a elementos conceptuales emergentes como la reflexión, la utopía y la libertad. La interrelación de estos permite reconocer la importancia de los patrones estético-creativo y emancipatorio para revelar formas distintas del pensar-conocer y hacer profesional. Revela también que la utopía compartida de los profesionales es la permanente búsqueda de humanizar el cuidado.

Palabras clave (DeSC): conocimiento, enfermería, investigación en enfermería, cuidado de enfermería

Abstract

This article presents the results of the research on nursing knowledge expressed from the aesthetic-creative and emancipatory pattern; recognizing, highlighting and making visible other ways in which nursing originates knowledge. This was done through content analysis of nursing narratives, images and poems published in articles of journals indexed in the Scielo, Latindex, Redalyc and Google Scholar databases and in nursing newsletters and blogs. The ways in which the patterns that guided the analysis are presented according to emerging conceptual elements such as reflection, utopia and freedom are highlighted. The interrelation of these allows us to recognize the importance of the aesthetic-creative and emancipatory patterns in revealing different ways of thinking knowing and doing professionally. It also reveals that the shared utopia of professionals is the permanent search to humanize care.

Keywords (DeSC): knowledge, nursing, nursing research, nursing care

Introducción

La producción de conocimiento en enfermería responde a una serie de hechos históricos y coyunturales que se encuadran en la búsqueda de su estatus científico; al igual que muchas profesiones (1), su recorrido no ha estado libre de tensiones y relata la incansable búsqueda de la profesión por reconocer su epistemología disciplinar (2).

La enfermería emprende una búsqueda introspectiva, que exige explorar sus propias teorías, paradigmas y, en particular, sus patrones de conocimiento. Estos patrones, categorizados por Carper como el empírico, o ciencia de enfermería, el ético, o componente moral, el estético, o arte de enfermería, y el conocimiento personal, representan la base fundamental sobre la que se construye la disciplina. Al comprender estos patrones, la enfermería fortalece su capacidad para brindar un cuidado integral y humanizado.

Los patrones de Carper sobre los modos de conocer están directamente relacionados con las maneras en que producimos conocimiento, pese a que se considera que los patrones son interrelacionales, debemos reconocer que en muchas ocasiones el conocimiento que se divulga está centrado en el primer y segundo patrón (empírico o ciencia y el ético o componente moral) mientras que los otros patrones quedan relegados a lo implícito de las descripciones que la publicación científica aporta. (2)

Actualmente, por medio de las narrativas, los patrones estético y personal han venido adquiriendo una mayor visibilidad, sin embargo, aún son parte de la incógnita dentro del saber, pues ninguno de los dos emana de libros, revistas científicas, conferencias o discusiones académicas (3, 1), sino que se resguarda en la subjetividad del cuidador(a).

Por otro lado, la inclusión de nuevos patrones de conocimiento, entre los que están el político social y el emancipatorio, ponen en evidencia otro camino del conocer en enfermería, que tampoco

está explícito en la tradicional forma de divulgar el conocimiento (artículos científicos a través de revistas de alto impacto) que están poco interesadas en la expresión de conocimiento desde la narrativa poética, las situaciones de enfermería, el dibujo, la fotografía, la canción, el teatro, e incluso desde las investigaciones autoetnográficas, biográficas o de creación, dada su fuerza y preferencia por lo que se produce desde los paradigmas positivistas y neopositivistas.

Sin lugar a duda, la reflexión epistemológica del pensamiento de enfermería pasa por la contemplación de quién es la persona que cuida, y por lo tanto produce el conocimiento alrededor de ese acto de cuidar, referido al patrón personal; también pasa por reconocer cómo se responde a las necesidades de la sociedad mediante relaciones de cuidado más humanas, conscientes y creativas como parte de un compromiso con la justicia social que nos exige el país, la universidad (4) y nuestra realidad en América Latina, que se traduce en el patrón emancipatorio; y finalmente por reconocer los significados simbólicos del cuidado, que se reflejan en la práctica de enfermería, o lo que se reconoce como patrón estético-creativo (2), modos de conocimiento que permanecen ocultos en la documentación denominada “científica” (1).

A través de los años ha sido evidente que las necesidades de las comunidades varían y evolucionan, y cada comunidad va a su propio ritmo, por lo que es necesario que la enfermería tenga esta capacidad de adaptación. En este sentido, es necesario reconocer que la producción del conocimiento en enfermería no puede estar limitada al artículo científico como único medio de divulgación, sino que existen producciones que revelan los mecanismos de pensamiento que enmarcan los patrones personal, estético-creativo y emancipatorio, y en cierta forma reflejan los quiénes del cuidado desde comprensiones más profundas, capaces de señalar los caminos posibles para relacionarse como profesionales con los(as) otros(as), el entorno y consigo mismo. La exigencia de cuidados más humanos, planteada desde hace varias décadas, nos invita hoy a reconocer a

los cuidadores desde su producción de conocimiento a través de los patrones menos explorados, pero más sensibles a lo humano del cuidar.

En consonancia con lo expuesto, se busca visibilizar los patrones estético-creativos y emancipatorios en el desarrollo disciplinar de la enfermería. Esto representa una oportunidad para fortalecer el objeto de estudio y la autonomía profesional de la disciplina, tanto en el ámbito laboral como académico.

Respecto al patrón estético o “arte de enfermería”, Carper argumentó que:

No se origina como resultado de la investigación empírica. Por lo tanto, puede haber reticencia consciente para incluirlo como un saber de enfermería, podría describirse como una admisión tácita de que enfermería en parte, es al menos un arte. (2)

Como indican Escobar y Sanhueza (2), está además la falta de explicitación del conocimiento estético en enfermería. Afirman que este conocimiento se suele asociar erróneamente con habilidades técnicas y manuales. Y presentan la experiencia estética como la creación o apreciación de expresiones singulares, fruto de la imaginación y el lenguaje.

En este sentido, el papel principal del profesional de enfermería es actuar como un ser humano sensible y proactivo, en relación con los demás profesionales de la salud, porque en su actuar profesional se refleja “el arte” presente en todos los aspectos de la práctica de enfermería (5).

Desarrollar la creación estética en enfermería es complejo, requiere abstracción, la que se hace visible a través de las interacciones, las intervenciones del cuidado y las actitudes que desarrolla la enfermería en respuesta a las demás personas, lo que trasciende el conocimiento científico. (2)

Estas habilidades son esenciales para comprender las complejas necesidades de las personas que atraviesan experiencias de salud-enfermedad, tanto objetivas como subjetivas, y crear un entorno que favorezca su bienestar físico, emocional y social durante el proceso de recuperación. El cuidado se caracteriza principalmente por la existencia de una interacción humana con un propósito definido (6).

La compasión ha sido considerada como un importante valor humano que se asume de forma intuitiva y se soporta en la comprensión afectiva hacia el otro, convirtiéndose en las últimas décadas en un foco de interés para la investigación; en enfermería se asume como una profunda conciencia y sensibilidad para captar y comprender el sufrimiento del otro, junto al deseo de orientar el cuidado al alivio o la disposición de ayuda a los demás. (7)

La enfermería, dotada de habilidades para percibir y empatizar con la vida de otros, posee un amplio bagaje de conocimientos que le permiten comprender las diversas realidades y actuar de manera efectiva a través del cuidado que brinda (2).

A partir de lo anterior, es importante que el profesional de enfermería se plantee el siguiente cuestionamiento según lo indicado por Kramer y Chinn: ¿sé lo que hago?, ¿hago lo que sé?, y ¿lo que hago surge de la empatía y compasión por el otro? Con base en las respuestas, el profesional de enfermería desarrollará el arte en su actuación profesional de la forma más asertivamente posible (6).

Por otro lado, la adición del patrón de conocimiento emancipatorio por Kramer Jacobs y Chinn permitió conocer el contexto social y político de la práctica de enfermería y del cuidado de la salud al reconocer que existen serias barreras sociales que afectan la salud y el bienestar de las personas. Este patrón destaca la capacidad no solo de hacer evidentes las injusticias de orden social, se requiere conocimiento para examinar críticamente las situaciones, porque las injusticias no son siempre evidenciadas. Es necesario que se aborden a través de la reflexión crítica y la acción; el proceso de

conocimiento emancipador se desarrolla a través de la práctica crítica, reflexiva y transformadora de las realidades de los sujetos de cuidado y sus contextos (8-9).

Al realizar una lectura más detenida, Kramer y Chinn (6) proponen que este patrón de conocimiento llama la atención sobre la injusticia y la desigualdad derivada de poderes imperantes, para avanzar en la construcción de relaciones equitativas. El patrón emancipatorio busca favorecer a la persona de los servicios de enfermería y de salud y al profesional en el logro de la justicia y la equidad (6, 10).

La enfermería se enfrenta a un gran desafío al tener el compromiso de seguir posicionándose como generadora de procesos investigativos que contribuyan al desarrollo de avances científicos y tecnológicos propios de su disciplina, así como también de la generación de procesos de pensamiento crítico que la profesión requiere para hacerse más visible en la sociedad. Dado lo anterior, surge la pregunta: ¿cómo se expresan los patrones estético-creativos y emancipatorio en el conocimiento divulgado en enfermería?

Metodología

El texto presenta una investigación cualitativa, con método de análisis de contenido de narrativas y situaciones de enfermería publicadas en revistas indexadas en las bases de datos Scielo, Latindex, Redalyc y Google Scholar; así como otras publicaciones: boletines y blogs de enfermería.

El análisis de contenido es un método que permite reconocer las variables relacionadas con los patrones estético-creativo y emancipatorio, interés de este estudio, y las maneras en que se manifiestan en la producción de conocimiento y de divulgación en enfermería, dado que este método “lo que revela es en definitiva el sentido que emerge del texto” (11).

Maurice Duverger (12) señala que el análisis de contenido se puede dar con documentos tales como libros, publicaciones diarias y periódicas, datos estadísticos, archivos, diarios autobiográficos, documentos históricos, expresiones artísticas y materiales audiovisuales (grabaciones de sonidos, películas, fotografías, videos, etcétera) En este sentido, las fuentes de los textos a analizar pueden ser de variada índole, pues se busca reconocer el significado que transmiten y los efectos que produce (13-14).

Por lo anterior, se buscó rastrear en la producción de enfermería documentos que guardaran cercanía a los patrones que se pretende visibilizar, por lo que se priorizo la búsqueda de narrativas y documentos publicados en medios como boletines y blogs. A cada grupo de documentos se le denominó “unidad de contextos” dado su origen; y a cada documento analizado “unidad de análisis”, a las últimas se les asignó un código de identificación: ARTxPÁGx (Artículo, Página); BxPÁGx. (Boletín, Página, tipo de sección o documento); BLOGx, Tipo de documento). La selección se hizo bajo los siguientes criterios:

- Tipo de documentos: narrativas de enfermería; estos documentos se priorizaron dado lo reportado por Escobar y Sanhueza, quienes informan que “algunos investigadores han empleado la narrativa como técnica de investigación para evidenciar los patrones del conocimiento en diversos ámbitos de aprendizaje” (2).
- Documentos que dieran cuenta de procesos creativos según parámetros de publicación diferentes al artículo científico, como imágenes.
- Documentos propios de la enfermería y realizados por profesionales o estudiantes.
- Documentos publicados en los últimos 7 años para boletines y blogs, y últimos 3 años en revistas científicas.

El análisis de contenido no se rige por una única ruta metodológica rígida, dada la variedad de propósitos que puede perseguir. Sin embargo, la sistematización es un elemento fundamental en cualquier análisis de contenido, independientemente de la intención. Esto permite aprovechar al máximo las pistas que surgen del contenido para comprender el fenómeno en estudio, ya sea que se manifieste en palabras, títulos, símbolos, letras, párrafos o frases. Para ello, se parte de preguntas clave como: qué, cómo, a quién, por qué, quién, con qué efecto y en qué contexto. Estas preguntas permiten obtener información sobre las características, antecedentes y efectos de la comunicación, así como inferencias sobre su impacto (15).

Para la sistematización de la información, en este estudio se creó una matriz que exploraba características relevantes sobre los patrones acorde a lo descrito por Carper, Kramer Jacobs y Chinn, aunque se permitió la recogida de emergencias posibles.

Acorde a la metodología del análisis de contenido (15), inicialmente y de manera general se sistematizó la información desde tres parámetros: interés, propósito y la finalidad de los contenidos de cada documento, respondiendo a cuatro preguntas así:

- **Interés:** ¿por qué se dijo lo que se dijo?, ¿cómo esto hace relevante el patrón?, ¿cómo se dijo?, ¿es un ejemplo del patrón?
- **Propósito:** ¿cómo y qué de lo que se dijo enseña, aporta, ejemplifica o resignifica el cuidado?
- **Finalidad:** ¿cuál es la finalidad de lo que se dijo?, ¿por qué el texto dice lo que dice?

Posteriormente, se procedió a responder a las preguntas de la matriz de sistematización y análisis; y finalmente al proceso interpretativo. En la siguiente gráfica se presenta la ruta metodológica diseñada para el análisis de contenido.

Aspectos Éticos

La aprobación ética fue otorgada por el Comité de Ética de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Los procedimientos cumplieron de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993. El trabajo se soportó en los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto. Al tratarse de un estudio documental, el estudio se clasificó como investigación sin riesgo. Así mismo se señala la adecuación epistemológica, asegurando la coherencia en la ruta metodológica según la descripción realizada del método escogido.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para determinar el rigor metodológico, teniendo en cuenta la propuesta de Morse (16).

- Credibilidad (validez interna) y Transferibilidad (validez externa): Se logró a través de la descripción detallada de la ruta metodológica, la triangulación de la información, los memos teóricos para adecuación teórica y epistemológica. Además, como una forma de velar por la credibilidad de la información, el proceso de recolección, sistematización, análisis e interpretación fue hecho por las investigadoras en diálogo permanente, con el fin de controlar la aparición de creencias y suposiciones sobre el fenómeno.
- Confirmabilidad o reflexividad: se garantizaron los procesos de sistematización de la información a través de la matriz unificada, la construcción de memos y la evaluación de la concordancia de los resultados con otros estudios.

Resultados

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scielo, Latindex, Redalyc con el fin de detectar documentos tipo narrativas publicadas en revistas; así mismo se rastrearon boletines y blogs de enfermería. Las unidades de análisis por cada unidad de contexto se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Contextos analizados y documentos seleccionados

UNIDAD DE CONEX- TOS	CÓDIGO	UNIDADES DE ANÁLISIS
Revistas	ART 1	Muñoz Ángel YM. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de enfermería. Rev Cuid. [Internet] 2019; [consultado 2022 feb 28]; 10(2): 1-19 Disponible en https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/688 DOI: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688
	ART 2	Arrieta-Romero MA, García Ordóñez KA, Perea Copete N, Díaz-Rivadeneira J, Borja-González J, De Las Salas R et al. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en la experiencia de cuidado de una persona con colostomía. Reporte de caso. Salud Uninorte. [Internet]. 2021 [consultado 2024 abr. 29]; 37(3): 867-879. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php DOI: https://doi.org/10.14482/sun.37.3.610.736
	ART 3	Céspedes Pinto RS. Narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau. Cult. cuid. [Internet]. 2019 [consultado 2024 Ene. 29]; 23(54): 67-76. Disponible en: https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n54 DOI:10.14198/cuid.2019.54.08
	ART 4	Altamira- Camacho R. Nursing care in anguish of death: narrative of nursing. Ene. [Internet]. 2020 [consultado 2023 Nov. 29]; 14(3) Disponible en: http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1067
	ART 5	Cárdenas-Martínez FJ, Gómez-Ortega OR. Análisis de situación de enfermería: cuidando la familia desde el modelo de adaptación de Roy. Rev Cuid. [Internet]. 2018; [consultado 2022 feb 28];10(1) Disponible en: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/
	ART 6	Varela Londoño LE. Narrativa de enfermería: una experiencia significativa en medio de la adversidad. Rev. Cuid. [Internet]. (2016); [consultado 2022 feb 28]; 5.10 54-63. Disponible en: http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2016.5.10.69117

Revistas	ART 8	Hernández L. Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. Cult. cuid. [Internet]. (2019) 23 (54). [Consultado 2024 may. 06]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.07
	ART 9	Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. av. enferm. [Internet]. (2015) [consultado 2024 ene. 29]; 33(1): 124-132. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012 DOI:10.15446/av.enferm.v33n1.37514
	ART 10	Aznar-Marcén V. El arte como metáfora. Revista de enfermería en desarrollo. ED. [Internet]. 2021 [consultado 2024 Abr 29] 27. Disponible en: https://enfermeriaendesarrollo.es/
Boletines	B 1	Boletín Zujucua. Ediciones 1-6 - Poesías - Relatos de experiencias - Narrativas - Fotografías.
Blogs	BLOG 1	https://www.cuidando.es/ - Textos - Imágenes - Infografías
	BLOG 2	https://www.fundacionindex.com/fi/?page_id=107 CoViviendo-Espacio de Cuidados - Narrativas CoviD
	BLOG 3	https://enfermeriablog.com/ Textos - Imágenes
	BLOG 4	https://enfermeriacreativa.com/ - Infografías
	BLOG 5	https://www.nuestraenfermeria.es/ - FanZine
	BLOG 6	https://gercusuptc.blogspot.com/ Imágenes - Frases - Obras de teatro - Radionovelas

Fuente: Elaboración propia.

Acorde a lo declarado en el objetivo de la investigación, se priorizaron los patrones estético-creativo y emancipatorio; para su sistematización y análisis se crearon 17 preguntas, 12 para el patrón estético-creativo y 5 para el patrón emancipatorio.

Tabla 2. Preguntas relevantes por patrón de conocimiento

PATRÓN ESTÉTICO – CREATIVO	PATRÓN EMANCIPATORIO
¿Cómo se está transmitiendo este conocimiento?	1. ¿El documento [...] denuncia algo, hace un reclamo?
¿Qué tanto se deja ver el escritor, el autor?	2. ¿Se hace evidente el deseo de transformar algún aspecto de la realidad de la experiencia en salud?
¿Es posible ver que el autor detectó alguna necesidad real en el sujeto, en la comunidad, a quien va dirigido?	3. ¿Examina, analiza o presenta de manera crítica la situación, el fenómeno, la vivencia... lo que se está mostrando?
¿Cómo es evidente la relación del autor con los otros?	4. ¿El documento hace un llamado a la acción?
¿Cómo describe la realidad percibida frente a la situación o fenómeno abordado?	5. ¿Qué sentimiento/emoción genera en la investigadora?
¿Qué refleja este producto (contexto) sobre la profesión?	
¿Qué prejuicios, creencias, estereotipos se hacen evidentes en el producto?	
¿Qué tanto se revela, se enuncia, se expande un concepto o un preconcepción en ese producto (qué tanto expande el concepto, qué tanto lo posibilita)?	
¿Qué tanto el escrito se presenta como una proyección no formal de las maneras en que se presenta el conocimiento en enfermería?	
¿Cuál sería su fuerza simbólica / qué proyecta más allá de los elementos mismos?	
¿Cuál es la utopía que esconde el documento?	
12. ¿Realmente lo utópico es lo que genera el pensamiento creativo, es el más allá?	

Fuente: Elaboración propia con base en Carper; Chinn y Kramer.

Cada unidad de análisis fue indagada a través de las preguntas señaladas, de manera individual por cuatro investigadoras y posteriormente triangulada la información de manera conjunta. Al tiempo se realizaban memos teóricos y analíticos que permitieron ampliar los referentes teóricos conceptuales.

La matriz permitió revelar los patrones de conocimiento estético-creativo y emancipatorio en las unidades de análisis. En el primer momento de sistematización y análisis se puede evidenciar que las unidades de análisis dan cuenta de las reflexiones sobre el cuidado por cada uno de los autores. La variedad de tipos de documentos: narrativas de enfermería, poesías, imágenes, frases, obras de teatro, relatos de experiencias e incluso radionovelas, nos dejan ver como mensaje la necesidad que tienen los profesionales de hacer circular, como una práctica de libertad, otras formas de producción de conocimiento y el potencial creativo que tiene la reflexión sobre el cuidado.

1. Primeras dimensiones analíticas: interés, propósito y finalidad

1.1. Análisis del patrón estético-creativo

Desde el interés: La tendencia de las unidades de análisis se manifiesta a través del lenguaje metafórico, se expresa a través de poesías, frases, e incluso imágenes. Suele mostrar la dualidad entre el deseo por cuidados más cercanos y afectivos al tiempo que revela su existencia en el cuidado del autor-cuidador(a). Entonces, se puede decir que la metáfora ejemplifica el patrón, dado que lo estético se moviliza para crear versiones de cuidado quizá más competentes o cercanas, es decir, a través de lo bello, e incluso en el humor, palpitan las necesidades profundas y el pensar crítico y las emociones complejas que experimentan los cuidadores en su quehacer.

Un ejemplo se puede ver en el texto de Hernández cuando menciona “pruebas que Dios nos pone” al hablar sobre el acompañamiento de una enfermera a una mujer en duelo (ART 7, p. 62) (19); o

en la gráfica del blog de Silvia Sánchez “Enfermería creativa”, encontramos otro ejemplo: Cuando en una infografía señala la metáfora “Sueroterapia, que el ritmo no pare” [Publicado 6/12/17] (BLOG 4. Infografía).

Sin embargo, es preciso mencionar que la tendencia en la publicación en los blogs se da desde el patrón empírico, como se presenta en el Blog “Cuidando” (BLOG 1, Infografía).

Aun así, el patrón estético-creativo se cuele en los rincones de estas publicaciones; esto es visible en un video denominado “Reilusionemos la enfermería”, que busca: “ofrecer una *sobredosis de positivismo e ilusión* a las enfermeras”, e indican “Somos las enfermeras las que hacemos que nuestro trabajo sea especial, *ponemos todo nuestro corazón en los cuidados*”, mostrando este texto una vez más el uso de la metáfora como el lenguaje propio del patrón estético-creativo.

Desde el propósito: El patrón estético-creativo aporta y ejemplifica el cuidado a través de las muestras de empatía y compasión, emociones que se expresan por el cuidador a través de la metáfora, lenguaje propio del patrón

Después de escuchar detenidamente su historia fue imposible no sentir tanta tristeza y admiración a la vez, que, a pesar de mostrar mi fortaleza, *se me formó un nudo en la garganta*, que traté de disimular... (B1 2020)

El poder del patrón estético-creativo en clave de metáforas está en su fuerza de transmisión, pues se logra conmover al lector(a) a partir del vivenciar de los profesionales, esto resignifica el cuidado en la medida en que invita a reconocer la historia de los otros(as) como parte importante del estar-siendo cuidador y centra el cuidado en el parar, es decir, en el dedicarse un tiempo a sí mismos para estar presentes, y a reconocer en la pausa una necesidad humana del cuidador para cuidar.

esde la finalidad: Un elemento que parece caracterizar la finalidad de lo dicho en las unidades de análisis es la necesidad de los profesionales de mostrar lo que ha quedado oculto o pasó desapercibido en el acto mismo del cuidar: auto-llamados a la empatía y humanismo en un ambiente hospitalario, a reconocer las problemáticas sociales que han sido naturalizadas, como la violencia, a hablar sobre las vivencias de sus propios cuerpos, y sus experiencias, a visibilizar las emociones e incluso al rechazo e indignación que generaron algunos episodios en el desempeño como cuidadores. En cualquier caso, los textos que reflejan el patrón estético-creativo señalan los pretendidos escenarios de actuación, en los que el cuidador(a) resulta interpelado por sus realidades y da respuestas a partir de la empatía, la despatologización, el afecto y el respeto por la diferencia, en resumen, se libera de aquellos aspectos que se declaran cargas que la rutina y la llamada “deshumanización” hoy pesan en la profesión, ejemplos de esto se encuentran en un poema:

“Ejerce mal la profesión
 el que no sabe tratar
 y asume la jerarquía
 Para mandar y ordenar” (Boletín 3 p. 3-4 CVP)

Y otro ejemplo en una narrativa:

“...le pido que nos cuente que [sic] le pasó, estoy tranquila, sin afán, le hablo en voz baja, mostrando comprensión por su angustia” (17) (ART 6 p. 57)

Por consiguiente, el patrón estético-creativo tiene como finalidad, más que mostrar la experiencia en salud, es señalar la realidad de la profesión frente al mundo, la visión de la sociedad frente a la enfermería, y su deseo de transformación.

Para esto, el conocimiento estético-creativo requiere abstraer aquello que es individual, particular y único (6). Así lo presenta una narrativa de enfermería:

Con el establecimiento de un vínculo significativo entre la enfermera y el niño; al hablar, escuchar, consentir, comprender, ser

creativa en el uso de los recursos contribuyendo al cumplimiento de los resultados esperados” (18) (ART 1. p. 12) “La enfermera es capaz de reconocer el sufrimiento que experimenta la madre por el estado de salud de su hijo, situación que exigió de la enfermera, destreza y proactividad”. (ART 1. p. 14) (20)

En estos dos extractos se presentan particularidades que se constituyen como el valor agregado que se refleja en el arte de cuidar, la trascendencia del cuidado.

1.2. *Análisis del patrón emancipatorio*

Desde el interés: El patrón emancipatorio se manifiesta casi siempre desde un lugar de reclamo, indignación, denuncia y necesidad de cambio (19). En los textos analizados se reflejan las inconformidades que vivieron los autores; especialmente se destacan emociones frente a la naturalización de fenómenos que afectan la salud, la vida y la dignidad de las personas. El lenguaje del patrón emancipatorio está cargado de ironía, sarcasmo o sátira, en extenso citamos a Héctor Castiñeira (20), dado su poder de ejemplificación:

Una enfermera o enfermero empoderado tiene que llegar a la entrega de turno veinte minutos antes. Conocer las necesidades individuales de los pacientes y de las de sus compañeros de trabajo, debe fomentar la relación interprofesional... hacer equipo de trabajo, dirigirlo, apoyarlo, animarlo, y soportarlo. Además, empatizar con el usuario, el familiar, el visitante del vecino de cama, los amigos, amigas y demás implicados... Identificar las necesidades de salud del entorno, del entorno del paciente, de la familia, y del hospital... Investigar en cuidados, hacer planes de cuidado, y quizás hacer docencia... Asistir a congresos, fomentar la investigación entre los compañeros, apoyar la investigación de los otros miembros del equipo de salud... Revisar la evidencia científica, actualizaciones de guías, protocolos, ojalá antes del turno, leer literatura científica, prensa sanitaria y blogs de enfermería... Revisar ocho escalas cada media hora... Y revisar toda la medicación cinco veces antes de administrarla. Sincronizar

el reloj con el portero, celador, y familiar para garantizar el confort del paciente. Y todo esto en un turno de seis horas.

El patrón emancipatorio manifiesta el interés de los autores-cuidadores por hacer un llamado a la necesidad de revisar, de vez en cuando, la invariabilidad de la vocación. Por lo tanto, la pausa o la mirada sobre el sí mismo resultan espacios para imaginar los cambios necesarios en la profesión y el acto de cuidado; se retoma un pasaje para señalar a qué nos referimos frente a las pausas:

Empieza la segunda mitad del año, quinto semestre, cuidado de enfermería al paciente geriátrico. Nuevamente cumplir roles, el mismo estudiante, pero la ambición del inicio ya había cesado, lo que significaba disminuir la exigencia y la rutina que llevaba. Igualmente, no podía parar, tenía la absurda obsesión de mantener un estatus y no me permitía fallar por más débil o cansado que me sintiera. (Boletín 4PAG5-9CVP)

Desde el propósito: El patrón emancipatorio ejemplifica la demanda de los cuidadores por mejorar los espacios de cuidado, condiciones laborales dignas y el reiterado llamado a la humanización. Nuevamente, estos textos obligan a la necesaria pausa por parte de los lectores; en los textos la pregunta implícita ¿qué se debe cambiar? resume las denuncias, pero las respuestas no son tan fáciles, aunque sí son rápidas: humanizarnos.

Sin la necesidad de tener presente los prejuicios, siento que mi esencia se ha escondido. Le ha dado paso a la rebeldía y a la necesidad de probar nuevas cosas. No he tenido en cuenta el amor por mí misma, vivir mi felicidad, hacer lo que me gusta. Intenté salir de mi zona de confort no para arriesgarme a cosas útiles, sino para lanzarme al abismo de las pasiones controversiales. (Boletín 2PAG3CVP)

El conocimiento emancipatorio es entonces la vía en la que los profesionales construyen, resignifican y transforman el cuidado desde sus propios cuerpos, vivencias y formas de interrelacionarse con los sujetos de cuidado, sin desaparecer como personas.

Desde la finalidad: El patrón emancipatorio está en la apropiación de espacios que rompen con los tradicionales lugares del cuidado, con el discurso complaciente o con la mirada exclusivamente altruista del profesional; desde el cuerpo de los cuidadores (como en el extracto anterior), hasta las calles, el patrón emancipatorio revela la otra cara del cuidado, dibujada por la insatisfacción al tiempo que se autoexige caminos de cambio y transformación.

Las enfermeras también somos personas, existimos. Estamos poco cuidadas y necesitamos y reclamamos a los dirigentes políticos mejores condiciones laborales. Nuestra sociedad no se puede permitir no cuidar a quien más cuida: las enfermeras y enfermeros. (BLOG 3. Texto)

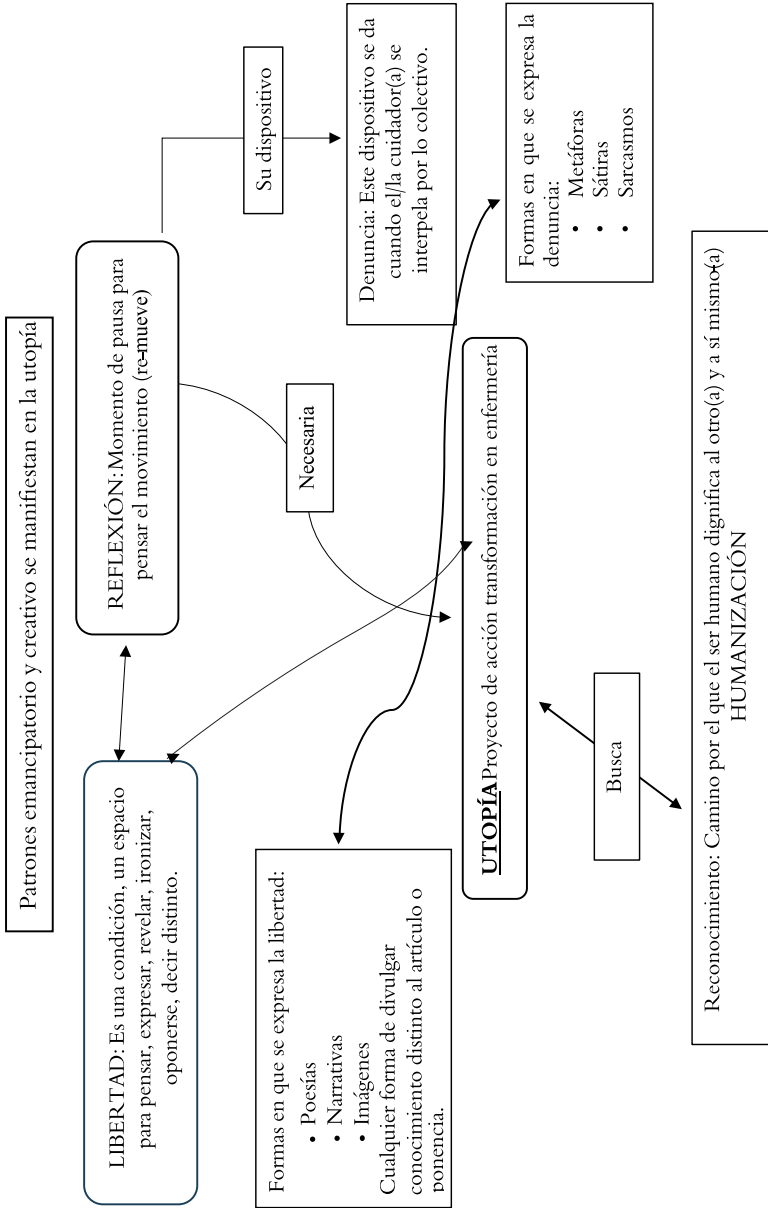
Se presenta también la frase de Fernando Castillo que en la imagen (construyendo hospitales y dibujando enfermeras) ejemplifica la finalidad del patrón emancipatorio en una de las unidades de análisis:

Hoy escribo desde el corazón y desde la necesidad de soltarlo, para favorecer lo que sería mi salud mental. Podría ser muy claro y meridiano, y este puede ser el resumen: Para construir un hospital solo hace falta pasta y una contrata, y para tener una enfermera hacen falta mínimo 4 años. (BLOG 5. Texto)

2. Segunda dimensión analítica: proceso interpretativo

En el marco de los resultados, dado el análisis interpretativo de la información, valga la pena hacer algunas claridades de las maneras en que se resignifican algunos conceptos que emergieron y que fueron dando forma a las relaciones conceptuales que se tejen para comprender los patrones de conocimiento estético-creativo y emancipatorio. Las tres categorías relevantes fueron *reflexión*, *utopía* y *libertad*, las cuales cristalizan los patrones y forman un ciclo que tiende, según lo que emergió en la investigación, a un horizonte común denominado humanización, expresado a través del reconocimiento de sí y del otro(a).

Gráfica 2. Mapa de relación de las categorías emergentes.



Fuente: Elaboración propia.

Primero se reconoce el concepto de *utopía* como el eje articulador de la trama de significados. La utopía vista como un motor para la acción, como la posibilidad de lo realizable, conseguible y transformable a través de las experiencias de cuidado. Entendiéndola desde el marco interpretativo del pensar de Hugo Zemelman (21), la utopía sería entonces la expresión de lo que es necesario para un cuidado emancipatorio y humanizado; de acuerdo con él “el concepto de utopía apunta a sentidos posibles”, es decir, implica la capacidad de imaginar y aspirar a un mundo mejor, pero también requiere un compromiso activo de todos para hacerlo realidad.

Así, la utopía es un proyecto concreto que requiere esfuerzo y colaboración. Por lo tanto, el cuidado humanizado es el proyecto necesario y posible para enfermería, no es una realidad terminada, determinada o delimitada, pues como se revela desde los patrones estético-creativos y emancipatorio, la enfermería es un camino en construcción permanente hacia la humanización.

En este mismo sentido, desde el conocimiento revelado en los dos patrones pudimos evidenciar que el proceso de humanización en enfermería se expresa en el reconocimiento, entendido como la manera por la cual se dignifica al otro(a) y a sí mismo. Las unidades analíticas nos dejan ver que, lejos de entender el reconocimiento a través del aplauso o las medallas, este es la materialización del encuentro del cuidado, dado que implica escuchar activamente las voces y experiencias de los demás, y estar dispuesto a cuestionar y revisar nuestras propias perspectivas, superar prejuicios, estereotipos y formas de exclusión, para aprender y convivir con las otras personas. Así se presenta en una narrativa:

El enfermero ve en el señor Enrique, la familia (“lo otro”) ese lienzo sobre el cual plasma sus conocimientos, sentimientos y emociones, valores y creencias. Proyecta su ser en otro ser. De igual forma se percibe el detallado momento en el que cada acción que realiza permite transformar el espíritu propio del enfermero en un instrumento para transformar y crear emociones distintas, como el miedo en amor, la angustia en esperanza, y la tristeza en

paz. El aspecto más abstracto y profundo, posiblemente esencial para el cuidado de enfermería. (ART.4 p. 14) (22)

Así, la utopía es la búsqueda del cuidado humanizado, expresado en el reconocimiento que dignifica, por lo tanto, requiere de dos elementos, por un lado, necesita de la reflexión y por otro, está condicionada por la libertad; como expresión del patrón emancipatorio, la utopía requiere comprenderse como un elemento para romper con las lógicas, estereotipos e imágenes ideales que se han producido sobre un cuidador(a), la vocación, los lugares y formas de producción de conocimiento e incluso el lenguaje que usa. Cuando el sujeto cuidador es capaz de percibirse quebrando estos límites, encuentra espacios otros para construir cuidado:

La propuesta un tanto loca y atrevida de Nuestra Enfermería “FanZine”, es simple. Se trata de crear una Revista para “fans” de la disciplina enfermera, con medios electrónicos, y que responda a una “contracultura enfermera” que rompa con lo establecido hasta ahora. (BLOG 5. Fanzine)

Así, el *atreverse* contra lo establecido e injusto es la manifestación del pensamiento emancipador, pero este debe pasar por la pausa reflexiva, que exige un análisis del ser cuidador, en el reconocimiento de las fragilidades, pues sólo a través de este ejercicio es posible reconocer lo que se debe transformar en el ejercicio propio de la profesión, y que entre en juego la acción (pensamiento estético-creativo); por lo tanto, la utopía necesita de la reflexión, momento de pausa para pensar el movimiento (re-mueve).

La *reflexión*, como expresión del patrón estético-creativo, detiene para reconstruir o repensarse el proyecto, para mirar la coherencia entre pensamiento y actuar, implica revisarse para moverse o re-moverse hacia nuevas construcciones utópicas. Es el deber ser-pensar de la profesión, pensar el cuidado siempre en un horizonte más humanizado.

Todo proyecto estético es un proceso de transformación, un acto creativo que busca generar un cambio, de esta manera, la reflexión acentúa el patrón estético creativo, pues es a través de las artes como la música, la poesía, la escritura y la lectura, que se invita a sensibilizar al profesional, a promover el pensamiento crítico, a repensar su quehacer, para comprender o reconocer hacia dónde quiere dirigir o dirigió su acción cuidadora:

Pensé cuáles debían ser mis palabras... esos minutos se volvieron eternos... (ART 1 p. 14) (22)

Mis convicciones religiosas siempre se han mantenido al margen de las de los [sic] pacientes, no por ello negaba las de ellos, así que busqué al sacerdote, quien le ungió los óleos santos, se confesó, y comulgó con mi ayuda, ya que la Eucaristía tenía que disolverla en agua y dársela con una jeringa (acto permitido para la fe católica). Me convertí ahora en un respaldo no solo emocional sino espiritual, buscando reconfortar al Señor Enrique aliviando el sufrimiento de su espíritu. (ART 4 p. 7)

El cómo se vinculan las tres categorías (libertad, reflexión y utopía) parece darse en la realidad de los cuidadores en instantes que intentan atrapar en sus escritos; un ejemplo se da en el siguiente párrafo que nos permite evidenciar lo hasta aquí mencionado:

Es por ello que, al ver en su rostro un cambio de expresión que le iluminó mediante una sonrisa y una expresión de agradecimiento “usted dándome sus cositas, muchas gracias mijo”, a lo cual le respondí con una sonrisa y solamente decirle “es con mucho cariño tía”, por aquel instante toda la tormenta de la pandemia, noticias de muerte y dolor perdieron fuerza [Libertad para expresar]... Es oportuno finalmente mencionar que esta situación en particular me lleva a comprender que, ante cualquier adversidad, el punto requerido de inicio es el permitir la expresión de sentimientos de la o las personas con espontaneidad y sin prejuicios, y ante todo deseando comprender sus acciones en respuesta a los acontecimientos por los cuales se encuentra transitando. Es así como puedo reflexionar [pausa para pensar el movimiento] que en un futuro ante situaciones de este tipo o similares, la experiencia

que he tenido me llevará a mantener una actitud comprensiva como profesional de enfermería y ser humano, con valores como el respeto y la sensibilidad por las molestias de mis semejantes [Proyecto utópico: reconocer al otro]. (23)

El patrón de conocimiento emancipatorio es una herramienta para brindar cuidados paliativos, con solidaridad y compasión. Las enfermeras pueden articular su conocimiento del contexto social y político con su capacidad de participación y liderazgo para beneficio de la enfermería y de los pacientes. Pueden ser claves en la movilización social en busca de reivindicar los derechos, específicamente a los cuidados paliativos” (ART 9 p. 128) (24).

Finalmente, el dispositivo que usa la reflexión para dar cuenta de su existencia es la denuncia. Para Bárbara Carper el proceso de conocimiento emancipador se logra a través de la práctica, es por esto por lo que muchas de las unidades de análisis surgen de una experiencia vivida, como una narrativa, una frase o imagen alusiva a un momento en particular que fue vivido por los autores-cuidadores, es decir, se desprende de la realidad misma (25).

La denuncia aparece de manera implícita o explícita y puede recurrir al lenguaje metafórico propio del pensamiento estético-creativo o al sarcasmo o ironía del pensamiento emancipatorio, pero siempre da cuenta e invita a reconocer lo necesario a ser transformado.

Implícitamente puede aparecer así:

Al terminar la intervención con la familia, esta me agradeció el haber sido escuchada y haber favorecido la creación de espacios sin los cuales no hubiese sido posible conocer lo que les estaba sucediendo y buscar así soluciones; en conjunto se reflexionó sobre el hecho de que muchas veces las acciones más impactantes de la vida no incluían procedimientos complejos, sino que el simple hecho de ser facilitador y mediador de la comunicación entre los seres humanos podría hacer que el profesional de enfermería en conjunto con los sujetos de cuidado, en este caso la familia,

podieran solucionar problemas que parecían irresolubles, con lo que se le devuelve la armonía a la familia. (ART 5 p. 8) (26)

Explícitamente, así:

“Respetemos sinceramente,
no hagamos como el demente
Que menosprecia con elocuencia,
disque basándose en la ciencia” [sic] (Boletín 3 p. 15R)

Reconocer el cuidado humanizado (reconocimiento de la otredad) como el proyecto de utopía de la enfermería, con sus dimensiones, condicionantes y necesidades –libertad y reflexión– y su dispositivo, la denuncia (desde lenguajes metafóricos y/o sarcásticos), nos revela la profundidad del conocimiento que se produce desde los patrones estético–creativo y emancipatorio, el cómo estos patrones emergen para señalar las necesidades de transformación o cambio profesional, e incluso los caminos que ya se han seguido; desde estos dos patrones adquiere sentido por qué los textos de los profesionales cuentan más allá de lo evidente, los cuidadores ponen en evidencia su singularidad y unicidad cuidadora, y es ahí donde el cuidado es Arte (ART 10 p. 128) (29).

El trato a la persona se da desde la dignidad, amabilidad, la calidad y calidez que merece un ser humano, cuando hay una mirada directa y un cuidado humanizado; en la curación a tiempo, percibida como derecho de Susana y no como obligación profesional, transmitiendo optimismo, esperanza y deseos de vivir, convocando a una acción conjunta para mejorar la calidad de vida como un llamado angustioso, una necesidad de compañía, amparo y apoyo, y se responde brindando una mano sanadora y compasiva. (ART 3 p. 8) (27)

Discusión

Algunos textos de las disciplinas de la salud reconocen el uso e importancia del lenguaje metafórico en las profesiones, dada

la capacidad que tiene para transmitir-traducir conocimientos comprensibles a diferentes grupos de personas o gracias a su potencial para “sanar” o transitar la enfermedad (28, 29).

De igual manera es importante señalar que durante la pandemia de COVID 19 fue de mucha recurrencia el uso de la metáfora, dado el incremento de narrativas y otras publicaciones donde la experiencia personal de los profesionales era el centro; en ellas el uso de la metáfora es frecuente, basta con ver títulos como: “De reinas a ratas; El 2020, un año de guerra con bombas transparentes”; “Astronautas”; “Una enfermera en pandemia: la cara oculta del héroe”. “Un ave fénix”; “Carrera de obstáculos sobre una pista de hielo”; “Tres, dos uno... OFF”, etc. Esto da cuenta de la importancia de este tipo de textos para identificar el patrón de pensamiento estético-creativo y emancipatorio en la profesión (30), pues la fuerza de las metáforas está en, como afirma Salerno, “movilizar emociones, esta figura retórica activa determinados valores compartidos por la sociedad”, y la pandemia fue un escenario perfecto para su aparición.

Por otro lado, el lenguaje irónico y/o sarcástico también prolifera durante y después de la pandemia, sin embargo este llama menos la atención de los tabloides profesionales tradicionales y aparece más en medios alternativos de comunicación en enfermería, como blogs, imágenes o viñetas de humor, o en libros icónicos sobre el tema como: *Anatomy of a Super Nurse: The Ultimate Guide to Becoming Nursey* (31), y para hispanoparlantes la colección de textos de *Enfermera Saturada* de Héctor Castiñeira (20).

Desde los dos usos de la retórica, metáfora o sarcasmo, los profesionales se sienten en la necesidad y libertad de hacer una denuncia sobre las condiciones laborales en la enfermería, alejarla del romanticismo cultivado alrededor del cuidado, y expresan una preocupación legítima y urgente que afecta a todo el mundo; así como de otras situaciones como la falta de reconocimiento, la sexualización de la profesión, la comparación con otros profesionales de la salud, entre otros temas que han sido abordados en informes internacionales como *Informe sobre el estado de la enfermería en el mundo*

2020, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT); *La fuerza laboral de enfermería mundial: realizando el futuro*, publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en 2021; *Proyecciones del mercado laboral de la fuerza laboral de salud mundial para 2030*, publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) en 2016; y la reconocida campaña *Nursing Now* en 2018.

A través de la denuncia y de los relatos de experiencias de cuidado, se puede evidenciar la permanente reflexión de los profesionales sobre su actuar, especialmente sobre el impacto en la vida de los pacientes, los desafíos y dificultades que enfrentan en su trabajo diario, la ética y toma de decisiones, el desarrollo profesional y los retos en educación, la colaboración y trabajo en equipo y los nuevos campos de acción (32-34).

Todos los campos de reflexión profesional señalan la necesidad de generar caminos para el cambio; al final, todos los esfuerzos reflexivos de la investigación en enfermería y de su trabajo están dirigidos al propósito común del reconocimiento en dignidad de las personas de cuidado y cuidadoras, es decir, a la humanización del cuidado (35, 36).

Desde la reflexión como autoras, los resultados convergen en un punto crucial para la enfermería: la propuesta de una práctica más reflexiva, humanizada y socialmente consciente. Al centrar el cuidado en el ser humano y entrelazarlo con conceptos como la empatía, la humanización, la reflexión, la utopía y la libertad, se visibiliza un camino que resalta la importancia de la atención personalizada y compasiva, fortaleciendo la intersubjetividad en la relación entre el profesional de enfermería y su sujeto de cuidado.

Asimismo, la promoción de la reflexión y el análisis crítico invita a los profesionales de enfermería a cuestionar las prácticas establecidas y a buscar constantemente formas de mejorar el cuidado, impulsando

la generación de nuevo conocimiento y la innovación en la disciplina. Al reconocer el potencial transformador de la disciplina, se valida un profesional con un rol más activo y se reconoce la voz de esta profesión.

La visibilidad de medios no tradicionales para la divulgación de conocimiento abre nuevas vías para la educación y la formación en enfermería, enriqueciendo la comprensión de la realidad que viven los cuidadores y explorando opciones de transformación.

Conclusiones

Podemos ratificar que los medios no tradicionales, según los contextos analizados, también aportan de manera práctica, creativa y accesible a la divulgación, brindando a la vez espacios para la construcción de conocimiento por medio de experiencias personales, las cuales nos acercan a la realidad que viven los cuidadores en nuestra sociedad.

El análisis proporcionado destaca la interconexión entre tres conceptos clave: reflexión, utopía y libertad, en el contexto del conocimiento estético-creativo y emancipatorio en el campo de la enfermería. Estos conceptos se entrelazan para formar un ciclo que converge en la humanización, específicamente a través del reconocimiento mutuo entre el individuo y el otro.

En conjunto, estos elementos revelan la complejidad y la profundidad del conocimiento estético-creativo y emancipatorio en enfermería. Demuestran cómo los cuidadores no solo realizan acciones prácticas, sino que también reflexionan sobre su labor, imaginan futuros posibles y luchan por una atención más humanizada y digna. Este análisis proporciona una visión holística y enriquecedora de la profesión, reconociendo en ella su potencial transformador y su compromiso con la dignidad y el bienestar de los individuos de cuidado.

Agradecimientos

A Sandra Lorena Herrera Giraldo por su apoyo en la recolección de información y en la asesoría metodológica de la investigación.

Referencias

1. Freidson E. La teoría de las profesiones: Estado del arte. *Perf educ.* 2001 [Internet]. 2018 Jun [consultado 2023 Jun 22];23(93):28–43. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci=es>
2. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: Enfermería (Montev.) [Internet]. 2018 [consultado 2023 Jun 22];7(1):27-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
3. Durán, MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan* [Internet] 2005 [consultado 2023 nov 22];5(1):86–95. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en
4. Urrea Vargas GE, Builes González J. Estrategia de gestión de la proyección social en el marco de la responsabilidad social universitaria para la Facultad de Ciencias de la Educación de La Universidad Libre, Seccional Socorro. [Trabajo de grado maestría] Bogotá, D. C., junio de 2016. Disponible en: <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/9618>
5. Martínez PM. Arte y ciencia de la enfermería. *Rev méd electrón.* [Internet]. 2008; [consultado 2023 Ene. 22]30(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/481/html>
6. Kramer Jacobs M, Chinn P. Perspectives on Knowing: A Model of Nursing Knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing*

- Practice: An International Journal. 1988; 2(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3238213/>
7. Garzón N, Esquivel Olivella M, Bastidas CV. Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado. Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería. *Rev. Latinoam. Bioet.* [Internet]. 2022 [consultado 2024 May 20]; 22(2): 39-49. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/rlbi.5339>
 8. Osorio Castaño JH. Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 Dec [consultado 2025 June 17];7(2): 1352-1357. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200013&lng=en. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>.
 9. Bríñez AK. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Rev. Colomb. Enferm.* 2014; 9(9):142-148.
 10. Rodríguez-Bustamante P, Báez-Hernández FJ. Epistemología de la profesión enfermera. *Ene.* [Internet]. 2020 [citado 2024 May. 14]; 14(2):14213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013&lng=es. Epub 25-Ene-2021.
 11. Díaz Herrera, C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum*. *Rev gen inf doc* [Internet] 13 de julio de 2018 [citado 2024 May. 14]; 28(1):119-142. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813>
 12. Duverger M. *Métodos de las Ciencias Sociales*. Barcelona: Edit. Ariel; 1962.
 13. Aigeneren M. *Análisis de contenido: una introducción*. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y

- Humanas. Centro de estudios de opinión. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co>
14. Fernández, F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales* [Internet]. 2002 [consultado 2022 Mar 22]; 2(96),35-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>
 15. De Souza ML; Arzuaga Salazar M A, González Ortega Y. Metodología del análisis de contenido en investigación de enfermería. En: Lenise Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P (Eds.). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie Paltex salud y sociedad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
 16. Morse JM. Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qual Health Res* [Internet]. 2015 Sep. 14 [consultado 2022 Mar 22]; 25(9):1212-22. DOI:10.1177/1049732315588501
 17. Hernández, L. Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. *Cult. cuid.* [Internet]. 2019. [consultado 2024 May. 06]; 23(54). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.07>
 18. Varela Londoño, LE. Narrativa de enfermería: una experiencia significativa en medio de la adversidad. *Rev. Cuid.* [Internet]. (2016); [consultado 2022 feb 28]; 5(10):54-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2016.5.10.69117>
 19. Muñoz Ángel YM. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de enfermería. *Rev Cuid.* [Internet]. 2019 [consultado 2022 feb 28];10(2):1-19. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/688> DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>

20. Castiñeira H. Enfermera Saturada. El tiempo entre Suturas. 7ª edición. Barcelona: Penguin Random House Grupo editorial; 2016.
21. Zemelman H. Utopía como metadiscurso, hemos reducido el espíritu a inteligencia técnica. (video) México. Horizontes Humanos de Kalkan. 1997.
22. Altamira-Camacho R. Nursing care in anguish of death: narrative of nursing. Ene. [Internet]. 2020 [consultado 2023 nov. 29]; 14(3). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1067>
23. Marín, D H. Reencontrando a mi tía. Narrativas-COVID. Coviviendo [web en Ciberindex] 14/07/2021. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com>
24. Céspedes Pinto, RS. Narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau. Cult. Cuid. [Internet]. 2019 [consultado 2024 Ene. 29];23(54): 67-76. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n54> DOI:10.14198/cuid.2019.54.08
25. Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. Av. Enferm. [Internet]. 2015 [consultado 2024 Ene. 29];33(1): 124-132. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo>. DOI:10.15446/av.enferm.v33n1.37514
26. Cárdenas-Martínez, FJ, Gómez-Ortega OR. Análisis de situación de enfermería: cuidando la familia desde el modelo de adaptación de Roy. Rev Cuid. [Internet]. 2018; [consultado 2022 feb 28];10(1). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/>
27. Aznar-Marcén V. El arte como metáfora. Revista de enfermería en desarrollo. ED. [Internet]. 2021 [consultado 2024 Abr 29] 27. Disponible en: <https://enfermeriaendesarrollo.es>

28. Benavides Fernández M. La enfermedad como metáfora: un enfoque desde la hermenéutica de Paul Ricoeur. *En-claves del Pensamiento* [Internet]. 2023 [consultado 2024 Ene. 28];17(33):1-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=141175079007>
29. Darriba Rodríguez P. Las metáforas en el lenguaje hospitalario. *Cult. Cuid.* [Internet]. 1999 [consultado 2024 Ene. 29];17(33):54-58 Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream.pdf>
30. Salerno P. Enfermeras en Pandemia: el discurso público, entre el cuidado y la heroicidad. En: Barbato C. *El cuidado es político. Reflexiones transversales en tiempos de precariedad*. 1ª Edición. San Isidro, Argentina: Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro, 2020. p. 196-216.
31. Kleber K. *Anatomy of a Super Nurse: The Ultimate Guide to Becoming Nursery*. 3rd. Revised edition. Maryland, USA: American Nurses Association, 2017.
32. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv in Health Sci Educ* [Internet] 2009 [consultado 2024 May. 12];14, 595-621. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2>
33. Esquivel Garzón N, Olivella M, Bastidas CV. Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado: Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería. *Rev. latinoam. bioét.* [Internet] (2022). [consultado 2024 Ene. 29];22(2),37-47. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/rubi.5339>
34. Morales-Matute MG, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Pesántez-Calle MF. Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. *AVFT* [Internet]. 2021 [Consultado

2024 May15];40(3). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/22965

35. Parra Rozo O. La enfermedad cuenta: narrativa y bioética del cuidado. *Rev. latinoam. bioét.* [Internet] 2014 June [consultado 2024 Ene. 29];14(1): 48-61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657
36. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2024 May. 16];19(58): 640-672. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=S1695>

Relato de una mujer cuidadora: experiencia del cuidado informal de una madre con Alzheimer

A woman caregiver's story: experience of informal care
for a mother with Alzheimer's disease

Julián Andrés Barragán Becerra*
Juliana Amézquita López**
Yeison Fernando Arias Neira***

Resumen

Se presenta un estudio con enfoque cualitativo que exploró la experiencia de una mujer cuidadora de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer. Con base en una entrevista a profundidad a la cuidadora, se proporciona una visión inmediata y detallada de sus vivencias y sentimientos en relación con el cuidado de su ser querido. El contexto del relato se analiza a través de la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, que se

* Enfermero, Magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Doctor en Educación. Universidad de la Salle. Gestor del Grupo de investigación Calidad y Cuidado en Enfermería. Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-6132-8558>. julian.barragan@uptc.edu.co

** Enfermera, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3077-3613>. julianaalopez@uptc.edu.co

*** Enfermero, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-7190-1859>. yeison.arias@uptc.edu.co

centra en las categorías clave de: conocer, hacer por, estar con, posibilitar y mantener las creencias. Estas categorías se presentan para comprender las experiencias vividas por el cuidador familiar y cómo estas experiencias afectan su vida y su salud. Desde el cuidado humano, el *conocer* es una categoría fundamental, ya que implica la comprensión de la enfermedad y sus efectos en el ser querido. El *hacer por* se refiere a las acciones que el cuidador realiza para atender las necesidades del adulto mayor, como la administración de medicamentos y la asistencia en las actividades diarias. *Estar con* se centra en la conexión emocional y social entre el cuidador y el adulto mayor, y cómo esta conexión influye en la calidad del cuidado. Por su parte, *posibilitar* se refiere a la capacidad del cuidador para crear un entorno que permita al adulto mayor mantener su autonomía y dignidad. Por último, *mantener las creencias* se centra en la capacidad del cuidador para mantener una visión positiva y esperanzadora a pesar de los desafíos y los cambios que enfrenta. El estudio destaca la importancia de considerar las experiencias vividas por los cuidadores familiares y su influencia significativa en la salud física y mental de los mismos.

Palabras clave (DeSC): Enfermedad de Alzheimer, demencia, cuidadores, teoría de enfermería

Abstract

A qualitative study is presented that explored the experience of a female caregiver of an older adult with Alzheimer's disease. Based on an in-depth interview with the caregiver, an immediate and detailed view of her experiences and feelings in relation to caring for her loved one is provided. The context of the narrative is analyzed through Kristen Swanson's Caregiving Theory, which focuses on the key categories of: knowing, doing for, being with, enabling, and holding beliefs. These categories are presented to understand the lived experiences of the family caregiver and how these experiences affect their life and health. From human caregiving, *knowing* is a fundamental category, as it involves understanding the illness and its

effects on the loved one. *Doing for* refers to the actions the caregiver takes to meet the needs of the older adult, such as administering medications and assisting with daily activities. *Being with* focuses on the emotional and social connection between the caregiver and the older adult, and how this connection influences the quality of care. *Enabling* refers to the caregiver's ability to create an environment, which allows the older adult to maintain autonomy and dignity. Finally, *holding beliefs* focuses on the caregiver's ability to maintain a positive and hopeful outlook despite the challenges and changes he or she faces. The study highlights the importance of considering the lived experiences of family caregivers and their significant influence on the physical and mental health of their.

Keywords (DeSC): Alzheimer's disease, dementia, caregivers, nursing theory

Introducción

Las situaciones de enfermedad crónica que viven las personas representan un punto de interés para la enfermería en relación a su abordaje de cuidado, pues poseen un carácter incapacitante, además de progresivo y particular, que afecta la vida de las personas diagnosticadas y genera cambios en las dimensiones humanas, al comprometer la calidad de vida y la salud. El Alzheimer (EA) es una enfermedad cerebral, tipo de demencia caracterizada por la pérdida progresiva de la memoria, que afecta a personas mayores de 65 años. Para los profesionales de la salud es importante conocer la experiencia de mujeres cuidadoras de persona con enfermedad de Alzheimer desde una mirada de la experiencia, con el fin de singularizar y priorizar los cuidados. El presente documento presenta el relato de una mujer cuidadora de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, como resultado de un estudio de enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico a partir de la entrevista a profundidad. El relato constituye la principal fuente de acceso a la experiencia, a partir de la oralidad sobre el cuidado brindado desde hace diez años. La intención del relato se configuró inductivamente bajo la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, en la cual se entrelazan las categorías: conocimiento, hacer por, estar con, posibilitar y mantener las creencias. La narración permite comprender las experiencias vividas por el cuidador familiar, como la resiliencia, sentimientos contradictorios, sensación de pérdida del ser querido, decisiones difíciles, necesidades de conocimiento y afrontamiento en los momentos críticos y de apoyo, que predisponen situaciones como el estrés, la incertidumbre y la sobrecarga, que afectan la salud física y mental de la cuidadora principal.

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el envejecimiento de la población a nivel mundial es consecuencia del mejoramiento de la prestación de servicios de salud, situación que refleja un aumento de casos diagnosticados en adultos mayores en

todo el mundo. Cerca de cincuenta y cinco millones de personas padecen demencia en todo el mundo, y más del 60% viven en países de ingreso mediano y bajo, como Colombia (1). América Latina y el Caribe han centrado acciones en la segunda fase de transición demográfica, en la que se observa un aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad, con sus consecuentes impactos sociales. Como consecuencia, los países latinoamericanos sufren cambios en los grupos poblacionales por edad, que se evidencian en la reducción de los niños y niñas, así como en un aumento de personas mayores (2). Para el departamento de Boyacá la situación no es diferente, pues se evidencia un incremento de la población adulta y disminución de tasas de natalidad y fecundidad (3).

Este aspecto requiere un abordaje integral a las personas, especialmente desde el cuidado profesional enfermero, que implica no solamente el desarrollo de actividades para el mantenimiento de la salud física y mental, sino el acompañamiento y soporte en el proceso y curso de vida a los cuidadores directos. Las personas pasan por situaciones complejas al asumir el cuidado directo del paciente, que sufre deterioro cognitivo que se acompaña de alteraciones en la personalidad, aparición de ansiedad, cuadros depresivos y perturbaciones del sueño. Los pacientes presentan con frecuencia agresividad y manifiestan ideas de perjuicio, asociadas con condiciones propias de delirio (4). De igual manera, genera situaciones de malestar por la consecuente pérdida, dificultades en la comunicación respecto al pasado, sentimientos de impotencia y frustración ante la no resolución de la situación (5). La enfermedad es particularmente devastadora, no solo por el deterioro progresivo, sino también por el impacto en la familia, la sobrecarga y afectación de la calidad de vida del cuidador primario.

Por su parte, el cuidado constituye la esencia del ser humano, e implica condiciones previas y posteriores para su ejecución, denominadas “actitudes de cuidado”. Una disposición al cuidado implica la compasión por la situación del otro, el contacto esencial para devolver la certeza de que pertenece a la humanidad, así como

una expresión de amor, para que se sienta escuchado y generar autonomía en la persona. Este cuidado no es algo sobrevenido, sino que está implícito en el proceso evolutivo y por lo tanto debe ser protegido, pues los seres humanos son vulnerables y manifiestan una preocupación por evitar todo aquello que amenace la vida (6). Cuidar es un acto vital, como resultado de una construcción personal de cada situación que requiere promover, proteger y preservar la humanidad; de esta manera, el cuidado de la persona con enfermedad crónica es asumido principalmente por mujeres dentro de condiciones de vulnerabilidad a nivel familiar, cultural y social (7). La provisión de los cuidados no se realiza de manera equitativa entre los integrantes de la familia, sino que es un “cuidador principal o primario” quien responde a las necesidades directas e indirectas de la persona enferma. Por lo tanto, el cuidador es aquel que cotidianamente debe asumir los cuidados y satisfacer las necesidades prioritarias en el hogar del paciente (8). Como características sociales del cuidador principal generalmente encuentran: ser mujer y familiar cercano como esposa o hija y ama de casa (7). El cuidado diario y permanente de una persona con Alzheimer, implica secuelas directas en el cuidador así como cargas en todos los niveles. Estas se pueden derivar en objetivas, como interrupciones en la vida social, dedicación de tiempo y recursos económicos, y desde el punto de vista subjetivo, como las repercusiones emocionales propias del acto de cuidar (9), aspectos que tienen una mayor relevancia en la vida de los cuidadores y su familia.

La experiencia de ser cuidador(a) genera cambios trascendentales en la vida de quienes cuidan, los cuales van más allá de realizar tareas o actividades, e implican la relación consigo mismas, la adaptación y creación de una nueva forma de vida y las vivencias mismas de los cuidados, que se asocian culturalmente con el género (10). La mujer comprende y entiende el cuidado como parte de su responsabilidad dentro del rol de madre, esposa, hija, al cumplir un papel impuesto culturalmente. Tiende a observar los detalles y controlar las situaciones emergentes en la cotidianidad, comprende

el entorno, la enfermedad, las consecuencias que se derivan de la misma. El presente estudio tuvo como objetivo conocer, mediante el relato, la experiencia de una mujer en el cuidado de una persona con enfermedad de Alzheimer, mediante la formulación de la pregunta: ¿cómo es la experiencia de una mujer en el cuidado de persona con enfermedad de Alzheimer?

Metodología

Se abordó un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico para conocer la percepción y la experiencia de una mujer en el cuidado de una persona con enfermedad de Alzheimer en la ciudad de Tunja, Boyacá. La técnica de recolección de la información fue la entrevista a profundidad, lo que permite producir un discurso continuo y argumentado.

Se utilizó un cuestionario de preguntas en entrevista semiestructurada, en un encuentro que fue grabado en audio para posterior transcripción. Se dirigieron inductivamente las preguntas orientadoras, bajo los cinco conceptos de la Teoría del Cuidado de Swanson, previa validación por dos expertas en investigación cualitativa. Para su desarrollo, se consideró la responsabilidad deontológica para Enfermería en Colombia y para la investigación con seres humanos que contempla la Ley 911 de 2004, que en su capítulo IV art. 29 se refiere a salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos; en consecuencia, se explicó la naturaleza del estudio, el objetivo y la confidencialidad de los datos y se obtuvo autorización para grabar el relato.

Como criterios de sistematización y análisis de datos se retomó la propuesta práctica de Taylor-Bogdan y las modificaciones realizadas por Amezcua y Hueso (12), quienes siguen un esquema en espiral, lo cual motiva a volver una y otra vez sobre los datos para aumentar progresivamente la mayor comprensión de los mismos y dar consistencia a las interpretaciones por medio de los siguientes aspectos: *preparación de los datos*, con la transcripción rigurosa y literal

de la entrevista a profundidad y la elección del texto coherente con el objetivo del estudio; *descubrimiento de temas*, con la lectura y relectura del texto que permitió la identificación de temas que la mujer cuidadora introdujo en su discurso. Posteriormente, al obtener la saturación temática, se realizó *agrupación en tipologías o categorías* bajo los conceptos de la Teoría de Cuidados de Kristen Swanson, que desarrolla conceptos y proposiciones, además de la teoría como guía, lo que permitió dar sentido al texto biográfico. Posteriormente, la *codificación* al reunir los datos en las categorías de acuerdo a la teoría para determinar su consistencia y coherencia.

Asimismo, se relativizaron las interpretaciones para evitar comprensiones subjetivas de los investigadores. Finalmente, se determinó el rigor de la entrevista realizada a profundidad desde la saturación. La metodología inductiva de la entrevista permitió la emergencia de líneas de interpretación de una forma consistente y no especulativa. Se realizó devolución del escrito a la cuidadora, como una posibilidad de hacer participación de la persona de sus propias palabras con la transcripción de la entrevista.

Resultados

El relato refleja la experiencia que vive una mujer cuidadora de una adulta mayor con enfermedad de Alzheimer durante diez años:

Soy docente hace veintiocho años, trabajo en el municipio de Chiquiza, más o menos veintiocho años como maestra de primaria. Asumí el cuidado de mi madre cuando falleció mi padre hace cinco años, pues yo soy soltera, nunca hice una vida aparte y siempre estuve muy apegada, siempre quise estar con ellos; tampoco tuve hijos, esa fue una decisión mía, tengo sobrinos que quiero mucho, pero nada más, un hijo mío realmente no quise tener, eso hizo que asumiera el cuidado de mi madre porque yo era la que estaba viviendo con ellos cuando mi padre falleció. Mis hermanos en una reunión después del funeral de mi padre, decidieron que me dejaban el cuidado de ella y me pidieron que lo continuara, porque ya lo estaba haciendo con ambos. Lo asumí pidiéndoles que por favor me colaboraran, que no me fueran a dejar

sola, pero con el tiempo realmente no hubo colaboración, y me ha tocado a mí, pues con alguna que otra ayuda, pero muy poca y muy de lejos, la estoy cuidado a ella. Es una paciente con Alzheimer, con diagnóstico de diez años. En el 2009, el neurólogo la envió con la neuropsicóloga para que le hiciera el análisis, porque ya le habían hecho todas las pruebas de TAC y por los síntomas que empezamos a notar, y nos dijo que sí, que efectivamente era una paciente con Alzheimer, el diagnóstico es Alzheimer.

Desde muy pequeña estuve muy atada y ligada a ella, siempre; una de las emociones y del recuerdo que más tengo, es que llegaba a la casa y a la primera persona que llega a buscar es a la mamá. Así pudiera estar mi papá, estuvieran mis hermanos, estuvieran las personas que estuvieran, a la persona que a la que llegaba a buscar siempre era ella. La relación con ella fue siempre fue buena, los conflictos normales que se pueden tener una mamá y una hija supongo yo, pero realmente en términos generales nuestra relación siempre fue buena. Inicialmente con lo del Alzheimer, queda uno como... ¿ahora qué voy hacer y esto cómo se maneja? y uno no está preparado para eso, entonces se va aprendiendo en el camino, no queda de otra. En los primeros años mi padre ayudaba en el cuidado, porque yo seguía laborando y él la cuidaba mientras yo me iba a trabajar; a él le tocó los últimos años también una cuestión difícil con ella, porque la cuestión de la enfermedad no es fácil y ya les digo, es que no se está preparado para eso, uno no tiene la menor idea muchas veces de cómo actuar ante ciertas cosas; por cuestión de la EPS, el neurólogo la remitió de psiquiatría a psicología.

Los psicólogos que la trataron decían que no podían hacer nada por su condición y estar pendientes de la cuidadora, porque se supone que la cuidadora he sido yo. Me trataban de orientar en algunas situaciones para manejarla en el diario vivir. Yo que digo a mi madre que es una persona súper inteligente, es una persona súper luchadora, es una persona que no se deja vencer tan fácilmente, incluso a pesar de su condición. A pesar de todo, mi madre está muy bien, porque es una persona que no le ha dado el brazo a torcer a la enfermedad. Y pues una persona sí, obviamente, con una cantidad de cosas, porque de niña fue muy maltratada, le tocó una vida muy dura, quedó huérfana como a los uno o dos años del papá, entonces eso hizo que su vida no fuera muy fácil. Luego se casó con mi padre y la vida con él no fue fácil tampoco, porque mi

padre, Dios lo tenga en el cielo, pero él fue una persona maltratadora con ella y eso hizo también [que] creara un poco de resentimiento, que también repercutió en nosotros los hijos. Yo realmente, no tengo resentimientos con ella, pero algunos de mis hermanos sí, o una hermana especialmente; con mi padre, yo sí tuve mucho resentimiento con él, porque yo veía cómo la maltrataba y cómo trataba a mis hermanos, sobre todo a un hermano, yo vi cómo lo maltrató y eso hizo que yo fuera dura con él muchas veces. Cuando él se fue, yo ya lo había perdonado y me la llevaba más o menos; la relación era buena, pero eso nos marcó, y desde [que] yo empecé a cuidarla, me di cuenta que uno no sabe manejar las situaciones, dije: me tocó cuidarla, tengo que cuidarla, es una obligación, entonces eso era terrible para mí, porque todo ese peso se me fue encima y eso me llenó de estrés.

Yo era una de las personas que estaba pendiente de sus citas médicas, de sus exámenes, trataba de acompañarla hasta que ella se pudo valer por sí misma, siempre estuve pendiente de acompañarla, de lo que le pasara, de cuidarla si estaba enferma, de todo. Cuando salió el diagnóstico del Alzheimer, me tocó manejar la situación; se cometen muchos errores también en el camino, porque hay momentos en que uno dice ¿qué hago aquí?, ¿cómo lo hago?, pero ahí a uno le toca con paciencia ir aprendiendo, ir tratando de sortear y de que la convivencia sea lo más amena posible, porque a veces hay momentos en que se pone muy difícil. De todas maneras, con mi papá y otra hermana que a veces colaboraba somos las personas que la estamos cuidando desde el principio, los otros han estado muy alejados, a mi padre le tocaba hacer la mayor parte del cuidado, cuando él se enfermó, pues me tocó a mí llegar a la casa. Uno pierde mucho tiempo sacando una cita y tramitando exámenes, pero él me cubría mientras yo llegaba. Después de que falleció mi padre, supe de la fundación Alzheimer y estuve en unas capacitaciones, y eso fue fundamental, porque hay unas cosas que uno no tenía ni la idea, por ejemplo, que a ellos sobre las 4:30-5:00 de la tarde, les ocurre lo que se llama el síndrome del crepúsculo, porque empieza el claroscuro. Cuando comienza a atardecer; esa transición es difícil, porque les da mucha ansiedad, se sienten perdidos, hay que manejarla inmediatamente; por ejemplo, a las 4:30 pm se prende la luz en la casa, para que no vivan la transición del cambio, del día a la noche. Otra cosa que ayudó a mi madre fue la música, porque hace veinte años más o menos nos trasladamos a la casa en que vivimos y siempre

había música y la impulsé, porque a ella le gustan mucho las rancheras y su música, esa música todavía se la mantengo por una recomendación de un odontólogo, un buen amigo, que me dijo: póngale música, no la tenga en silencio!, cuando hicimos la transición de una casa para la otra por descuido no había música en la casa y mi madre permanecía en silencio, vivíamos los tres como en islas, mi papá en un lado, mi mamá en otro y yo en otro, vivíamos tres personas en una casa pero éramos islas cada uno por su lado. Yo digo que esa transición, que fue casi de 9 años, también afectó, es una de mis teorías, de mis hipótesis. Le compré una grabadora, le grabé música y en la casa siempre hay música y a mí también me sirve, porque obviamente llegaba a la casa y había silencio, ya no. Necesito que la música me acompañe y a ella sé que también le ayuda, le tenemos música ranchera y toda esa que ella sabía de antes, y baladas, se pone a cantar, se sabe las letras, tiene muy buena voz; creo que todo eso ha ayudado a que ella se mantenga, porque esa enfermedad no perdona, es progresiva y no se detiene, pero eso ha logrado que se mantenga un poco estable.

En una época fue difícil porque yo no la entendía, no sabía cómo manejar la situación, me estresaba mucho, me ponía de mal genio y me di cuenta que con mi mamá a las malas no se puede, entonces tuve que aprender yo también, que a las malas no la podía manejar entonces que me tocaba a las buenas, y si yo la llevo a las buenas se deja llevar; a partir de la experiencia de biodanza, empecé a manejar esta situación empecé a ver las cosas desde otra perspectiva, tratar de quejarme menos, como decir: que es una carga que me puse encima, sino a decir: lo estoy haciendo con amor, es mi madre, la estoy cuidando de la mejor manera. Eso hizo cambiar un poco las cosas; ahora por la misma formación y la misma forma en que mi madre nos crio, las caricias y los abrazos y los besos no existían, de hecho, siempre que le iba a dar un beso, un abrazo, decía: ¡no, a mí no me toque! Eso siempre me marcó (llanto), ahora he aprendido a abrazarla, a besarla y ahora sí se deja, ahora lo permite y muchas veces le digo “madre, un abrazo” y me da el abrazo; eso ha hecho que mejore la relación, porque ahora yo veo que la puedo manejar más fácil. Ahora la valoró un geriatra, le acomodó los medicamentos, eso ha servido, y la relación ahora con ella es más fácil porque hubo momentos de crisis donde entraba en unos delirios terribles, acostarla era un complot, me tocaba estar hasta las diez u once de la noche, no se quería acostar. Desde que mi papá

murió dice que la casa no es la casa de ella, siempre se quiere ir: “me tengo que ir, me tengo que ir, tengo que ir a hacer el almuerzo, tengo que ir a ver los chinos cómo andarán, no les he hecho la comida”.

Extraño de antes (llanto) que ella se valía por sí misma, era una persona autosuficiente, echada para adelante, extraño eso, porque me duele mucho verla tan vulnerable, tan dependiente, es como una niña grande, eso es lo que más me duele, eso me duele. La situación me ha dejado enseñanzas, la paciencia, aprender a ser, a tomar decisiones, me ha tocado desde hace mucho tiempo tomar decisiones sola, como no tengo un apoyo, me ha tocado afrontar las cosas por mí sola. Me ha ayudado la biodanza, porque yo asumí esto que logro sacar adelante... no espero mucho de mis hermanos, porque cuando esperaba de ellos, la que sufría era yo; si yo pedía ayuda, era un conflicto. Yo aprendí a solucionar las cosas sola, y he aprendido el manejo, le llevo la idea: “que me quiero ir”, —“sí señora, primero tómese las onces y ya ahorita nos vamos”, ya después uno le pone otra actividad, u otro tema y se va calmando.

Lo que más se me ha dificultado es el manejo de la enfermedad, uno no sabe lo que va a vivir en el siguiente momento. Las situaciones que he tenido que afrontar con ella, especialmente cuando la saco de la casa, son fuertes, porque ella se puede desubicar... ponerle algún oficio, hacer algo, llevarle la idea por donde va, no queda otra. Antes yo me estresaba terriblemente, ahora no; llego, me siento, me relajo, y espero que se calme. Cuando le da por caminar, pues correr detrás de ella, porque como ella es un niño grande, no puedo dejarla uno sola porque se puede caer, entonces corre y le da por subir y la casa es de tres pisos... le da por subir y bajar escaleras, le toca a uno ahí detrás.

Cuando estuve en la fundación Alzheimer, me hicieron adquirir más conciencia del cuidado del cuidador, que ese cuidado lo debía asumir la familia, pero ellos nunca van a entrar en conciencia, mis hermanos deberían estar más pendientes de mí, porque soy la cuidadora. En el momento en que yo me enferme, mi madre va a quedar sin cuidado; decían que el cuidador necesita el mismo cuidado que el paciente, incluso más, al cuidador hay que cuidarlo más que el paciente, pero yo no tengo quien me cuide, entonces dije: tengo que cuidarme yo misma, porque qué otra opción me queda, ¡y siempre! me ayudo de los psicólogos que se enfocaron en mi parte. No hay

un proyecto de vida para mí misma; me decían: “tiene que salir, distraerse”, llevo más o menos ocho o nueve años. Con una amiga siempre nos vamos los fines de año, hago biodanza, eso me da las vitaminas emocionales para poder continuar, también los reencuentros con compañeros de bachillerato, con compañeros de la universidad, eso me ha servido. Vivía muy encerrada, y eso ha hecho mella en mi salud, tanto mental como emocional y física, ahora tengo un problema de que siento una fatiga mental, las cosas se me olvidan fácilmente, siento que algo me falta, no me puedo concentrar, estoy tratando de asistir a las citas médicas, a los psicólogos. Traté de ir porque ya me quedé sin apoyo de la EPS, pero solo he ido a una cita, me pusieron unas tareas y no las he hecho por la falta de tiempo, y también de que entro en conflicto, y entonces, cuando se presentan los problemas, la mala soy yo, ¡así es!

Lo más duro de cuidar es que a veces me siento atrapada, cansada, ya he logrado superar unas cosas del manejo de ella, ya no me estreso del porqué ella se está portando así, esa parte la he ya logrado canalizar y manejar, pero no tengo tiempo para mí misma. En el tiempo que tengo para mí, debo pagar para que otra persona esté con ella y no dejarla sola, eso es lo que más me parece difícil, en sí el manejo de cuidarla, pero yo necesito mis espacios. Por eso no he renunciado, al menos salgo de mi casa, sé que tengo otra actividad, otros pensamientos y cumplir con mi trabajo, y eso me da otros espacios, pero decir que voy a renunciar y a quedarme en la casa cuidándola todo el día, yo no podría, yo no podría, ya me he dado cuenta que no, y porque esa situación que le genera a uno, genera depresión. También de todas maneras por el duelo y toda la situación con mi padre, porque fue un hecho así como inesperado, que nunca pensábamos que mi padre se nos fuera así, de un momento a otro.

Entonces aparece la sensación de soledad, pues estoy sola, esa parte es la más difícil de manejar. A veces me deprimó, me da ansiedad, por eso de que a uno lo formaron para ser tan responsable... perfectamente hubiera podido dejarla en la casa con una señora, decirle por favor trabájeme hasta tal hora. Hace varios días no la llevaba a terapia, entonces que había sol, porque los días habían estado muy fríos, la saqué y empecé a sentir un conflicto, me siento culpable de porque hice o no hice y hay ahí un choque. ¡A veces son otros sentimientos buenos, pues sí! el amor que le tengo a ella, porque sí, y a pesar de todo, yo le pido a Dios que me la deje muchos años más, con una

calidad de vida buena, porque no me gustaría ver a mi madre postrada en una cama y quién sabe en qué condiciones. A mis hermanos, al fin y al cabo, a ellos no les interesa y pues van a decir si usted ya no es capaz de cuidar a mi madre, internémosla ¡y eso no!, me parece terrible, ella me da compañía, me da amor, entonces también recibo mucho de ella.

Los cuidados empiezan desde las 7:00 o 7:30 máximo, porque hay que darle los medicamentos, son bastantes; hace como dos años tiene mioclonías, y toca darle el Levetiracetam, porque si no, le vuelven las mioclonías. También hay que darle la Memantina, Sertralina el Losartán. Entonces la levanto, yo la baño cada ocho días, porque no la puedo asear todos los días, porque a mí me da mucho miedo que se caiga en el baño, entonces trato de cuidarla al máximo para que no se me enferme, que no me le dé gripe, de pronto enfría; ese proceso lo hago yo misma. Entre semana, le hago la limpieza con los pañitos, es súper práctico, entonces se le hace el aseo y se viste, se le hace el enjuague de la boca si hay que aplicarle inhaladores, se le aplican. Yo misma me inventé una fórmula de un jugo para que se le puedan dar los medicamentos, hay que darle los medicamentos con el jugo y eso me ha servido, le echo sábila para que le proteja la mucosa gástrica. Le aplico crema humectante, bloqueador solar, le alcanzó el cepillo para que ella misma se cepille su cabello y la visto, asistirle el desayuno. Siempre que la visto, me parece una muñeca, me parece preciosa, le tomo fotos a cada rato, eso me hace sentir bien, es como el pago de lo que estoy haciendo.

Después la siento en la cocina y le pongo un oficio, por ejemplo, desgranar arvejas o cosas así durante el día, asistir el almuerzo. A veces se pone hiperactiva, se pone a caminar, a reubicar todos los muebles, últimamente le ha dado por eso, mueve todo de un lado para el otro, arregla a su modo, ella siempre fue tan ordenada y muy trabajadora. A veces está más pasiva, entonces uno debe estar ahí mirando, entonces depende si la tengo que sacar una hora a terapia, a las 5:00 pm le hago onces, le doy sus medicamentos que le tocan, la alisto ya para darle comida, acostarla y ese es un día en general con ella.

La EPS, por ejemplo, no me da pañales, ahora estoy luchando por unas terapias ocupacionales porque quedaron unas pendientes, pero esas doctoras,

como nos conocen de años, se las están haciendo. Por fortuna, la pensión que mi papá le dejó es una gran ayuda y el resto yo lo asumo, de mis hermanos no recibo ayuda económica, antes, por el contrario, cuando están bien fregados, ¡tome!

Es mi mamá, yo no sería capaz de enviarla a un centro, no, no puedo, es un ser humano, una persona a la que amo profundamente, quiero que tenga toda la comodidad. Los especialistas que la han visto, dicen que está muy bien cuidada, muy bien cuidada, dicen la cuidadora es la que anda un poco fregada (risas), porque soy meticulosa y muy detallista. Otras personas dirán que soy cansona, pero, por ejemplo, que debe lavarse sus manos, porque si no después le da una diarrea y cosas así; es más, el neumólogo dice “después que se le coloca el inhalador, hay que hacerle un enjuague bucal para que no le salgan hongos”, hay muchos detalles y yo estoy pendiente de cada uno. Las señoras que a veces me ayudan me han renunciado, dicen que se cansan, eso me produce ansiedad, ¿bueno y ahora qué voy hacer?, pues yo siempre digo Dios proveerá, Dios nunca me ha dejado sola, me ha puesto a las personas que yo necesito en el momento, pero de todas maneras me genera angustia.

Uno necesita desahogarse, el psicólogo me preguntó ¿usted con quien se desahoga?, ¿con quién habla si usted vive sola? Y le dije: pues con mis compañeros de viaje, que afortunadamente que me acompañan en ocasiones. Cuando voy manejando en el trayecto del camino a Chiquiza, pongo música, les cuento cómo se portó mi mamá, las cosas que me ocurren diariamente, como me siento. Eso me hace sentir bien, poder desahogar, poder expresar lo que tengo; al igual, hay un hermano, hablamos y a él es al que llamo, él también ha sido un gran apoyo porque a pesar de que está más lejos, pero es el que está más cerca. Sí, yo sí necesito con quién desahogarme, con quién sacar todo esto, todas estas sensaciones y emociones que llevo dentro.

Responsabilidades Éticas

Para las propuestas de investigación e intervención abordadas en el presente texto, se consideraron las disposiciones establecidas en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de enfermería, establecidas en la Ley 911 de 2004, así como los

aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos. Los abordajes a la población son reconocidos como de bajo riesgo, las cuales buscaron salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de las personas participantes, el respeto por la autonomía, la beneficencia y la justicia como principios éticos fundamentales. Igualmente se tuvo en cuenta el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, además del manejo adecuado de la privacidad y salvaguarda de los datos recolectados.

Conclusiones

En el relato, el cuidado se refleja como un acto de entrega y de amor hacia la persona cuidada, en el que convergen momentos, aprendizajes, acciones y presencia mutua, que reivindican la vida y la hacen posible. Para la cuidadora, la experiencia vivida resignifica la reciprocidad y recompensa del rol de cuidado natural materno-filial a la madre, relacionado con la historia de vida, la familia, lo social y lo cultural, además de los determinantes que intervienen en el cuidado. Para Swanson, la Teoría de los Cuidados implica el conocimiento de enfermería y la forma en que la enfermera reconoce las situaciones de la persona de forma holística, como un ser activo y parte de un ambiente; además, ayuda a los profesionales a la comprensión de experiencias y fenómenos cuando se brinda el cuidado (13).

En el relato es posible identificar los abordajes de cuidado implícito que se relacionan con los conceptos de la teoría desde un cuidado informal, como *conocer*, en el cual, la cuidadora reconoce la situación que se presenta y le atribuye significados, se centra en la persona y establece compromisos entre las dos bajo una base de confianza (13). De igual manera, busca *mantener las creencias*, como la fe en la capacidad del otro, superar los obstáculos que la vida le presenta y afrontar el futuro bajo un principio de realidad, al estar al lado de la persona y asistirle en su proceso. Desde este hecho, busca estar con su familiar en presencia auténtica, disponibilidad y expresión emocional, al transmitir significados, experiencias y vivencias,

como un medio terapéutico en comprensión y empatía. Así mismo, el *posibilitar* es la transición que permite el acompañamiento por todos los sucesos de la vida, donde se informa, se ratifican los sentimientos, se buscan alternativas, se piensan las cosas de manera consciente y clara. Finalmente, puede evidenciarse el *hacer por* otro, en la medida en que éste haría por sí mismo si fuera posible. Es un cuidado que inspira, conforta, se anticipa, protege sus necesidades y las realiza hábilmente, se respeta su dignidad (13).

El cuidado en la enfermedad representa un abordaje personal e integral, la enfermedad remite a la salud y se considera pre ontológico en el plano de la existencia humana. Toda cura debe integrar las dimensiones de la vida sana, en un plano personal y social, que se refiere al sentido supremo de la existencia (6).

Este proceso investigativo permitió comprender las experiencias vividas por el cuidador familiar, tales como resiliencia, la presencia de sentimientos discordantes, la posible pérdida, decisiones difíciles, necesidades de conocimiento y afrontamiento en los momentos críticos y de apoyo, que predisponen situaciones como el estrés, la incertidumbre y la sobrecarga, que afectan la salud física y mental de la cuidadora principal y merecen especial atención por parte del sistema de salud, para comprender y establecer intervenciones sobre la vulnerabilidad del cuidador informal como mujer cuidadora.

La experiencia de convertirse en cuidadora de un familiar modifica el proyecto de vida, la calidad, la salud física y mental, condicionada a la búsqueda del bienestar de la persona cuidada, así como la disposición, el compromiso, la costumbre, devolver lo recibido, y la invisibilidad del trabajo de los cuidadores familiares, que pasa inadvertido, al reconocerse como natural, al imposibilitar la reconstrucción de la vida cotidiana. El abordaje de la Teoría de los Cuidados permite a las enfermeras la implementación de acciones para brindar cuidados con la calidad, especialmente a cuidadores de pacientes diagnosticados con Alzheimer y abordar necesidades de aprendizaje que se requieran para ser educados en los mismos (14).

La Teoría de los Cuidados se hace visible en la mujer cuidadora de una madre con enfermedad de Alzheimer y legitima el cuidado femenino y dispuesto, con la entrega por parte de un ser humano a otro. El relato hace un llamado a los cuidadores profesionales, quienes pueden desarrollar estrategias de apoyo y educación, facilitar y mediar la atención y soportar las decisiones tomadas por los cuidadores en el hogar (15), y realizar un abordaje integral de la salud física y mental del cuidador en el ejercicio de su experiencia y perspectiva respecto a la felicidad y bienestar.

La noción de cuidado humano se manifiesta como un acto fundamental en la vida de las personas. La Teoría de los Cuidados de Swanson permite comprender las dimensiones que subyacen en los procesos de vida y cómo asumirlos desde la presencia y autenticidad. Los resultados del estudio permiten vislumbrar una perspectiva sobre las realidades de las personas en el cuidado familiar. Se destaca la necesidad de intervenciones que visibilicen el cuidado y aborden complejidades emocionales y prácticas. Este hecho enriquece el ejercicio profesional de la enfermería, permite aplicar los enfoques disciplinares y promueve el bienestar de los pacientes y sus cuidadores.

Referencias

1. OMS. Demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud actualiza política de envejecimiento y vejez [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co/>. 2021. Disponible en: <https://n9.cl/w316ix>
3. Departamento de Boyacá Secretaría de Salud. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales

- de salud, Boyacá, 2021 [Internet]. 2022 ene. Disponible en: <https://n9.cl/fbg0n>
4. Rubio Acuña M. Comprendiendo la experiencia y las necesidades al ser cuidador primario de un familiar con enfermedad de Alzheimer: estudio de caso. Gerokomos [Internet]. 2014 ene;25(3):98-102. Disponible en: <https://n9.cl/jmnx1q>
 5. Astete Medina L. Personas cuidadoras mayores cuidando a mayores con dependencia: Aspectos negativos y positivos del cuidado [Internet]. Tesis Universidad de Chile 2023. Disponible en: <https://n9.cl/tvye3>
 6. Gómez BM. Dejarse cuidar. Un imperativo ético en la profesión sanitaria [Internet]. Tesis Pontificia Universidad de Comillas 2022. Disponible en: <https://n9.cl/0u83t>
 7. Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Cienc Enferm (Impresa) [Internet]. 2010;16(2):17-24. Disponible en: <https://n9.cl/zpb4q>
 8. Rubio Acuña M, Márquez Doren F, Campos Romero S, Alcajaga Rojas C. Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. Gerokomos [Internet]. 2018;29(2):54-8. Disponible en: <https://n9.cl/i8j7z>
 9. Espinoza JBR, Hernández M de LG, Becerril LC, Galindo LV, Kempfer SS. Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018;27(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000660017>
 10. De Souza Caparrol AJ, Martins G, Quirino Monteiro D, Carrijo Barbosa G, Medeiros TJ, Martins Grato AC. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: revisão sistemática. Rev Recien - Rev

- Cient Enferm [Internet]. 2021;11(35):221-35. Disponible en: <https://n9.cl/qwvfx>
11. Vanegas Méndez SN, Lemos Ramírez NV, Cerquera Córdoba AM, Plata Osma LJ, Tapias Soto MF. Experiencia de personas cuidadoras de pacientes con Trastorno Neurocognitivo tipo Alzheimer: feminización y familismo. Rev virtual Univ Catól Norte [Internet]. 2023;(70):89-120. Disponible en: <https://n9.cl/2areo>
 12. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Archivos de la memoria [Internet]. 20024;6. Disponible en: <https://n9.cl/6hqt3>
 13. Swanson KM. Enfermería como cuidado informado para el bienestar de otros. En Image, the nursing Scholarship. 1993;25:352-7.
 14. Garzón Patterson M, Izquierdo Medina R, Pascual Cuesta Y, Batista Pérez NO, Ravelo Jiménez M. Teoría de Kristen M. Swanson vinculada al cuidado del cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020;36(4). Disponible en: <https://n9.cl/d1t3p>
 15. Berstain-García I, Álvarez-Aguirre A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. SANUS [Internet]. 2022;7:e212. Disponible en: <https://n9.cl/zylgd>

Capítulo

3

Impactando vidas

“La inteligencia consiste no solo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica”.

Aristóteles

Intervención educativa dirigida al equipo de enfermería en el entorno hospitalario: una experiencia de internado

Educational intervention aimed at the nursing team in the hospital environment: an internship experience

Juliana María Rodríguez Monroy*
Juan Camilo Lavao Jiménez**
Diana María Manrique Buendía***
Carol Pinzón Jaimes****

Resumen

El internado de enfermería fomenta la intervención efectiva a problemáticas y/o necesidades previamente identificadas, a través del uso de herramientas y metodologías propias o de otras disciplinas, encaminadas a un propósito específico. El propósito de

* Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0004-9976-2271>. julianamarodri@gmail.com

** Enfermero, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0002-8840-0529>. lavaojimenez@gmail.com

*** Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0001-8854-6889>. dinnama.12@gmail.com

**** Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Universidad de la Sabana. Magíster en Pedagogía, Universidad Santo Tomás. Grupo de investigación: Enfermería y Atención Primaria en Salud. Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia <https://orcid.org/0000-0002-4366-8866>. carol.pinzon@uptc.edu.co

esta investigación ha sido la de diseñar una intervención educativa para personal de enfermería en un hospital de mediana y alta complejidad. Para ello se abarcaron aspectos esenciales de los cuatro ciclos del diseño investigación–acción como base metodológica vinculada al modelo de Marco Lógico. El proceso investigativo derivó en la planeación y ejecución de una intervención educativa en los servicios de: hematología, medicina interna y pediatría a 46 enfermeros y enfermeras, mediante sesiones grupales e individuales únicas, evaluadas con pre-test y post-test, en torno al manejo de accesos vasculares y la prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares. Se obtuvo una cobertura del 100% con evidencia de un mayor nivel de conocimiento posterior a la intervención educativa. Los participantes manifestaron satisfacción con la intervención, metodología y los capacitadores. Se concluye entonces que la integración de herramientas metodológicas estructuradas a procesos investigativos permitió tener una visión global de la problemática elegida, proponer soluciones eficientes y fundamentadas y facilitar la toma de decisiones ágiles para el cumplimiento satisfactorio de los objetivos.

Palabras clave (DeSC): infecciones relacionadas con catéteres, enfermería, educación continua en enfermería, internado no médico, ambiente de instituciones de salud

Abstract

The nursing internship is based on strengthening the knowledge, skills and abilities acquired during undergraduate training, as well as promoting effective intervention to previously identified problems and/or needs, using tools and methodologies, either from our own or from other disciplines. The purpose of this investigation was to design an educational intervention applied to the clinical environment in a medium and high complexity hospital. Essential aspects of the four cycles of action research design were covered as a methodological basis linked to the Logical Framework model. The research process resulted in the planning and execution of

an educational intervention in the hematology, internal medicine and pediatrics services for 46 nurses, through unique group and individual sessions, evaluated with pre-test and post-test, on the management of vascular accesses and the prevention of infections associated with vascular catheters. A 100% coverage was obtained, and a higher level of knowledge was evidenced after the educational intervention. Participants expressed satisfaction with the intervention, the methodology and the trainers. This allow to conclude that the integration of structured methodological tools to research processes allowed us to have a global vision of the chosen problem, to propose efficient and well-founded solutions and to facilitate agile decision-making for the satisfactory fulfilment of the objectives.

Keywords (DeSC): catheter-related infections, nursing, education nursing continuing, internship nonmedical, health facility environment

Introducción

El internado de enfermería se establece como una estrategia de aprendizaje integral que converge en la puesta en práctica de habilidades que refuerzan los conocimientos y destrezas adquiridas durante la formación, trabajando en interdisciplinariedad como miembro del equipo de salud (1). Se fundamenta en el fortalecimiento de las habilidades requeridas para desempeñar el rol de enfermería en áreas esenciales como la investigación, la administración, la gestión, el cuidado y la educación para la salud, además de participar en estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas, interviniendo en necesidades o situaciones problemáticas, previamente identificadas, con el propósito de solucionarlas o mejorarlas (2).

La enfermería y otras disciplinas ofrecen una gama de metodologías rigurosas que brindan herramientas para evaluar, diagnosticar o elaborar proyectos e intervenciones que proponen alternativas de solución a estas situaciones. Entre estas podemos encontrar las teorías y modelos de enfermería, la matriz diagnóstica DOFA desde la perspectiva de gestión y administración, y la metodología del Marco Lógico. Los modelos o teorías conceptuales de enfermería ofrecen orientación y facilitan la comprensión de la investigación, la práctica, la educación y la gestión en la ejecución del rol. Estos marcos exponen la base científica de las comunidades académicas en todo el mundo, cuya investigación y práctica contribuyen al avance científico y a la prestación de servicios de enfermería de alta calidad (3); permiten identificar los procesos y ambientes donde la enfermería propone cambios para reevaluar la atención ajustada a las necesidades de los usuarios y empresas que gestionan las decisiones de salud en la población (4). Albert S. Humphrey en los años sesenta del siglo xx desarrolló su carrera como consultor de empresas centrado en la gestión organizacional y cambio cultural de las mismas, y fue quien creó la matriz DOFA, que permite hacer un análisis de acuerdo a las fortalezas y debilidades (factores internos), amenazas y oportunidades (factores externos) (5), el cual

puede implementar el profesional de enfermería ya que valora de forma objetiva los elementos del cuidado, lo que lo convierte en un insumo necesario para la gestión del mismo (6). Por último, encontramos el modelo del Marco Lógico aplicado a la mejora de los servicios en salud.

La enfermería, al ser considerada una disciplina profesional en la que se establece una conexión intrínseca entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método para proporcionar cuidado, encuentra en el enfoque de Marco Lógico un instrumento adecuado para desarrollar intervenciones efectivas basadas en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de proyectos aplicados en las comunidades y las instituciones; enfoque que contribuye al enriquecimiento de las experiencias profesionales del campo disciplinar de enfermería (7).

Contar con una metodología aplicada a un problema contribuye al cumplimiento de los objetivos y por consiguiente a la disminución del mismo, estructurando el proyecto, organizando las intervenciones, haciendo control y seguimiento, gestionando los recursos y contemplando riesgos, costos y tiempos (8, 9). Con base en estas estrategias metodológicas, el objetivo de investigación fue diseñar una intervención educativa aplicada al entorno clínico, en un hospital de mediana y alta complejidad e intervenir con acciones para lograr disminuir el impacto de la problemática, circunscrita a la experiencia del internado y estructurada bajo el diseño de la investigación–acción y el modelo del Marco Lógico.

Metodología

Se adoptan las fases esenciales del diseño de investigación–acción que abarcan los aspectos de: *observar, pensar y actuar* como proceso cíclico para resolver problemáticas e implementar mejoras ante una realidad o contexto específico. La investigación–acción se presenta a través de acciones sucesivas distribuidas en cuatro ciclos principales, a saber: primer ciclo, identificar la problemática a través de la recolección de datos y el planteamiento del problema;

segundo ciclo, elaborar el plan estableciendo objetivos, estrategias, acciones, recursos y tiempo; tercer ciclo, poner en marcha el plan, evaluando continuamente su implementación y efectos para definir los ajustes necesarios; cuarto ciclo, informar los resultados de las acciones y repetir el proceso desde el primer ciclo, a través de la realimentación.

Este diseño es flexible ya que puede ser aplicado en un amplio abanico de campos de acción, además de permitir la inmersión profunda en el contexto o ambiente a estudiar con el fin de entender los eventos, lograr claridad sobre la problemática e involucramiento de los participantes en todo el proceso (10).

Para la presente investigación y plan de intervención se integraron los elementos básicos de este diseño investigativo y la estructura del modelo de Marco Lógico. El primer ciclo se desarrolla a través de la primera fase de dicho modelo, descrito a continuación.

Estructura del Modelo de Marco Lógico

El *modelo de Marco Lógico* ofrece una estructura sistemática, razonada y lógica de los diferentes componentes de un proyecto, y orienta su creación, planeación, formulación y ejecución (11). Su estructura organizada simplifica la comprensión y comunicación de los planes y objetivos del proyecto, proporcionando una visión clara y coherente de los elementos esenciales. Dicho modelo fue desarrollado por Leon Rossenberg y Lawrence Posner en 1969, quienes dividen su proceso en dos fases. En la primera, se enfocan en la identificación del problema y la búsqueda de soluciones, lo cual implica analizar la situación actual para visualizar un estado deseado y elegir estrategias adecuadas en proyectos diseñados para resolver desafíos de grupos beneficiarios y satisfacer sus necesidades. Esta etapa incluye cuatro tipos de análisis: partes involucradas, problemas (evaluación de situación actual), objetivos (visión de futuro y mejora) y estrategias (comparación de opciones para abordar situaciones específicas). La segunda etapa, que corresponde

a la planificación, implica la creación de un plan operativo basado en la idea del proyecto. En este proceso se desarrolla la *matriz de Marco Lógico* y se establecen y representan en un cronograma, las actividades y recursos necesarios (12, 13).

La matriz de Marco Lógico presenta en forma resumida los aspectos más importantes del proyecto: resumen narrativo de los objetivos y las actividades; indicadores (resultados específicos a alcanzar); medios de verificación; supuestos (factores externos que implican riesgos) y otros aspectos distribuidos en cuatro momentos diferentes en el proyecto: 1. Fin al cual el proyecto contribuye de manera significativa, 2. Propósito logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado, 3. Componentes/resultados completados, 4. Actividades requeridas para producir los componentes/resultados (12).

Descripción del contexto

El lugar de trabajo es una institución hospitalaria con atención de mediana y alta complejidad que oferta un portafolio de servicios que incluye: apoyo diagnóstico, servicios de alto costo, servicios a la mujer y la infancia; servicios ambulatorios, de apoyo terapéutico, quirúrgicos y médicos. Dentro de la asignación del internado se encuentran los servicios de: medicina interna, hematología y hospitalización pediátrica, descritos de la siguiente manera:

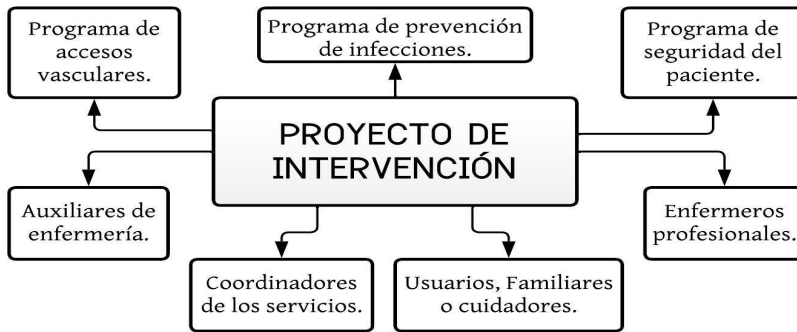
- *Hematología*: Atiende pacientes adultos con neoplasias de origen sanguíneo y algunos pacientes de medicina interna con enfermedades crónicas y autoinmunes. Cuenta con una capacidad de atención para 11 pacientes, conformado por un equipo de salud así: 1 enfermera profesional, 2 auxiliares de enfermería, medicina general, medicina interna, con rondas diarias por especialidad de hematología y otras especialidades interconsultadas.
- *Hospitalización pediátrica*: Cuenta con una capacidad de atención para 30 pacientes, dividido en tres áreas: *médico-lactantes* (menores de 1 año) y *médico-quirúrgicas* (mayores

de 1 año), donde se encuentran los niños con patologías de etiología no microbiana incluyendo dos aislamientos destinados para pacientes interconsultados por la especialidad de hematooncología e infectología; una sala con capacidad para seis niños de cualquier edad, pero que su patología o estancia hospitalaria está mediada por algún hongo, virus, parásito y/o bacteria, incluyendo dos aislamientos asignados según necesidad. En el servicio se distribuye el personal así: 1 enfermera profesional y 1 auxiliar de enfermería para cada área y además 1 auxiliar de “punto” que se encarga de las necesidades generales de todo el servicio; médicos residentes, internos y especialistas en pediatría y residentes de las especialidades más frecuentemente consultadas (reumatología, neumología, cirugía plástica y pediatría).

- *Medicina interna:* Atiende pacientes adultos que padecen enfermedades infectocontagiosas agudas y crónicas no transmisibles, en etapas de exacerbación, con el objetivo de ofrecer una atención integral enfocada en el diagnóstico y manejo no quirúrgico. Tiene capacidad de atención para 20 pacientes y está compuesto por 2 enfermeros profesionales, 3 auxiliares de enfermería por turno, teniendo una relación de 1:7, médico especialista en medicina interna y médico general hospitalario.

Análisis de los involucrados

De acuerdo con el contexto analizado y como se observa en la gráfica 1, los actores involucrados, susceptibles de tener un vínculo con el proyecto y directa o indirectamente relacionados con el problema, están constituidos por: coordinadores de servicio, coordinadores e integrantes de los diferentes programas de la institución, equipo de enfermería y usuarios.

Gráfica 1. Análisis de los involucrados

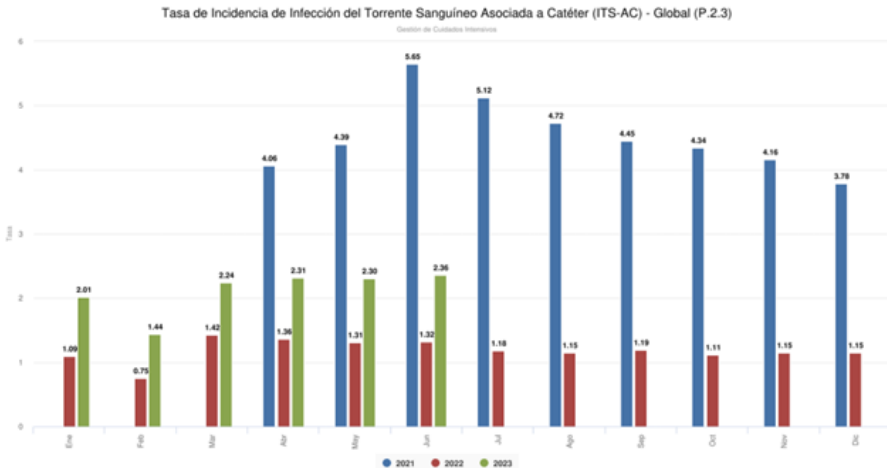
Fuente: Elaboración propia.

Análisis del problema

Para la evaluación de las necesidades internas de cada servicio, se realizó una observación directa durante el desarrollo de las actividades asistenciales del internado, se llevó a cabo una reunión con la coordinadora de cada servicio y se estableció contacto con los miembros de los programas de seguridad del paciente y programa de prevención y control de infecciones.

Se identificó una problemática de interés especial frente al incremento de la tasa global de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) (gráfica 2) allí se observa que en el año 2021 las cifras alcanzaron una tasa de incidencia entre 3,78 y 5,65 por cada 10 pacientes. El año 2022 mostró una reducción significativa de las ITS-AC manteniendo cifras inferiores a 1,42 a lo largo del año. En contraste, el primer semestre del año 2023 presenta un alza en la tasa de incidencia global, superando el límite máximo del año 2022.

Gráfica 2. Tasa de incidencia global de las ITS-AC periodos 2021-2023. Tomado de programa de prevención y control de infecciones



Fuente: Elaboración propia.

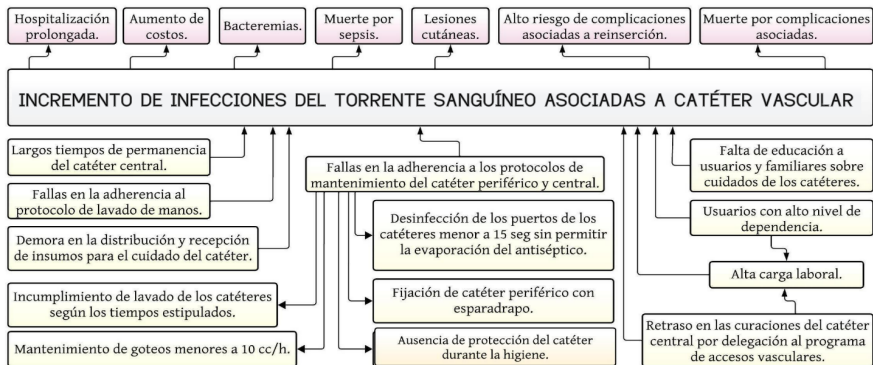
La observación en campus permitió encontrar diferencias en el tipo de catéter usado en los servicios asignados para el internado y poca claridad sobre algunos procesos relacionados al uso adecuado de los dispositivos vasculares. Un ejemplo de ello es el mayor uso del catéter venoso periférico (CVP) en el servicio de hospitalización pediátrica, mientras que en medicina interna se observa principalmente el uso de catéter venoso central (CVC) incluyendo catéter de hemodiálisis. En cambio, en el servicio de hematología se utiliza CVP o CVC justificado en el uso de tratamientos antimicrobianos prolongados, toma de muestras de química sanguínea frecuentes y quimioterapia.

Árbol de problemas

De acuerdo con el modelo de Marco Lógico, el árbol de problemas es una representación de los factores y los efectos contribuyentes al desarrollo del problema identificado. El diagnóstico evidenció que el problema principal fue el *incremento de infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéteres vasculares* como consecuencia de fallas en la adherencia de los protocolos institucionales, permanencias

prolongadas, pacientes con altos niveles de dependencia, entre otras, evidenciando efectos negativos en la institución y los usuarios (gráfica 3).

Gráfica 3. Árbol de problemas

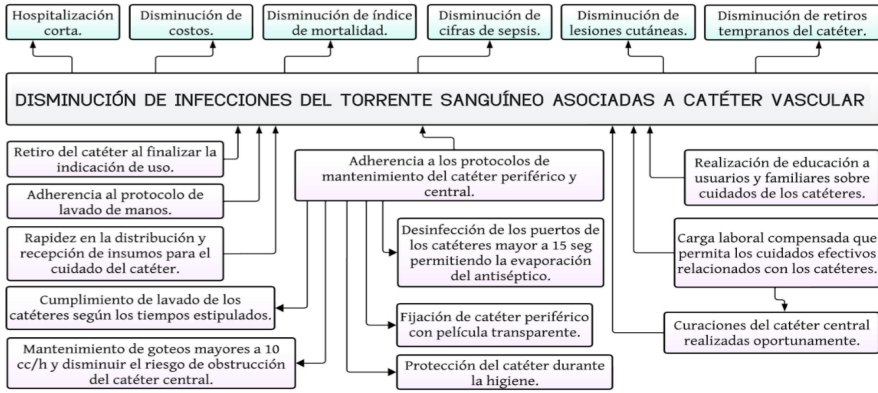


Fuente: Elaboración propia.

Árbol de objetivos

Es una representación de los factores contribuyentes al desarrollo del problema, pero convertidos en acciones que conduzcan a resultados positivos. Para ello, se tomaron los factores identificados y se reajustaron de manera que las acciones correspondientes contribuyeran al objetivo de la intervención que se plantea, dando respuesta y minimizando las consecuencias perjudiciales que se originan del aumento y la presencia de ITS-AC (gráfica 4).

Gráfica 4. Árbol de objetivos



Fuente: Elaboración propia.

Como parte del fortalecimiento de las habilidades relacionadas con el aspecto formativo de educación para la salud, la visión institucional de mejoramiento continuo y la oferta de servicios de calidad, se decidió trabajar sobre el aspecto: *adherencia a los protocolos institucionales sobre el cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares periféricos y centrales*, dado que encierra varios objetivos alcanzables. Teniendo en cuenta la viabilidad del escenario, la disponibilidad de tiempo, las características de la población objeto y los recursos necesarios, se realizó la planeación del proyecto considerando una intervención educativa en el ámbito clínico con resultados medibles, dirigido especialmente al personal de enfermería como involucrado clave de la problemática.

Planeación Según la Matriz de Marco Lógico

El segundo ciclo de la investigación–acción corresponde a la elaboración del plan, el cual se planteó a través de la matriz de Marco Lógico del modelo, la cual resume concretamente los aspectos esenciales y los puntos clave del proyecto para la planeación del mismo y se divide en columnas y filas que permiten un encadenamiento lógico entre las acciones para alcanzar los fines (11, 13). En esta matriz se encuentran: el fin principal, los resultados a esperar, las actividades para lograr el fin, los indicadores

de resultados y los medios de verificación (tabla 1). Esto con el propósito de seguir un plan de trabajo y diseñar un modelo que sirva de guía para el monitoreo y evaluación (11).

Con base en el análisis previo, se propone realizar una intervención educativa que fortalezca el conocimiento del equipo de enfermería y fomente la adherencia a los protocolos institucionales, abarcando la mayoría de los aspectos vistos en el árbol de problemas (gráfica 3). Esta intervención será dividida en un componente teórico implementado por medio de la técnica “tutor de un minuto” y un componente práctico mediante espacios de simulación en donde realicen acciones que acompañen el cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares periféricos y centrales.

Tabla 1. Matriz de Marco Lógico

FIN	RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	INDICADORES DE RESULTADOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Contribuir a la disminución de infecciones relacionadas al uso de accesos vasculares centrales y periféricos por medio de sesiones educativas cortas.</p>	<p>Fortalecer los conocimientos sobre el manejo y mantenimiento de los accesos vasculares centrales y periféricos en el personal de enfermería, con base en los protocolos institucionales</p>	<p>Socializar el mantenimiento de los accesos vasculares periféricos y centrales con base en los protocolos institucionales por medio de una intervención educativa siguiendo la técnica "tutor de un minuto".</p> <p>Realizar escenarios de simulación sobre la técnica de desinfección activa de los puertos de acceso en catéteres venosos centrales y periféricos.</p> <p>Realizar ejercicio práctico de la técnica <i>push-stop</i> para el lavado de la línea de acceso vascular.</p> <p>Realizar un repaso teórico-práctico de la técnica y momentos del lavado de manos.</p> <p>Entregar material educativo (infografía) sobre el mantenimiento y cuidado de los accesos vasculares centrales y periféricos y ubicar en puntos estratégicos de mayor visualización para el personal de cada servicio.</p>	<p>Cobertura del personal de enfermería sobre 90% en la intervención educativa en un espacio de 10 días a partir del inicio de la intervención.</p> <p>Porcentaje de aprobación post-test mayor del 80% siendo aprobado un mínimo de 4/5 respuestas correctas.</p> <p>Nivel de satisfacción mayor al 70% en la suma de las categorías 'muy satisfactorio' o 'satisfactorio'.</p> <p>Participación mayor al 70% en la simulación práctica del personal de enfermería.</p>	<p>Lista de asistencia.</p> <p>Encuesta de satisfacción.</p> <p>Formato de pre-test y post-test.</p> <p>Observación directa en escenario clínico.</p> <p>Informe estadístico del programa de control y prevención de infecciones.</p>

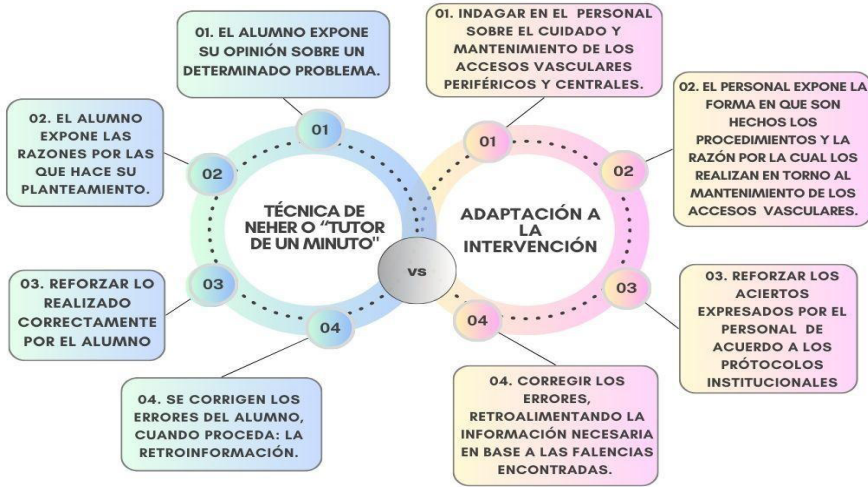
Fuente: Elaboración propia

Técnica de Intervención educativa

Se realizó la búsqueda de una metodología aplicable a las características del contexto, sobre la cual se escogió la técnica de Neher o “Tutor de un minuto”. Esta técnica fue diseñada en 1992 por médicos docentes de la especialidad de medicina familiar de la Universidad de Washington (14). Se caracteriza por la enseñanza sucesiva de pequeñas habilidades individualizadas (*microskills*) empleando un breve espacio de tiempo en un entorno clínico durante la asistencia sanitaria. Ofrece como resultado una enseñanza estructurada sobre problemas clínicos sobrevenidos en la práctica clínica, en un encuentro que no debe durar más de 5 minutos (15). Dado que el método está planteado para la formación de estudiantes de medicina, la secuencia es aplicable en el ámbito de enfermería por su pertinencia en el ambiente hospitalario, estructura sencilla, rapidez y direccionalidad que proporciona para discutir un tema.

El fundamento teórico del “tutor de un minuto” plantea cinco momentos en una secuencia que se desenvuelve en medio de una problemática de caso clínico. Para nuestra intervención, se tomaron cuatro de los cinco elementos del constructo original (gráfica 5), aplicándola a la situación problema identificada en los servicios de internado respecto del equipo de enfermería, conservando la esencia y el objetivo de la técnica, pero ajustándola al contexto y a las particularidades del entorno clínico.

Gráfica 5. Etapas adaptadas del modelo de tutor de un minuto



Fuente: Elaboración propia.

Ejecución del Proyecto

Poner en marcha el plan e informar los resultados con el fin de retroalimentar los procesos y realizar los ajustes necesarios son los objetivos correspondientes al tercer y cuarto ciclo de la investigación–acción; a continuación, se detallan los procesos de ejecución de las actividades planteadas con sus respectivos resultados.

La intervención se realizó en tres fases: inicio, central y cierre, los cuales se pueden observar en la ficha técnica de planeación (Anexo 1), se intervinieron un total de 46 personas: 26 auxiliares de enfermería y 20 enfermeras(os) profesionales de los servicios de hematología, medicina interna y hospitalización pediátrica. Se realizaron sesiones educativas grupales e individuales únicas según la programación previa definida en la ficha técnica de planeación. Como método de evaluación de los conocimientos previos, y para valorar el éxito de la intervención educativa, se aplicó un pre-test

y post-test (Anexo 2), compuesto de cinco preguntas relacionadas con la desinfección de los puertos de los catéteres, el cambio de los sets de infusión, los volúmenes de líquidos recomendados para las infusiones en CVC y cuidados de los accesos vasculares periféricos y centrales. Para considerar la aprobación del test, se debía obtener un puntaje de cuatro o más respuestas correctas.

En la fase inicial se dio la bienvenida, se explicó la actividad y se hizo la aplicación del pre-test. En la fase central se aplicó la técnica del tutor de un minuto mediante los siguientes cuestionamientos, retroalimentando en los aciertos y corrigiendo en los errores:

- ¿Cuál es el lapso para los cambios de equipos?
- ¿Cómo y cuándo deben realizar el lavado de manos?
- ¿En qué situaciones se cambia un apósito o catéter periférico?
- ¿Cuál debe ser la periodicidad de las curaciones de catéter venoso central?
- ¿Cómo y cuándo realizan lavado de las vías de los catéteres central y periférico?
- ¿Cómo y cuándo realizan la limpieza de los lúmenes de los catéteres central y periférico?
- ¿Cuál es la frecuencia con la que se deben lavar las vías de catéter central y periférico?

En la fase final, se aplicó el post-test usando las mismas preguntas del pre-test, junto con la encuesta de satisfacción de la intervención educativa (Anexo 3) y se entregó la infografía institucional denominada “Prevención de infecciones asociadas a catéter intravascular” ubicándola en lugares visibles para consulta continua del personal de enfermería de cada servicio.

Teniendo en cuenta aspectos como el tiempo, las ocupaciones y disponibilidad del personal de enfermería, en conjunto con eventos

fortuitos que se presentaron durante el periodo de ejecución, se llevó a cabo únicamente la intervención educativa teórica y la entrega del material educativo visual, siendo estas actividades las valoradas a continuación.

Evaluación de Resultados

El propósito principal es medir y analizar el rendimiento para una gestión más efectiva de los productos que se traducen en logros en el ámbito del desarrollo. De acuerdo con la clasificación de los “tipos de evaluación y ciclo del proyecto”, la realizada en esta intervención se enmarca en la categoría de *evaluación post*, que se lleva a cabo inmediatamente después de la finalización de la ejecución para detectar, registrar y analizar los resultados tempranos (13).

Al hacer el análisis de los resultados obtenidos de las sesiones educativas (tabla 2) se observa una cobertura del 100%, siendo abordadas 46 personas: 26 auxiliares de enfermería y 20 enfermeras(os). El porcentaje de aprobación en el pre-test fue de 33% en total, siendo hematología el servicio con mayor nivel de conocimiento previo. Por otra parte, el porcentaje total de aprobación en el post-test fue de 96%, siendo pediatría el único servicio que no alcanzó el 100%. Finalmente, el 87% de los encuestados se mostró ‘muy satisfecho’ en términos de satisfacción global, mientras que el 13% restante manifestó estar simplemente ‘satisfecho’ con la intervención realizada, su metodología y el desempeño del capacitador.

Tabla 2. Nivel de cobertura, aprobación y satisfacción de la intervención según el cargo y el servicio de los participantes

Servicio	Pediatría		M e d i c i n a Interna		Hematología	
	Enfer- meras	Auxi- liares	Enfer- meras	Auxi- liares	Enfer- meras	Auxi- liares
Número de Participantes	10	10	7	9	3	7

Servicio		Pediatría		M e d i c i n a Interna		Hematología	
Cargo		Enfer- meras	Auxi- liares	Enfer- meras	Auxi- liares	Enfer- meras	Auxi- liares
% Cobertura		100%					
% Aprobación	Pre-test	40%	0%	3%	4%	67%	29%
	Total	33%					
	Post-test	90%		100%		100%	
	Total	96%					
Nivel de Satisfacción	Muy Satisfecho	90%		86%	78%	100%	86%
	Total	87%					
	Satisfecho	10%		14%	22%	-	14%
	Total	13%					

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

- La integración del modelo de Marco Lógico a un diseño investigativo como es la investigación–acción, se constituye en una herramienta que proporciona una estructura organizada, facilita la toma de decisiones ágiles y promueve soluciones eficientes y fundamentadas en un plan detallado ante las problemáticas a las que se enfrenta el profesional de enfermería en sus entornos laborales, profesionales y académicos, considerando las causas de los problemas, sus posibles soluciones y los elementos involucrados. Este tipo de herramientas permite cumplir satisfactoriamente los objetivos planteados, estructurando de manera ordenada las acciones, al tiempo que se evalúa el impacto real de las intervenciones.

- La educación en entornos hospitalarios debe considerar la viabilidad, las características de la población objeto, los recursos necesarios y la dinámica intrínseca de los servicios, que permita seleccionar una metodología apropiada para conducir resultados exitosos, a lo que se añade la importancia de que los responsables de la intervención cuenten con habilidades de adaptación para llevar a cabo eficazmente la ejecución de cada actividad.
- El modelo de “tutor de un minuto” es una técnica de aprendizaje útil, realista y viable en espacios clínicos por su aplicabilidad, sencillez e impacto, que logró en la población intervenida gran aceptación ante la propuesta educativa espontánea y aprehensión de la información, reforzando los aciertos y dando cuenta de sus limitaciones. Se constituye en una opción práctica para uso en los entornos académicos, asistenciales y de educación en salud y un reto para diseñar nuevo conocimiento disciplinar a través del desarrollo investigativo basado en la evidencia.

Limitantes

- Durante la ejecución de la actividad se presentaron barreras relacionadas con el cumplimiento de las funciones propias del personal de enfermería, que les obligaban a continuar trabajando mientras se realizaba la intervención, situaciones que requirieron de una adecuación del plan de trabajo en cuanto a la celeridad educativa. Cada una de estas afectan el resultado final si no se consigue llegar a la población o no se recibe correctamente la información, por lo que deben ser analizados con precaución con anterioridad.
- Frente a la intervención educativa, se resalta la necesidad de incluir un elemento práctico que refuerce lo aprendido durante la teoría. El modelo “tutor de un minuto” es un modelo constituido sobre la práctica médica que, si bien

posee elementos provechosos, es necesario contar con un modelo de enseñanza en áreas clínicas que incluya un factor práctico que lo complemente y propicie un abordaje integral del tema tratado.

Consideraciones Éticas

Para las propuestas de investigación e intervención abordadas en el presente texto, se consideraron las disposiciones establecidas en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de enfermería, establecidas en la Ley 911 de 2004, así como los aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos. Los abordajes a la población son reconocidos como de bajo riesgo, los cuales buscaron salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de las personas participantes, el respeto por la autonomía, la beneficencia y la justicia como principios éticos fundamentales. Igualmente se tuvo en cuenta el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, además del manejo adecuado de la privacidad y salvaguarda de los datos recolectados.

Recomendaciones

Continuar con la implementación de modelos educativos adaptables a los ámbitos hospitalarios para que los profesionales de enfermería fortalezcan sus habilidades educativas y de aprendizaje, reflejadas en la construcción de servicios de calidad en las diferentes instituciones donde se lleguen a requerir.

Financiamiento

Ninguno

Agradecimientos

A todo el personal de enfermería, asistenciales y administrativos, del ESE Hospital Universitario de Santander, por ser facilitadores

y de gran apoyo durante el desarrollo de nuestro internado de enfermería.

Referencias

1. Tafur-Acuña D. Experiencias del estudiante de enfermería respecto al internado hospitalario, Universidad Señor de Sipán 2019 [Internet]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2019 [Citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6513/Tafur%20Acu%C3%B1a%20Dilma.pdf?sequence=1>
2. Consejo Académico Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Resolución 15 de 2014 [Internet]. 2014 [Citado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.uptc.edu.co/export/sites/default/secretaria_general/consejo_academico/resoluciones_2014/res_15_2014.pdf
3. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 10a edición. Barcelona, España: Elsevier; 2022.
4. Durán-De Villalobos MM. Teoría de la enfermería: ¿un camino de herradura? Aquichan [Internet]. 2007 [Citado el 15 de septiembre de 2023];7(2):161-173. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200005&lng=en.
5. Sánchez-Huerta D. Análisis FODA O DAFO [Internet]. Madrid: Bubok Publishing, 2020. [Citado el 29 de septiembre de 2023] Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=lang_es&id=6h0JEAAAQ-BAJ&oi=fnd&pg=PT10&dq=FODA&ots=8ZUiQgisxh&sig=acGkh69EUHoBzO7JQVlhhQaxbjQ&redir_esc=y#v=onepage&q=FODA&f=false
6. Arévalo-Ipanaqué J, Da-Silva-Tetzlaff A, Tiscar-González V, Sánchez L, Lobos-Rodríguez R, Velásquez-Ramos L et al. Análisis multipaís de la gestión del cuidado de enfermería durante la pandemia por COVID-19. Rev. Cuba. enferm. [Internet]. 2020 [Citado el 29 de septiembre de 2023];36.

- Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3998>
7. Contreras-Briceño JI, Moncayo-Molina WE, Valdiviezo-Maygua MA, Quenorán-Almeida VS, Rivera-Herrera G. Enfoque de Marco Lógico: aplicación en vinculación con la sociedad de enfermería en el contexto universitario ecuatoriano. REE [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado 29 de septiembre de 2023];11(1):64-80. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/16>
 8. Aguirre-Barrera J, Aguirre-Barrera S. Metodología para el desarrollo de proyectos. [Tesis de grado]. Cali: Unicatólica; 2020 [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2037>
 9. Moreno AV, Ramírez ME. Uso de metodologías en la gestión de proyectos en la industria colombiana. Tesis [Internet] Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2019 [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/28124>
 10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6ª edición. México: Mc Graw Hill; 2014. 600 p.
 11. Miranda-Miranda, JJ. Gestión de Proyectos [Internet]. Colombia: MM Editores, 2010 [Citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.google.com.co/books/edition/Gesti%C3%B3n_de_Proyectos/pAQ9QelkHmkC?hl=es&gbpv=0
 12. Camacho-Guerreros JM. Metodología de Marco Lógico como herramienta para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de proyectos de inversión en el área social. Año 2022. Poblac. Desarro. [Internet]. 2022 [Citado el 22 de septiembre de 2023];28(55):1-4. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RE/article/view/2886/2566>
 13. Ortigón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación

- de proyectos y programas. [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2015 [Citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2d86ecfb-f922-49d3-a919-e4fd4d463bd7/content>
14. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, Sánchez-Mendiola M. Modelos de educación médica en escenarios clínicos. *Inv Ed Med.* [Internet]. 2020 [Citado el 22 de septiembre del 2023]; 9(35):96-105. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95039>
15. Núñez-Cortés JM. La enseñanza en el entorno clínico: un reto y una necesidad. *Educ Med.* [Internet]. 2017 [Citado el 29 de septiembre de 2023];18(Supl 1):41-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-X1575181317608219>

Anexo No. 1 Ficha técnica de planeación

Tema	Manejo de accesos vasculares con enfoque en prevención de infecciones		
Responsable de la sesión educativa	Juan Camilo Lavao, Diana María Manrique, Juliana María Rodríguez		
Cargo	Estudiantes de internado de enfermería		
Institución			
Fecha	11/09/2023 al 20/09/2023		
Tiempo	5 minutos sesión individual 5 minutos sesión grupal		
Objetivos	Socializar medidas de mantenimiento de los accesos vasculares basados en los protocolos institucionales vigentes. Fortalecer los conocimientos sobre el mantenimiento de los accesos vasculares en el personal de enfermería. Contribuir a la disminución de infecciones relacionadas a su uso por medio de sesiones educativas cortas.		
Población objeto	Personal de enfermería		
Servicio	Medicina interna, hematología y hospitalización pediátrica.		
Número de personas objeto de la sesión educativa			
	Servicio	Enfermero(a)	Auxiliares
	Medicina interna	7	9
	Medicina interna hematología	3	7
	Hospitalización pediátrica	10	10
	Total	20	26

<p>Estrategia de enseñanza-aprendizaje a utilizar</p>	<p>Exposición con metodología según el modelo de educación en ambientes clínicos: “Tutor de un minuto”</p> <p>La estrategia a utilizar fue el modelo de Neher o “tutor de un minuto”, siendo este un modelo que se caracteriza por la enseñanza sucesiva de pequeñas habilidades individualizadas (<i>microskills</i>), empleando un breve espacio de tiempo en entorno clínico, durante la asistencia sanitaria.</p> <p>Este modelo ofrece como resultado una enseñanza estructurada sobre problemas clínicos sobrevenidos en la práctica clínica, en un encuentro que no debe durar más de 5 minutos. El modelo clásico de enseñanza de <i>microskills</i> emplea 5 fases:</p> <p>Conseguir que el alumno exponga su opinión sobre un determinado problema, aunque esté equivocado, antes de que sea el profesor quien exponga.</p> <p>Identificar las evidencias que soportan dicha opinión: el docente debe provocar que el alumno exponga las razones por las que hace su planteamiento, avalando dicho razonamiento, aunque no estuviese en lo cierto.</p> <p>Mostrar las reglas generales del razonamiento clínico, haciendo hincapié en que la solución del problema puede ser aplicada a situaciones semejantes.</p> <p>Reforzar lo que se ha realizado correctamente.</p> <p>Corregir los errores, cuando proceda: la retroinformación resulta imprescindible porque corrige errores para el futuro, garantizando una correcta práctica, y facilita que el alumno conozca sus carencias e identifique aquello que requiere un esfuerzo adicional de comprensión (por tanto, provoca la autorreflexión).</p>
<p>Recursos a utilizar</p>	<p>Formato pre-test y post-test institucional.</p> <p>Formato encuesta de satisfacción de la intervención institucional.</p> <p>Infografía “prevención de infecciones asociadas a catéter intravascular”.</p> <p>Listas de asistencia.</p>
<p>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA</p>	
<p>Fase inicial</p>	<p>Saludo y bienvenida</p> <p>Explicación de la actividad</p> <p>Aplicación de pre-test</p>

Fase central	Exposición de la información sobre el manejo de accesos vasculares relacionado con la prevención de infecciones usando el modelo del “tutor de un minuto” Primero se pregunta al personal intervenido cómo realizan el mantenimiento de los accesos vasculares, desde el lavado de manos, limpieza de los lúmenes, lavado de las vías y su frecuencia, lapso para los cambios de equipos, periodicidad en la realización de las curaciones y en qué situaciones se cambia un apósito o catéter. Seguidamente se cuestiona por qué se realizan de esa manera las prácticas. Al finalizar esta etapa, se refuerza lo dicho correctamente y se corrigen los errores haciendo retroalimentación.
Fase de cierre o final	Aplicación de post-test. Aplicación de nivel de satisfacción respecto a la intervención educativa. Entrega de copia de la infografía laminada para dejar en cada servicio.
Fase de registro	Listados de asistencias y evidencias fotográficas
OBSERVACIONES:	

Fuente: Elaborado con base en los requerimientos del formato original de la institución donde se realizó el internado de enfermería.

Anexo No. 2 Preguntas pre-test y post-test

PREGUNTAS
<p>Basado en el protocolo institucional, si un usuario le informa que quiere irse a bañar, usted haría:</p> <p>Enseñar al cuidador cómo desconectar el equipo.</p> <p><u>No desconectar el equipo para evitar la exposición innecesaria de los equipos de infusión.</u></p> <p>Detener la bomba de infusión y desconectar el equipo usted mismo.</p> <p>No desconectar el equipo para no perder la fijación.</p>
<p>Según el protocolo institucional, ¿Cada cuánto se debe realizar el cambio de los sets intravenosos en los catéteres?</p> <p>Cada 96 horas o según necesidad.</p> <p>Cada 48 horas.</p> <p>Cada 72 horas o según necesidad.</p> <p>Cada 24 horas.</p>
<p>Según el protocolo institucional, ¿Cuánto tiempo debe durar la desinfección de los puertos de un catéter?</p> <p>5 segundos.</p> <p><u>15 segundos.</u></p> <p>30 segundos.</p> <p>3 segundos.</p>
<p>Según el protocolo institucional, ¿Cuánto volumen de solución salina debe usarse para el lavado de la vía venosa?</p> <p>5 cc en adultos y niños.</p> <p>8 cc en adultos y 2 a 4 cc en niños.</p> <p>5 cc en adultos y 3 cc en niños.</p> <p><u>10 cc en adultos y 3 a 5 cc en niños.</u></p>
<p>Basado en el protocolo institucional, ¿Considera útil dejar un volumen de líquidos de mantenimiento igual o menor a 10 cc en adultos en el catéter venoso central?</p> <p>Sí, porque ayudan con la permeabilidad del catéter.</p> <p><u>No, ya que aumentan el riesgo de obstrucción del catéter.</u></p> <p>Sí, porque ayuda a mantener hidratado al usuario.</p> <p>No, ya que no hay que mantener todas las vías cerradas.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Anexo No. 3 Encuesta de satisfacción de la intervención educativa

NIVEL DE SATISFACCIÓN			
Desempeño del capacitador: ¿Qué tan satisfecho está con el conocimiento, la claridad, la precisión y la motivación del capacitador?	Muy satisfecho	satisfecho	Insatisfecho
Importancia del programa de aprendizaje: ¿Qué tan satisfecho está con el objetivo, el contenido y la metodología del programa?	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho
Impacto y transferencia: ¿Qué tan satisfecho está con el entendimiento y aplicabilidad del programa?	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho
Logística: ¿Qué tan satisfecho está con la fecha de notificación, canales de difusión del programa de aprendizaje y lugar o medios utilizados en la ejecución?	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho
OBSERVACIONES:			

Fuente: Elaboración propia.

Intervención educativa al adulto mayor usando la estrategia *cuidarme*: reporte de caso

Educational intervention for the elderly using the *cuidarme* strategy: case report

Yonatan Arley Acosta Bonilla*
Yuri Andrea Jiménez Acevedo**
Luz Adiola Holguín Holguín***
Carol Pinzón Jaimes****

Resumen

El Plan de alta es una herramienta que ha permitido dar continuidad a los cuidados que las instituciones hospitalarias prestan a las personas para restaurar su salud, sin embargo, dado el poco tiempo con el que cuentan los profesionales para desarrollarlo, es indispensable buscar

* Estudiante, Escuela de Enfermería. Semillero del grupo de investigación: Enfermería y Atención Primaria en Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3231-6643>. yonatan.acosta@uptc.edu.co

** Estudiante, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-0721-8139>. yury.jimenez01@uptc.edu.co

*** Estudiante, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3442-3840>. luz.holguin01@uptc.edu.co

**** Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto, Universidad de La Sabana. Magíster en Pedagogía, Universidad Santo Tomás. Grupo de investigación: Enfermería y Atención Primaria en Salud. Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4366-8866>. carol.pinzon@uptc.edu.co

metodologías claras y sencillas que permitan optimizar el tiempo de los profesionales y beneficiar a los pacientes. Una de ellas es la estrategia *CUIDARME*, en la cual cada letra del acrónimo representa un paso para ejecutar las intervenciones específicas de un Plan de Alta integral. Este trabajo evidencia la aplicación de la estrategia *CUIDARME* a una adulta mayor con insuficiencia cardiaca, que ingresa al servicio de urgencias por quemadura en miembro inferior derecho secundario a lipotimia por descompensación cardiaca, demostrando su sencilla elaboración basada en el Modelo de Enfermería de Dorothea Orem y sus principios teóricos del déficit de autocuidado. La estrategia se desarrolló a través de una valoración de enfermería completa y diagnóstica, la elaboración de un plan de trabajo que incluía acciones presenciales y a distancia y a través de una intervención educativa orientada hacia la enseñanza de los adultos mayores. En conclusión, la estrategia *CUIDARME* se perfila como una de las más adecuadas para ejecutar planes de alta, ya que percibe a la persona como ser integral, contemplando su entorno, educación, hábitos e incluso su espiritualidad, y permite la integración de teorías de enfermería complementadas con intervenciones educativas mediadas por las TIC.

Palabras clave (DeSC): educación de pacientes, adulto mayor, eventos cardiacos, atención dirigida al paciente, cuidados de enfermería en el hogar, planificación de atención al paciente

Abstract

The Discharge Plan is a tool that has allowed continuity of the care that hospital institutions provide to people to restore their health. However, given the little time that professionals have to develop it, it is essential to seek clear and simple that allow optimizing professionals' time and benefiting patients. One of them is the *CUIDARME* strategy, where each letter of the acronym represents a step to execute the specific interventions of a comprehensive Discharge Plan. This investigation demonstrates the application of the *CUIDARME* strategy to an older adult with heart failure,

who was admitted to the emergency department due to a burn on the right lower limb secondary to lipothymia due to cardiac decompensation, demonstrating its simple elaboration based on the Nursing Model of Dorothea Orem and its theoretical principles of self-care deficit. The strategy was developed through a complete and diagnostic nursing assessment, the development of a work plan that included face-to-face and remote actions and through an educational intervention aimed at teaching older adults. In conclusion, the *CUIDARME* strategy emerges as one of the most appropriate for implementing discharge plans, since it perceives the person as an integral being, contemplating his or her environment, education, habits and even spirituality, and allows the integration of nursing theories complemented with educational interventions mediated by ICTs.

Keywords (DeSC): patient education as topic, aged, cardiovascular diseases, patient-centered care, home health nursing, patient care planning

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han convertido en un problema alarmante para los seres humanos, ya que son consideradas de larga y lenta evolución (1). En los últimos años, la pirámide poblacional en Colombia ha pasado de progresiva a regresiva (2), de modo que los adultos mayores cada día son más, y es en esta etapa cuando muchos de ellos desarrollan padecimientos crónicos de las ECNT o se hacen más vulnerables a sus consecuencias; convirtiéndose así en los principales usuarios de los servicios de salud causados por su propia patología, o en la mayoría de las ocasiones, por reingresos asociados a sus condiciones clínicas crónicas (3).

Hace algunos años, distintas instituciones de salud han establecido el “*Plan de egreso o plan de alta*”, concepto que surge en la década de los ochenta del siglo xx, como una herramienta útil para transferir la responsabilidad del cuidado al paciente o a su cuidador primario (4), buscando asegurar que la atención sea acorde con las necesidades y los requerimientos de cada persona, una vez egrese de la institución hospitalaria. Esta herramienta implica realizar procesos educativos dirigidos hacia el paciente y sus cuidadores, que pueden iniciar desde el mismo momento del ingreso a las instituciones de salud y continuar su desarrollo durante la estancia hospitalaria hasta el alta.

Existen diversas propuestas para ejecutar los *planes de egreso*, entre las que están: la realización de intervenciones educativas progresivas, las cuales se evalúan mediante pre-test y post-test (5); programas de cuidados crónicos que se hacen con una agrupación de individuos con la misma patología y se imparte educación de manera colectiva (6); y otros se centran en educar sobre los hábitos de vida saludable de manera convencional o integrando el uso de las TIC (mensajes de texto, llamadas, videos o tele información) (7, 8, 9). Para cada propuesta, se recurre a la implementación de diferentes estrategias comunicativas antes de que el paciente egrese de los servicios de salud (folletos, cartillas, boletines, podcast, charlas, entre otras).

Algunas publicaciones han demostrado que los pacientes que reciben un *plan de egreso* presentan una disminución en el número de reingresos, en los días de hospitalización y en la mortalidad, aumentando la satisfacción y comodidad hacia los servicios al reducir los costos en tiempo y dinero que los reingresos y días hospitalarios generan a los usuarios y al sistema (10, 11, 12).

El presente capítulo describe la aplicación del *plan de egreso* integral a un adulto mayor, basado en el enfoque de estudio de caso con integración de la teoría de Dorothea Orem y la estrategia de cuidado denominada por la mnemotecnia *CUIDARME*.

Metodología

Se trata de una investigación con enfoque de estudio de caso en perspectiva de abordaje particular, en una situación y escenario específico. Se determina la metodología como enfoque y no como método, donde la elección del caso es definida por el interés mismo en el objeto estudiado, que busca dar cuenta de la particularidad del caso en el marco de su complejidad. La muestra es intencionada y permite variedad de fuentes de información como la observación, entrevistas, documentación, entre otras. El rol de los investigadores dentro del proceso se establece como observadores, entrevistadores, evaluadores, intérpretes y/o participantes (13, 14).

La investigación con enfoque de estudio de caso se delimita en tiempo y espacio, en relaciones e instituciones y valora la descripción densa de la información que implica una explicación y un juicio que, en el caso de enfermería, conduce a un(os) diagnóstico(s) de base para planear y ejecutar acciones proveedoras de salud, teniendo como último fin desarrollar conocimiento a partir de su estudio. Este enfoque posibilita la integración de procedimientos, metodologías o técnicas que facilitan su aplicación al proceso de enfermería y el ajuste de estas al propósito investigativo (13, 14).

La presente investigación elige como estudio de caso único: el abordaje educativo al adulto mayor después del alta hospitalaria, teniendo como criterios de selección el interés temático y conceptual del fenómeno, priorizar el conocimiento profundo del caso con sus particularidades y afrontar el reto del cuidado enfermero en un contexto complejo.

Consideraciones Éticas

Para las propuestas de investigación e intervención abordadas en el presente texto, se consideraron las disposiciones establecidas en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de enfermería establecidas en la Ley 911 de 2004, así como los aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos. Los abordajes a la población son reconocidos como de bajo riesgo, los cuales buscaron salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de las personas participantes, el respeto por la autonomía, la beneficencia y la justicia como principios éticos fundamentales. Igualmente se tuvo en cuenta el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, además del manejo adecuado de la privacidad y salvaguarda de los datos recolectados.

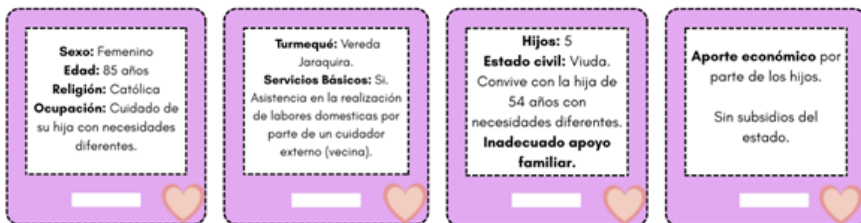
Descripción Del Caso

Se trata de una mujer en la octava década de la vida, que es referida al servicio de urgencias desde consulta externa por presencia de herida por quemadura en muslo derecho asociada a síncope durante el consumo de alimentos calientes, en ausencia de un cuidador. La quemadura estaba siendo tratada en casa con medidas alternativas sin obtener resultados de mejora, hasta presentar tejido necrótico. La paciente es hospitalizada y se le realiza un procedimiento básico de cirugía plástica (injerto cutáneo), por los requerimientos de cuidado del procedimiento se prolongó la hospitalización a 27 días con evolución positiva del injerto y área donante.

La valoración y análisis del caso se basó en la “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” de Dorothea Orem (15), compuesta por tres subteorías: teoría del autocuidado (*valoración*: factores condicionantes, requisitos de autocuidado universales, de desarrollo, y desviación de la salud), del déficit del autocuidado (*diagnóstico*: demandas de autocuidado identificadas: demanda de cuidado terapéutico y agencia de autocuidado) y sistemas de enfermería (*planeación, ejecución y evaluación*), la cual permite organizar la información de manera clara y completa (16).

Los aspectos de valoración y diagnóstico de la paciente se encuentran resumidos en el gráfico y tabla 1, con el fin de enfatizar y resaltar el cuidado de enfermería a través de la estrategia *CUIDARME*, como propósito central de este documento.

Gráfico 1. Información personal relacionada con los requisitos y factores condicionantes de la teoría



Fuente: Elaboración propia.

Valoración Diagnóstica

La siguiente tabla describe los hallazgos encontrados mediante la realización del examen físico, entrevistas, datos objetivos y subjetivos aportados por la paciente y familiar, integrando la primera subteoría del autocuidado de Orem. De acuerdo con la valoración,

se generaron cuatro diagnósticos de enfermería prioritarios, codificados según la clasificación NANDA 2023 (17).

Tabla 1. Requisitos de autocuidado universales y factores condicionantes

HALLAZGOS			
DATOS OBJETIVOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico por historia clínica de insuficiencia cardiaca. 	Adulto mayor con limitación de la movilidad.	Quemadura grado III de dimensiones 7 x 9 cm en muslo de miembro inferior derecho.	Peso: 40 k IMC: 16,6 k/m ² Constitución: Ectomorfo Delgadez
DATOS SUBJETIVOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Refiere desconocimiento de su enfermedad crónica de base. • Desinformación sobre el uso de los medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de lipotimia no documentada en historia clínica. • Convivencia: con hija con discapacidad o necesidades diferentes. 	Ausencia de dolor al momento de la valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere inapetencia, episodios eméticos ocasionales relacionados a lipotimia y consumo de bebidas frías. • Vértigo súbito • Alimentación no adecuada para su condición de salud.
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO			
Al momento de la valoración, la paciente y su cuidador afirman no conocer el diagnóstico de la enfermedad crónica que padece: insuficiencia cardiaca.	Paciente con pobre red de apoyo familiar. La paciente se encarga del cuidado de su hija con discapacidad o necesidades diferentes.	Debido a la quemadura de III grado más procedimiento quirúrgico (injerto), requiere de la intervención de personal de salud especializado para favorecer la c	De acuerdo con la valoración física, se identifica un patrón nutricional inadecuado, lo que afecta el proceso de cicatrización y agudización de la enfermedad.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO			
		correcta cicatrización de la herida y de la zona donante y una adecuada orientación para el cuidado en casa	
DIAGNÓSTICOS NANDA			
000126 Conocimiento deficiente R/C entendimiento y compromiso inadecuados del cuidado de la salud m/p verbalmente.	00188 Comportamiento de salud propenso a riesgos R/C comprensión inadecuada de su estado de salud y apoyo familiar insuficiente.	00046 Integridad de la piel deteriorada R/C accidente en el hogar secundario a descompensación de la función cardiaca.	00002 Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales R/C suministro inadecuado de alimentos m/pvaloración física.

Fuente: Elaboración propia con base en (17).

Estrategia Cuidarme

El proceso de recuperación es una etapa que requiere de la participación activa del paciente y su familia. Del cuidado oportuno dependerá el restablecimiento adecuado de la salud, evitando reingresos, hospitalizaciones prolongadas, daños en la salud mental y posibles complicaciones de los cuadros clínicos iniciales (5, 18). Dentro de esta etapa, es de vital importancia tener claro que para una recuperación pronta y exitosa es necesaria una atención integral en todos los aspectos que rodean al paciente, como una buena alimentación o el uso correcto de medicamentos (19).

En el momento del retorno a casa, los profesionales de salud tratan de ofrecer todo el conocimiento necesario para el manejo y control de la enfermedad y es aquí donde surge la necesidad de crear un plan

de egreso que permita brindar la información de forma sencilla para que el paciente se empodere de su enfermedad y del control de esta.

Una de las estrategias disponibles por su fácil aplicación para planear, ejecutar y evaluar un plan de egreso, es la estrategia denominada *CUIDARME*, que inicialmente se denominó: *MÉTODO*, mnemotecnía utilizada por el programa de enfermería de la Universidad de Caldas como base para los planes de egreso (5); luego se modificó al nombre de *CUIDARME*, con la intención de hacerlo más integral y permitir que se recuerde toda la información, con más facilidad, al momento de la salida.

La mnemotecnía *CUIDARME*, describe una dimensión de cuidado asignada a cada una de las letras, de la siguiente manera: **C**omunicación, **U**rgente, **I**nformación, **D**ieta, **A**mbiente, **R**екреación y uso del tiempo libre, **M**edicamentos y tratamientos, **E**spiritualidad (5) (gráfico 2).

Intervenciones De Enfermería Basadas En La Estrategia Cuidarme

Gráfico 2. Estrategia *CUIDARME* aplicada al cuidado integral de enfermería para el adulto mayor del caso

CRITERIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
<p>C Comunicación Identificación de la red de apoyo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Relación cercana de respeto y apoyo continuo. Diálogo constante con la paciente y sus familiares. Gestión y orientación para lograr el apoyo de un cuidador externo. Orientación a paciente, familia y/o cuidadores sobre la importancia y uso de los servicios del sistema de salud durante el seguimiento y control de la enfermedad. Gestión de enfermería para apoyo interdisciplinario con el área de trabajo social, nutrición y psicología.
<p>U Urgente Signos de alarma</p>	<ul style="list-style-type: none"> Educación y capacitación sobre los signos de alarma asociados a su patología: edemas en miembros inferiores, dificultad para respirar, aumento excesivo de peso, fatiga o debilidad, aumento / disminución de la frecuencia cardíaca o mareo, confusión o desvanecimiento. Educación y capacitación sobre los signos de alarma asociados al proceso de cicatrización del injerto: edema local, enrojecimiento, dolor, mal olor, sangrado, necrosis. Enseñanza: proceso de enfermedad. Se explica con claridad las características fisiológicas de su patología y las complicaciones reales y potenciales.
<p>I Información Información de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se crea la intervención educativa de enfermería llamada: AUTOCUIDADO PA' SUMERCE, como estrategia de enseñanza para afianzar conceptos. La intervención se realiza mediante el uso de TICs disponibles para la paciente en su momento y con el objetivo de lograr un alcance a familiares y cuidadores. Teleseguimiento y visita domiciliaria para realizar evaluación de la efectividad de las intervenciones educativas.
<p>D Dieta Alimentación adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se dieron las siguientes indicaciones dietarias: restricción del sodio (sal) con la opción de reemplazarse por especias como paprika o laurel, restricción de líquidos a un litro por día, evitar el consumo de comidas preparadas fuera de casa, bajo consumo de carbohidratos y azúcares, aumento en la ingesta de frutas y verduras, evitar el consumo de grasas saturadas, aumentar el consumo de proteínas y en caso de sed optar por el consumo de frutas congeladas. Gestión de enfermería para apoyo interdisciplinario con el área de nutrición.
<p>A Ambiente Doméstico, laboral y social.</p>	<p>Visita domiciliaria de apoyo con el fin de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar la implicación familiar para el acompañamiento continuo en todos los procesos. Evaluar las condiciones estructurales de la vivienda, su distribución interna y comprobar que la vivienda contará con los servicios públicos básicos de alcantarillado, luz, agua, teléfono y televisión. Socializar con familiares y cuidadores la identificación de factores de riesgo para posibles caídas o accidentes en casa, sugiriendo las indicaciones para su adecuación o modificación que minimizaran los riesgos. Algunas de esas recomendaciones fueron: Evitar tapetes, colocar pasamanos en el baño, uso de zapatos antideslizantes, evitar estar descalza, evitar obstáculos como sillas o sillones en los pasillos, evitar los pisos mojados, servir la alimentación en el comedor a una temperatura y textura tolerables para evitar quemaduras por el consumo de comidas o líquidos muy calientes. Fomentar la actividad física y las tareas domésticas de acuerdo a su tolerancia y capacidad.
<p>R Recreación Uso del tiempo libre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Indicar las condiciones para realizar actividad física de acuerdo a su tolerancia y capacidad: siempre en compañía del cuidador, caminatas de 10 a 15 minutos de 2 a 3 veces por semana o realizar ejercicios pasivos en silla para fortalecer los músculos de las extremidades, evitando así el sedentarismo. Sugerir visitas ocasionales al hogar rural con el fin de conectar con la naturaleza y su ambiente conocido. Estimular la integración familiar que fortalezcan las actividades recreativas.
<p>M Medicación Horarios, dosis, duración del tratamiento y efectos secundarios.</p>	<p>Durante la estancia hospitalaria, la visita domiciliaria se apoyó a través de la intervención educativa: AUTOCUIDADO PA' SUMERCE, se enseña el uso y manejo responsable de los medicamentos, enfatizando las siguientes instrucciones de cuidado a paciente, familia y/o cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Importancia de seguir al pie de la letra la indicación médica con respecto al tratamiento farmacológico. Memorizar cada uno de los medicamentos prescritos con dosis y horarios. Prevenir olvidos y llevar los medicamentos en caso de salir de casa por más de un día. Brindar educación permanente sobre el nombre de los medicamentos, función, efectos secundarios e importancia de su consumo adecuado.
<p>E Espiritualidad Persona: ser holístico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estimular la integración y el apoyo familiar permanente. Animar la participación de la paciente a reuniones familiares, eventos religiosos, sociales, visitar familiares o amigos y realizar actividades que le generen paz y tranquilidad. Brindar educación a familiares y/o cuidadores sobre los cambios psicológicos/mentales asociados al envejecimiento e intervenciones preventivas que puedan evitar estados depresivos. Incluir actividades musicales como parte de la intervención educativa: AUTOCUIDADO PA' SUMERCE.

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la Intervención Educativa

Las intervenciones educativas planteadas en el *CUIDARME*, se realizaron a través de una intervención innovadora, de iniciativa

propia, llamada: *Autocuidado pa' sumercé*. Esta se consideró como la forma más fácil y útil de brindar educación a través del uso de la tecnología y las comunicaciones.

Autocuidado pa' sumercé se implementó con base en los déficits de autocuidado y los diagnósticos de enfermería identificados durante la fase de valoración; consistió en proporcionar audios grabados en una memoria USB, divididos en tres módulos temáticos, para ser escuchados en cualquier momento por la paciente y sus cuidadores. Los temas estuvieron enfocados en cuidados para el manejo de la insuficiencia cardiaca, cuidados de la herida, piel y la prevención de accidentes en casa.

Al finalizar cada tema, se incluyó una canción, de acuerdo con los gustos musicales de nuestra paciente, con el objetivo de hacer más agradable la actividad. La intención fue facilitar que los audios se escucharan diariamente durante 30 minutos en la mañana y 30 minutos en la tarde, para que, mediante la repetición, tanto la paciente como sus cuidadores asimilaran los conceptos enseñados, aplicaran las actividades propuestas y comprendieran los cambios que debían realizar para generar un cuidado adecuado e integral.

Para realizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, se desarrolló un pre-test y un post-test, mediante un documento *ad hoc*, elaborado específicamente para esta situación. El documento se elaboró con cinco preguntas extraídas de la información contenida en los audios con el fin de evaluar la apropiación del conocimiento, antes y después de la intervención educativa. A continuación, se describen los núcleos temáticos, los subtemas y su respectiva duración (gráfico 3).

Gráfico 3. Diseño de la intervención educativa: módulos, núcleos temáticos, subtemas y duración

MÓDULO	TEMA	SUBTEMA	DURACIÓN
1	CUIDADOS PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Que es la insuficiencia cardiaca? • Signos y síntomas de alarma • Tratamiento • Complicaciones • Alimentación de acuerdo a las necesidades. 	15 Minutos
2	CUIDADOS DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Aseo e higiene de la piel • Alimentación saludable • Humectación e hidratación • Uso del bloqueador solar. 	15 Minutos
3	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN CASA	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la ropa y calzado adecuado. • Uso de bastón o caminador. • Iluminación del hogar • Evitar estar sola por tiempo prolongado. 	15 Minutos
Canciones incluidas entre los módulos:		Los guadales, a quien engañas abuelo(Silva y Villalva), El rey pobre, La pirinola (Jorge Velosa), El Sermón de mi mujer (Los doctores de la carranga), mi dicha(Romulo Caicedo), Reminiscencias, (Julio Jaramillo), Y andale(las hermanitas calle), entre otras.	30 Minutos

Fuente: Elaboración propia.

Evaluación

La evaluación de la estrategia *CUIDARME* se realizó mediante las indagaciones hechas a través de los contactos telefónicos con la paciente y sus cuidadores con el fin de evidenciar los conocimientos y hábitos adquiridos en el lapso de tiempo de la intervención. Luego de entregar el material de la intervención educativa, se mantuvo contacto telefónico una vez por semana, en un lapso de 25 días, realizando seguimiento al uso correcto de la información. Al finalizar la intervención se realizó una videollamada donde se aplicó el pos-test para evaluar el aprendizaje en el cual también observamos, mediante la actitud de la paciente, una mejoría sustancial del estado de salud. Durante el tiempo que duró la intervención, los familiares y cuidadora estuvieron dispuestos a colaborar en la implementación de las actividades y refirieron siempre un agradecimiento al cuidado ofrecido por parte de los estudiantes a cargo del proceso.

En la gráfica 4, se muestran los resultados obtenidos luego de la intervención de enfermería, desde el momento de la hospitalización hasta finalizar el acompañamiento, logros que fueron basados en el uso del metaparadigma de enfermería:

Gráfico 4. Resultados de la intervención educativa basados en el metaparadigma de enfermería



Fuente: Elaboración propia.

Consideraciones Finales

La estrategia *CUIDARME*, por su facilidad e integralidad, se convierte en una herramienta de primera mano para la elaboración de planes de egreso o de alta que continuamente se perciben como una necesidad sentida en los entornos hospitalarios. Su diseño a modo de acrónimo establece un proceso estructurado y mnemotécnico que orienta a los profesionales de la salud sobre los aspectos que se deben incluir cuando un paciente es dado de alta. Su impacto radica en la posibilidad de dar continuidad de manera integral a las acciones desarrolladas en las instituciones hospitalarias, teniendo en cuenta todas las dimensiones que conforman a un

sujeto de cuidado, pero cediendo la responsabilidad a la persona y su red de apoyo, los cuales logran consolidar el autocuidado, contribuyendo en la reducción de los reingresos hospitalarios y posibles complicaciones.

Estrategias de cuidado como la realizada en esta investigación evidencian la capacidad innovadora y auténtica que tiene la profesión de enfermería para crear herramientas efectivas y prácticas centradas en el paciente y su familia, que aportan a la calidad y efectividad de la atención en salud en todas sus dimensiones.

Al planear una intervención educativa como plan de egreso para el adulto mayor, no es suficiente con solo pensar en los temas que serán de interés para la persona, es necesario analizar todo el entorno; con quién vive, cómo vive y si es o no viable la puesta en marcha de esta estrategia. Es aquí donde se evidencia la importancia de la red de apoyo o del cuidador principal que motive y acompañe el proceso de aprendizaje, por lo cual no solo se debe plantear la intervención para la persona, sino que la participación de los familiares resulta vital para alcanzar el objetivo que se propuso al iniciar el proceso educativo.

La educación de los adultos mayores es un reto, ya que, dado el deterioro físico y cognitivo, los procesos de aprendizaje toman más tiempo y requieren formas diversas de ejecutarlos. Nunca se debe partir de la premisa de educarlos como niños, pues son personas con un cúmulo de experiencias y conocimientos valiosos, por lo cual se debe iniciar la educación desde su saber y gustos. Medios de entretenimiento como la radio, la cual es muy utilizada por nuestros adultos mayores, es fácilmente adaptable a esta estrategia siempre y cuando toda actividad se complemente con los gustos particulares de ellos, como la música, la cual tiene la capacidad de hacer más ameno un proceso de aprendizaje.

Agradecimientos

A nuestra paciente y a su familia por permitirnos ingresar a la intimidad de su hogar y confiar en nosotros para el cuidado de su salud. Al espacio de formación Adulto 1, por sembrar las bases de conocimiento necesarios para llevar a cabo este proceso y en especial a la profesora Ana María Murillo por su guía y aportes invaluable en todo el proceso.

Referencias

1. González R, Cardentey J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay* [Internet]; 2018 [citado el 19 de marzo de 2024];8(2):103-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81106>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación en Salud Colombiana 2022 (ASIS). [Internet] 2022 [Consultado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>
3. Castañeda Camacho, H. Fragilidad y características clínicas en pacientes muy ancianos con falla cardiaca aguda. Tesis [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2022 [consultado el 23 de marzo 2024], 83 páginas. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/82595/1052385171.2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Gallardo Solarte K, Ortiz Nieves VT, Giraldo Oliveros SA. Revisión Temática del Plan de egreso, otra competencia en enfermería. *Revista Unimar* [Internet]. 2018 [consultado el 19 de marzo de 2024];36(1):137-147. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328620804_Revisión_Tematica_de_Plan_de_egreso_otra_competencia_en_enfermeria
5. Pinzón de Salazar L. El Plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Rev*

- Hacia la Promoción de la salud [Internet]. 2005 [consultado el 19 de marzo de 2024]; 10(ene-dic): 22-27. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309125498003.pdf>
6. Nava Galán G. Plan de alta, continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. *Rev Enf Neurol (Mex)* [Internet] 2013 [consultado el 19 de marzo de 2024];12(1):40-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131g.pdf>
 7. Achury Saldaña DM, Rodríguez SM, Achury Beltrán LF, Padilla Velasco MP, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Rev Aquichan* [Internet]. 2013 [consultado el 19 de marzo de 2024]; 13(3);363-372. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a05.pdf>
 8. Ramos JM. Las TICs en enfermería de práctica avanzada [Internet]. España: Universidad de Cádiz; 2017 [consultado el 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://rodin.uca.es/handle/10498/19361>
 9. Hernández Pinzón C, Flórez Flórez ML. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardíaca y las tecnologías de la información y la comunicación. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2017 [consultado el 23 de marzo de 2024];24(2):96-104. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.001>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316301061>
 10. Sánchez B, Carrillo GM, Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: Una revisión integrada. *Rev U.D.C.A & Div. Cient* [Internet]. 2014 [consultado el 19 de marzo de 2024];17(1):13-23. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100003
 11. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2022 [consultado

- el 23 de marzo de 2024]; 2. Art. No. CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6.
12. Hunt-O'Connor C, Moore Z, Patton D, Nugent L, Avsar P, O'Connor T. The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *J Nurs Manag* [Internet]. 2021 [consultado el 23 de marzo de 2024];29(8):2697-2706. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13409> DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13409>
 13. Vasilachis De Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2009.
 14. Jiménez Chaves VE. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* [Internet]. 2012 [consultado el 5 de septiembre de 2024];8(1):141-150. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2226-40002012000100009
 15. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, et al. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem, punto de partida para calidad en la atención. *Rev Méd Electrón.* [Internet]. 2014 [consultado el 19 de marzo de 2024];36(6):835-845. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
 16. Alligood MR, Tomey M. Modelos y teorías de enfermería. Elsevier. [Internet]. 2018 [consultado el 9 de abril de 2024]; Novena Edición. Disponible en: <https://edimeinter.com/catalogo/novedad/modelos-teorias-enfermeria-9a-edicion-2018/>
 17. Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación (NANDA). Elsevier Health Science [Internet] 2021-2023 [consultado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Diagn%C3%B3sticos_Enfermeros_Definiciones_Y.html?id=0dY7EAAAQBAJ&redir_esc=y

18. Ávila Díaz A, Ruíz Intriago C. Guía para un Plan de egreso en personas con secuelas por Enfermedad Vascul ar Cerebral. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2018 [Consultado el 9 de abril de 2024];16(4):453-464. Disponible en <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n4/2395-8421-eu-16-04-452.pdf>
19. Núñez Narv áez JC. De regreso a casa: ¿qué enseñar a la persona con insuficiencia cardíaca? *SyS Uptc* [Internet]. 11 de enero de 2023 [citado 15 de agosto de 2023];7(1). Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/15500

Actividad física musicalizada como terapia de rehabilitación a personas en condición de discapacidad física

Musicalized physical activity as a rehabilitation therapy for people with physical disabilities

Marianne Arlette Durán Avendaño*
Jaider Johan Zamora Muñoz**
Vanessa Estefanía Ceballos***

RESUMEN

Con este trabajo se quiso intervenir en la vida de personas con discapacidad física, demostrando cómo la actividad física musicalizada impacta positivamente en varios aspectos de su salud y bienestar y puede servir como una terapia de rehabilitación y mantenimiento de la salud. Se utilizó la herramienta del Marco Lógico para el desarrollo de la intervención dentro de la

* Enfermera, Magistera en Enfermería, Universidad de La Sabana. Grupo de investigación: Calidad y Cuidado en Enfermería. Docente programa de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0004-5340-2086>. Marianne.duran@uptc.edu.co

** Enfermero, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0002-0076-7474>. Jaider.zamora@uptc.edu.co

*** Estudiante, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <https://orcid.org/0009-0003-9476-5097>. vanessa.ceballos@uptc.edu.co

investigación cualitativa, como acercamiento a la investigación acción participación. Con la actividad se beneficiaron doce personas con discapacidad física; la metodología estuvo apoyada en la revisión bibliográfica sobre actividad física musicalizada para personas con discapacidad física, seguida de identificación de participantes e invitación a los mismos, valoración de necesidades individuales, sus limitaciones físicas y preferencias, diseño de programa personalizado que tenga en cuenta las necesidades y capacidades de cada participante. Se realizó la implementación de dos sesiones de actividad física musicalizada en un entorno seguro y accesible para todas las personas con discapacidad. Los resultados de la intervención muestran los impactos significativos en varios aspectos de la salud y bienestar de los participantes, los cuales se evidenciaron y fueron referidos por los participantes en los aspectos de: bienestar físico y mental, motivación y alegría.

Palabras clave (DeCS): personas con discapacidad física, deportes para personas con discapacidad, enfermería en rehabilitación, ejercicio de rehabilitación

Abstract

This work was intended to intervene in the lives of people with physical disabilities, demonstrating how musicalized physical activity has a positive impact on various aspects of their health and well-being. The proposed intervention sought to demonstrate how dance could improve the physical and mental health of people with disabilities, showing it as a therapy for rehabilitation and health maintenance. The Logical Framework tool was used for the development of the intervention within qualitative research, as an approach to participatory action research. The activity benefited 12 people with physical disabilities; the methodology was supported by the literature review on musicalized physical activity for people with physical disabilities. Followed by identification of participants and invitation to them, assessment of individual needs: physical limitations and preferences, personalized program design taking

into account the needs and abilities of each participant. The implementation of two sessions of musicalized physical activity in a safe and accessible environment for all people with disabilities was carried out. The results of the intervention show significant impacts on several aspects of the health and well-being of the participants, which were evidenced and referred by the participants in the aspects of: physical and mental well-being, motivation and joy.

Keywords (DeCS): disabled persons, sports for persons with disabilities, rehabilitation nursing, exercise therapy

Introducción

El presente trabajo surge de la necesidad de realizar una intervención a las personas con algún grado de discapacidad física, centrándonos en cómo la actividad física impacta positivamente en la salud física, mental, social, cultural y la dignificación de la vida y salud de estas personas, al tiempo que permite fortalecer nuestros conocimientos como enfermeros profesionales frente al cuidado de personas con discapacidad y otras habilidades y experiencias de los autores, como el ser entrenador físico certificado y compañera deportista con discapacidad física y actualmente líder de este grupo de personas.

En Boyacá contamos con aproximadamente 28.215 personas con discapacidad física según la base de datos del Ministerio de Salud (1). La mayoría de ellas la han adquirido en su etapa adulta y han tenido una rehabilitación y acompañamiento muy básicos a la hora de adaptarse a su nueva realidad.

La discapacidad es una de las condiciones más frecuentes en el contexto nacional y mundial. En Colombia, las cifras no son exactas y los censos están muy sesgados dado que no hay un sistema de captación y seguimiento específico. Según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) del año 2018, existen 1.379.001 personas con discapacidad en Colombia, de las cuales el 80% pertenece a los estratos 1 y 2, y el 52% se ubica en cinco zonas específicas de Colombia (Bogotá, Antioquia, Valle, Santander y Nariño), pero es en los departamentos de Huila y Sucre donde se encuentra la tasa más alta a nivel nacional (2).

Las personas que no tienen ningún tipo de discapacidad y no realizan actividad física pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas; las personas adultas con discapacidad tienen tres veces más probabilidades de sufrir enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes o cáncer (3). La actividad física aeróbica, como lo es la rumbo terapia, es un factor protector

de gran importancia ya que tiene beneficios físicos, mentales y sociales, sin embargo, la gran mayoría de personas no realiza estas actividades en su tiempo de ocio pues no encuentran la motivación para realizarla o simplemente se les dificulta llevarlas a cabo, además de que en nuestra región no existen espacios lúdicos que permitan la inclusión de personas con discapacidad en baile, danza u otras actividades que estén adaptadas a sus condiciones, sumado a que quienes viven esta situación perciben que no aportan nada a los demás, a ellos mismos o a su entorno (4, 5).

Nuestro propósito fue influir positivamente en la salud mental y física de las personas con discapacidad, así como encontrar estrategias efectivas y eficaces para mejorar la calidad de vida y autocuidado de estas personas. Esto se realizó mediante actividades musicalizadas en el Club Deportivo de la ciudad de Duitama, Boyacá. Dentro de las actividades se identificaron las condiciones específicas de cada uno de los pacientes para conocer sus necesidades individuales y establecer las actividades musicalizadas, además permitió conocer y evaluar qué y cómo se adaptarían, el tipo de música, movimientos, tiempos, etcétera.

El estudio sobre la calidad de vida en personas discapacitadas ha tomado gran importancia al ser evaluada intersectorialmente por ramas como la salud, servicios sociales, rehabilitación y educación, debido a que allí pueden generar un gran impacto positivo en lo físico, lo social y lo emocional, aun desde el primer acercamiento. Ello plantea la importancia de que los profesionales de la salud debemos apoyar, motivar y recomendar que estas personas realicen actividad física, debido a su alto impacto a nivel psicosocial, emocional y físico para mejorar su calidad de vida y dignificarla.

Uno de los conceptos más aceptados a nivel internacional es el propuesto por Schalock, quien menciona que la calidad de vida y la situación de discapacidad se ven reflejadas en cada persona; él expone ocho dimensiones principales de la vida que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo

personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (6).

Los profesionales de la salud a diario se enfrentan con este tipo de población sin la correcta capacitación para su abordaje, por esto es importante formar profesionales de la salud de manera integral, que sean capaces de brindar un primer acercamiento o una primera línea de atención a estas personas. La mayoría de las veces se hace fácil generar remisiones a especialidades, estas remisiones se demoran en generar un primer contacto y es entonces como el sistema de salud falla en muchas de las veces, debido a sus demoras en la atención, vulnerando así derechos de las personas discapacitadas (6).

Dicho esto, generalmente los profesionales de enfermería son el primer contacto directo de cuidado que tienen las personas al acercarse a un centro de salud, o al menos es lo que se espera. Más allá de remitir a una persona a diferentes especialidades, debemos ser empáticos, igualitarios en el trato con los otros, tener una visión de enfoque social, que las personas con discapacidad vean reflejada la importancia que tiene para la rehabilitación el buscar ayuda en los demás (7).

Es así como lo(a)s enfermero(a)s, así como son esa puerta de entrada a la búsqueda de ayuda, también son la imagen de los servicios de salud y rehabilitación. Las personas con discapacidad buscan en esta profesión oportunidades para dignificar y mejorar su vida; es necesario permitirles descubrir que tener tal apoyo no aumenta la condición de incapacidad, sino maximiza la generación de independencia sin disminuir sus habilidades, por esto el tener algún tipo y grado de discapacidad no quiere decir que estas personas estén enfermas, sino que necesitan el apoyo para adaptarse a su nueva circunstancia o estilo de vida. Es como si volvieran a nacer, y en consecuencia deben adaptarse a un entorno que no está diseñado para ellos o al que simplemente no están acostumbrados, es así que para la enfermería representa no solo una deuda social

pendiente, sino una gran oportunidad de ampliarla e integrarla dentro del campo profesional (7).

Fundamentación Filosófica

Esta intervención busca comprender la realidad social de las personas con discapacidad frente a la inclusión social y el desarrollo de actividades lúdico-recreativas como forma de rehabilitación, es así como se espera que en el futuro estén entrelazadas diferentes ramas intersectoriales y factores de dinámica social. Dentro de la intervención se permitió una interacción recíproca con la población en condición de discapacidad y se abre la puerta a involucrar el cuidado desde la visión de la enfermería como un medio para ayudar a fortalecer al ser humano, mitigando las consecuencias de la discapacidad (8-10).

Epistemológica: Para realizar esta intervención nos situamos en el ejercicio de que impartir y compartir conocimientos con los demás conlleva conocer y estudiar los beneficios, la importancia y la forma de adaptar actividades como la rumba terapia, teniendo presente que se va a trabajar con personas con discapacidad, lo cual requiere aportes específicos del cuidado así como de otras áreas que buscan brindar desarrollo integral, mejorando y conservando las capacidades físicas y la salud mental en los adultos con discapacidad (11-13).

Ontológica: Esta propuesta plantea, por medio de la práctica de la rumba terapia, aportar en la satisfacción de necesidades y requerimientos de las personas con discapacidad y así lograr una mejor adaptación a su nueva realidad, a través de una buena participación en la rumba terapia y fortaleciendo su proceso de rehabilitación (11, 12).

Pedagógica: Esta intervención parte del requerimiento que como enfermeros tenemos de aprender sobre discapacidad para crear y adaptar una nueva forma de cuidado y así compartir saberes y

enseñanzas, a través de métodos lúdicos como la rumba terapia, fundamentada en bases de conocimiento profesional y así conservar las capacidades físicas de los adultos con discapacidad (11, 12).

Consideraciones Éticas

El desarrollo de este caso se implementó bajo las directrices enmarcadas en la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2006, según las cuales se preservaron los derechos a la intimidad, se hizo uso del consentimiento informado y se informó del *Habeas Data* de manera verbal, en donde quienes aceptaron, el total de los convocados, decidieron continuar en el desarrollo de las actividades. Para esto se explicó el proyecto, sus objetivos, y se dejó claro el fin académico de la intervención, por eso como resultado, y a petición de los beneficiarios, no se dejó registro físico ni de las valoraciones ni de las historias clínicas relacionadas por ellos; cumpliendo así con los principios bioéticos de veracidad y autonomía, según los cuales la persona con discapacidad o sus cuidadores permiten y deciden qué acciones quieren o no desarrollar.

Metodología

Para la realización de nuestro proyecto de intervención se hizo un acercamiento a la investigación cualitativa basada en la investigación-acción-participación, utilizando la herramienta del Marco Lógico, la cual permite realizar una intervención dinámica, organizada y bien estructurada que de manera secuencial incluye: la identificación de los involucrados, luego se analizan los problemas, después se plantean los objetivos y, en último término, se diseñan las alternativas (14).

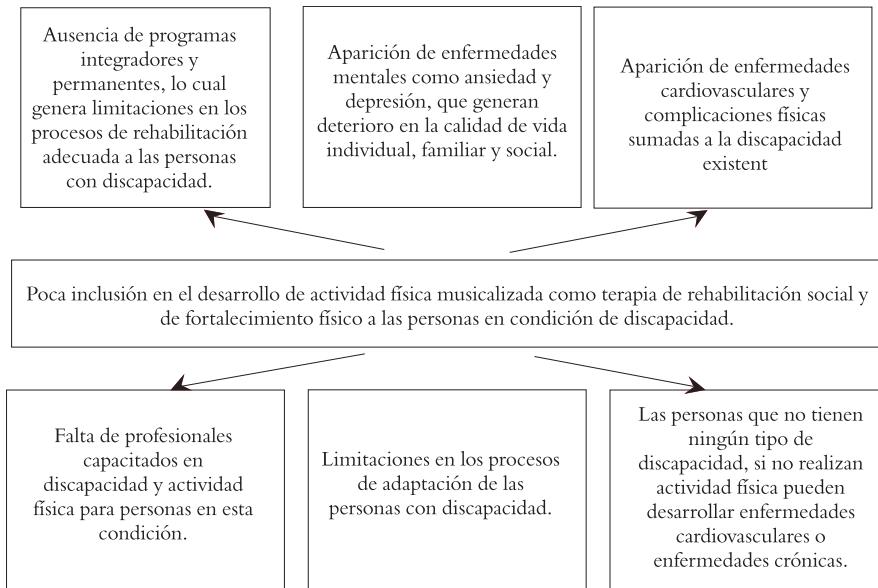
Como criterio de inclusión se estableció abarcar a personas con discapacidad física, sin embargo se incluyó dentro de la actividad una persona con discapacidad mental severa como respuesta a

la solicitud del grupo en general, lo cual no cambió ninguna orientación y amplió más los aportes a la intervención.

Para la recolección de información se realizó conversatorio con grupo focal en cabeza del presidente de la liga, y en donde, debido al interés de los convocados y quienes aceptaron la intervención, se realizó con el total de la población, de quienes se identificaron las necesidades específicas. La recolección de la información se hizo a través de la valoración física general, para permitir establecer las condiciones de cada participante y con esto determinar el tipo de movimiento, estiramientos y calentamientos requeridos de acuerdo con lo encontrado. Posterior al análisis, se procedió a llevar un listado de priorización de acuerdo a lo referido por los participantes, dejando como punto unificado el tema de la necesidad de un adecuado calentamiento y estiramiento previo y posterior a su actividad deportiva, y la necesidad de realizar actividades lúdicas; esto permitió realizar una guía con movimientos y ejercicios estructurados para esta población.

A continuación, se presenta el diseño del proyecto siguiendo la metodología del Marco Lógico, que inicia por la identificación del problema a través del árbol de problemas (gráfica 1), el cual surge de una primera intervención con la población objeto en donde, previo consentimiento informado, los participantes relacionaron su problemática vivida a través de la dinámica de grupo focal. Allí se recogieron todas las ideas de los participantes, quienes estuvieron proactivos y aportaron muchos criterios que posteriormente, con la revisión de la literatura, permitieron establecer la problemática central con tres causas y sus posibles consecuencias:

Gráfica 1. Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia.

Una vez establecido el árbol de problemas, se establecieron las posibles soluciones, las cuales, según la metodología del Marco Lógico, se condensan en una matriz que permite primero conocer el propósito de la intervención, el cual más que un objetivo a largo plazo es la visualización de la intención y los logros que buscamos con el desarrollo de estas actividades. De igual forma, el plan de acción plantea cuál es el objetivo general con tres objetivos específicos para dar cumplimiento al mismo, y de estos objetivos específicos se establecieron las metas, los medios de verificación y los supuestos que planteamos de manera positiva; es así como se presenta dentro de la matriz del Marco Lógico el siguiente plan de acción:

Tabla 1. Plan de acción basado en la matriz de Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS.	META	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
PROPÓSITO	El presente trabajo surge de la necesidad de realizar una intervención en el cuidado de las personas con algún grado de discapacidad física, centrándonos en cómo la actividad física impacta positivamente en la salud física, mental, social, cultural y la dignificación de la vida y salud de estas personas, fortaleciendo nuestros conocimientos como enfermeros profesionales frente al cuidado de personas con discapacidad, y otras habilidades y experiencias de los autores, como el ser entrenador físico certificado y deportista con discapacidad física y actualmente líder de personas con discapacidad.		
OBJETIVO GENERAL:	Posibilitar el mejoramiento de las capacidades físicas y mentales psicológicas de un grupo de adultos con discapacidad física a través de la actividad física musicalizada.	Proyecto escrito y desarrollado	Permitir el desarrollo de actividades estructuradas para este grupo poblacional, que les faciliten y mejoren su proceso de calidad de vida.
OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1	<ul style="list-style-type: none"> Establecer las necesidades de mejoramiento físico y mental de la población en condición de discapacidad. 	Caracterización de la población, establecimiento de prioridades a través de conversatorio.	Determinación adecuada de necesidades de acuerdo al concepto de la población.
OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 2	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar una Guía de ejercicios para la práctica de actividad física musicalizada para los adultos con discapacidad. 	Guía estructurada	Profesionales que diseñan planes pertinentes para la población.
OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 3	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar la Guía de ejercicios con la población adulta en condición de discapacidad. 	Videos, fotografías, testimonios de los asistentes.	Participación activa del grupo de adultos en condición de discapacidad y sus familias.

Fuente: Elaboración propia.

Una vez establecido el plan de acción general, y continuando con el desarrollo de la metodología del Marco Lógico; se plantearon las actividades de acuerdo con cada objetivo, los recursos necesarios para su ejecución, los indicadores mínimos de evaluación, los cuales fueron cumplidos en su totalidad, y al final los medios de verificación que permitieron evidenciar el desarrollo de cada actividad de manera sistemática y organizada. A continuación, se presenta esta matriz de actividades:

Tabla 2. Matriz de actividades basadas en la matriz de Marco Lógico

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1 Establecer las necesidades de mejoramiento físico y mental de la población en condición de discapacidad.			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Convocar a la población beneficiaria a través de comunicación del presidente de la Liga de Duitama	Redes sociales, minutos telefónicos, datos de Internet	Población convocada / población asistente	Pantallazos invitación redes sociales, chats con el presidente del club.
Realización de un conversatorio con los participantes del club deportivo en silla de ruedas del municipio de Duitama-Boyacá para definir necesidades de mejoramiento físico y explicación de la intervención	Salón, libreta y lapicero		Listado de necesidades referenciadas
Indagación de las lesiones que padecían las personas con discapacidad participantes por medio de una valoración física breve, a fin de planear las actividades físicas de manera que fueran cómodas, efectivas y no causaran ninguna lesión.	Salón, libreta y lapicero	Número de asistentes / número de personas valoradas	Valoraciones físicas documentadas

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 2. Diseñar una Guía de ejercicios para la práctica de actividad física musicalizada para los adultos con discapacidad.			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Revisión de bibliografía sobre ejercitación física, deporte, fortalecimiento físico, calentamiento, estiramientos.	Internet, libros de texto, videos	Número de material bibliográfico revisado / número de material bibliográfico utilizado	Ficha estado del arte
Estructuración de la guía por actividad, tipo de música, tiempo, objetivo físico y objetivo mental.	Internet, libros de texto, videos	Guía realizada	Documento
OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 3. Desarrollar la Guía de ejercicios con la población adulta en condición de discapacidad			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACION	MEDIOS DE VERIFICACION
Con el apoyo del presidente del club, se procedió a gestionar la cancha de baloncesto que cumpliera con los ajustes razonables acordes a las necesidades de las personas con discapacidad teniendo en cuenta que todas se encontraban en silla de ruedas.	Lugar con piso adecuado para el manejo de sillas de ruedas	Aval para la utilización del espacio solicitado	Comunicaciones con el presidente del club
Un día antes de cada sesión se organizó la logística: sonido, cancha deportiva, llamadas telefónicas a los participantes, hidratación, hojas y lapiceros para recomendaciones y sugerencias (botella de agua), refrigerio (fruta, galleta, jugo).	Parlante de sonido, música, Internet, refrigerios	Número de personas convocadas / número de asistentes	Fotos, videos, redes sociales

Fuente: Elaboración propia.

Una vez estructurado todo dentro de la matriz del Marco Lógico, dimos paso al desarrollo de la intervención. A continuación, describimos la realización de cada actividad según cada objetivo planteado, con sus respectivos medios de verificación:

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1. Establecer las necesidades de mejoramiento físico y mental de la población en condición de discapacidad.

Actividad 1. Convocar a la población beneficiaria a través de comunicación del presidente de la Liga de Duitama, la página oficial del club.

Se realizó la convocatoria a través del presidente de la Liga de Duitama y por redes sociales de esta misma agrupación, obteniendo como indicador la participación del 100% de los convocados.

Actividad 2. Realización de un conversatorio con los participantes del club deportivo en silla de ruedas del municipio de Duitama, Boyacá para definir necesidades de mejoramiento físico y explicación de la intervención.

En este conversatorio se reunió el grupo focal y fue nombrado como: “*Ponte en mis ruedas*”, pues allí ellos expresaron de manera verbal, dinámica y abiertamente todas sus necesidades frente a la condición de discapacidad, y cómo están alejados de muchas actividades lúdico recreativas, entre ellas la rumba terapia, pues existen pocas actividades y espacios adaptados a sus condiciones; de este conversatorio surge el trabajo posterior, número de sesiones disponibles para ellos según sus tiempos y disponibilidad.

Se realiza posteriormente una valoración física general buscando tener presente, para la planeación siguiente de los ejercicios y movimientos, el tipo de limitación física de cada uno de los participantes, la cual se presenta a continuación:

Actividad 3. Indagación de las lesiones que padecían las personas con discapacidad participantes por medio de una valoración física breve, a fin de planear las actividades físicas de manera que fueran cómodas, efectivas y no causarían ninguna lesión.

En esta intervención, participaron 14 personas con discapacidad física (obteniendo un indicador de gestión del 100%), con edades comprendidas entre los 20 y 65 años, pertenecientes al club deportivo en silla de ruedas del municipio de Duitama, Boyacá. Actualmente, todos participan como deportistas de alto rendimiento en atletismo, baloncesto y tenis de mesa y evidencian utilización de silla de ruedas como dispositivo de movilización.

De acuerdo a las valoraciones y al conversatorio realizado con los asistentes se encontró:

- 3 personas con amputación traumática de miembro inferior
- 10 personas con paraplejia
- 1 persona con discapacidad cognitiva severa

Contamos también con la participación de un menor de edad, quien no sufre de discapacidad, sobrino de una persona con discapacidad y quien apoya el proceso de su familiar y cuenta ya con la habilidad para el manejo y control de silla de ruedas y lo acompaña en sus entrenamientos desde la silla de ruedas.

Como acompañantes estuvieron presentes familiares y el grupo de pensionados del Ejército Nacional desde la fundación FUNPAZBOY Duitama, quienes también participaron activamente en las sesiones. Teniendo presente lo encontrado en las valoraciones, se encontró presencia de dolor e incomodidad a nivel de hombros, manos y columna torácica y cervical en todos los participantes, talvez relacionado a sus extensas jornadas de ejercitación física, sin calentamiento ni estiramientos, además de la falta de rotación de actividades físicas más allá de su deporte base;

por tanto, se definió la necesidad de establecer la actividad física musicalizada para procesos de calentamiento previo al deporte y estiramientos posteriores al mismo, al igual que como terapia de relajación e integración social.

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 2. Diseñar una Guía de ejercicios para la práctica de actividad física musicalizada para los adultos con discapacidad.

Actividad 1. Revisión de bibliografía sobre ejercitación física, deporte, fortalecimiento físico, calentamiento, estiramientos.

Una vez establecido el tipo de limitaciones en los participantes, se realiza la revisión de literatura para poder fundamentar cada ejercicio y movimiento; además, fue necesario que el enfermero instructor de rumba terapia tuviera una sesión de aprendizaje en el manejo de la silla de ruedas para poder estructurar la dinámica previa a las sesiones con la población y ser asesorado por el presidente de la liga. Esto permitió dar cumplimiento a la visión pedagógica de intercambio de conocimientos y saberes para poder tener un resultado positivo para las personas con discapacidad y para los enfermeros e instructores físicos.

Para esta revisión de literatura, se implementó una estrategia de búsqueda bibliográfica, que supuso llevar a cabo una revisión sistemática de literatura en las bases de datos Pubmed, Science direct, Lilacs, Scielo, Scopus, Medline, Dialnet y Redalyc. El proceso de identificación de los artículos consistió en tres etapas:

Etapas 1: Identificación de los artículos

En la primera etapa, se realizó una búsqueda lógica de artículos en bases de datos: Pubmed, Science direct, Lilacs, Scielo, Scopus, Medline, Dialnet y Redalyc, con el fin de identificar la literatura relacionada con actividad física musicalizada y su aporte en la

rehabilitación de las personas con discapacidad física, *se encontraron 30 artículos.*

Etapa 2: Selección de los artículos

Al realizar la revisión por títulos, resúmenes y palabras clave, *se excluyeron 26 artículos*, justificados así:

- Razón 1 de eliminación: temática no relacionada
- Razón 2 de eliminación: antigüedad mayor a 10 años
- Razón 3 de eliminación: sin acceso

Etapa 3: Elegibilidad de los artículos

Se examinaron 4 artículos, los cuales cumplieron con criterios de inclusión (10 años o menos, libros, artículos de revisión, enfermería, medicina, profesionales de la salud, ciencias sociales), a los cuales se sumaron 2 artículos por revisión en citación de los artículos originales, con criterios de exclusión mencionados en las razones 1, 2 y 3.

Al final se obtuvo *un total de 6 artículos*, los cuales cumplían con los requerimientos establecidos para la realización posterior de la guía de ejercicios; también se pudo relacionar que no existe mucha información de deporte, ejercitación, rumba terapia y temas similares adaptada o específica para personas con discapacidad, por tanto se tomaron estos 6 generales sobre ejercitación física como directriz para realizar la guía básica de ejercicios para rumba terapia (tabla 3).0

Tabla 3. Material bibliográfico referenciado para la construcción de la Guía de ejercicios desarrollada en las sesiones de rumba terapia

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
Práxedes A. Sevil J, Moreno A, del Villar F, García-González L. (15)	Niveles de actividad física en estudiantes universitarios: diferencias en función del género, la edad y los estados de cambio	Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte [Internet]. 2016;11(1):123-132.	https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311143051014	Algunas expresiones utilizadas en la danza, asociadas a la discapacidad, como “integrado”, “inclusivo”, entre otros términos, no constituyen la mejor forma posible de calificarla. Esto no quiere decir que no sean necesarias algunas adaptaciones según las condiciones del individuo, pero, considerando que ningún cuerpo es igual, es decir, cada uno es único y necesita ser trabajado de diferentes maneras, independientemente de si tiene alguna discapacidad o no, estos términos sugieren que parece que esta práctica no está adecuadamente adaptada, pues actualmente ya existen bailarines profesionales ciegos, profesionales de la danza deportiva en sillas de ruedas, entre otros, que ejemplifican cómo la danza puede ser practicada profesionalmente, o como ocio, también por personas con discapacidades, y no sólo utilizados con fines terapéuticos y/o inclusivos para esta población. La anatomía sólo se convierte en destino cuando el hombre se ve privado de representar algo más que sus características corporales.

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
Centers for Disease Control and Prevention (16)	Increasing physical activity among adults with disabilities [Internet]. 2021	Internet	https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/pa.html	<p>Para aeróbicos: Al menos 2 horas y 30 minutos (150 minutos) a la semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (es decir, caminar a paso ligero; desplazarse en silla de ruedas); o 1 hora y 15 minutos (75 minutos) por semana de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa (es decir, trotar, baloncesto en silla de ruedas); o una combinación de actividades físicas aeróbicas de intensidad moderada y vigorosa cada semana. Una regla general es que 1 minuto de actividad intensa es aproximadamente lo mismo que 2 minutos de actividad moderada. Para fortalecer los músculos: actividades de intensidad moderada o alta que involucren a todos los grupos musculares principales dos o más días a la semana (es decir, trabajar con bandas de resistencia; yoga adaptado), ya que estas actividades brindan beneficios adicionales para la salud.</p>

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
Alcaldía Mayor de Bogotá. (17)	Actividad física musicalizada	[Internet]. Gov.co.	https://www.idrd.gov.co/recreacion/actividad-fisica-y-deporte/actividad-fisica/actividad-fisica-musicalizada	Para el programa Actividad Física es fundamental ofrecer sesiones de alta calidad técnica, que permitan a nuestros usuarios la práctica de actividad física segura y benéfica, por tal motivo se deben seguir unos lineamientos durante cada fase (inicial, central y final): 1. Fase inicial: Duración: 20 minutos. Consiste en preparar todos los sistemas del cuerpo de una manera general y específica, en donde se realizan ejercicios a una intensidad muy suave. 2. Fase central: Duración: 25 minutos. Consiste en aplicar técnicas, métodos y ejercicios que se adapten a toda la población con una intensidad entre “moderada” y “un poco fuerte”, dependiendo de la
Ministerio de Salud. (18)	ABECÉ de la discapacidad	Internet	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abecedela-discapacidad.pdf	finalidad de la sesión. 3. Fase final: Duración: 10 minutos. Consiste en normalizar todos los sistemas del cuerpo (vuelta a la calma) por medio de ejercicios y movimientos que permitan un descenso seguro del esfuerzo. En todos los puntos del programa <i>Recreo vía</i> se debe cumplir con los tiempos y objetivos de las fases de la sesión. Nuestra misión es ofrecer actividad física segura y benéfica para toda la familia. Qué es un Producto de Apoyo para personas con discapacidad (Anteriormente conocido

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
Monforte, J., Devis-D, J., Úbeda J. (19)	Discapacidad, actividad física y salud: modelos conceptuales e implicaciones prácticas. Cultura, ciencia y deporte, 15(45), 401-410.	Cultura, ciencia y deporte, ISSN 1696-5043, Vol. 15, N.º. 45, 2020, págs. 401-410	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7536937	¿como Ayuda Técnica)? Se concibe como: ¿Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a: a) facilitar la participación; b) proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; c) prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación
Muñoz E M, Garrote D, Sánchez C (20)	La práctica deportiva en personas con discapacidad: motivación personal, inclusión y salud	International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 4,	https://www.redalyc.org/pdf/3498/34985353701.pdf	Propone un enfoque multidimensional para la promoción de estilos de vida activos, basado en el diálogo entre el modelo social-relacional de la discapacidad y el modelo socio-ecológico de promoción de la salud. Por todo ello, este artículo constituye un recurso de gran utilidad para los profesionales de la actividad física que trabajan para mejorar la salud y el bienestar de las personas con discapacidad. También debemos realizar programas óptimos con personas con discapacidad, teniendo en cuenta, por ejemplo, que se debe escoger un deporte adecuado, el trabajo debe ser llevado a cabo por un equipo profesional

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
<p>Camargo DA, Delgado JV, García V, García V, Estupiñán LM, Medina PM, et al. (21)</p>	<p>Estado del arte de la investigación en discapacidad y actividad física en Sudamérica. Una revisión narrativa (State of the art of research on disability and physical activity in South America. A Narrative Review)</p>	<p>núm. 1, 2017, pp. 145-152 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. Badajoz, España</p>	<p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8875549</p>	<p>interdisciplinario, tenemos que contar también con unas infraestructuras apropiadas y adaptadas a las condiciones necesarias, y por último hacer un seguimiento a nivel individual de la aptitud de cada participante. La orientación en el mismo es muy importante, considerando la singularidad de las personas.</p>
<p>Camargo DA, Delgado JV, García V, García V, Estupiñán LM, Medina PM, et al. (21)</p>	<p>Estado del arte de la investigación en discapacidad y actividad física en Sudamérica. Una revisión narrativa (State of the art of research on disability and physical activity in South America. A Narrative Review)</p>	<p>Retos Digit [Internet]. 2023</p>	<p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8875549</p>	<p>Realizar entrenamiento cardiopulmonar con ejercicios que se pueden realizar en la silla de ruedas, como movilizar los brazos de manera activa o activa asistida empleando elementos que hay en casa, como bastones o palos de escoba. Esta actividad puede durar de 20 a 50 minutos de acuerdo al nivel de actividad física de la persona y de su funcionalidad. Durante estas actividades es fundamental el monitoreo de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial; en casa también podemos hacer uso de la escala de percepción del esfuerzo de Borg</p>

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
<p>Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (22)</p>	<p>Recomendaciones de actividad física adaptada una estrategia de promoción de la salud en casa, para la población con discapacidad</p>	<p>PDF Internet</p>	<p>https://colfi.co/wp-content/uploads/2020/04/PROMOCION-DE-LA-SALUD-AFA-EN-CASA-PARA-LAS-PERSONAS-CON-DISCAPACIDAD_compressed.pdf</p>	<p>Se recomienda en población con discapacidad realizar actividad física todos los días, vinculada a las actividades de la vida diaria, así como realizar durante la semana actividades específicas, relacionadas con el ejercicio terapéutico o el deporte adaptado para el desarrollo de su condición física, el mejoramiento de su funcionalidad y percepción de calidad de vida. Por último, al igual que en la población en general, es necesario disminuir el tiempo frente a pantallas, lo cual en este tiempo de confinamiento puede llegar a aumentar.</p>
<p>Santos R, Gutiérrez GL, Roble OJ. (23)</p>	<p>Dança para pessoas com deficiência: um possível elemento de transformação pessoal e social. Rev Bras Ciênc Esporte</p>	<p>Revista Brasileira de Ciências do Esporte. Volume 41, Issue 3, July–September 2019, Pages 271–276</p>	<p>http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.029</p>	<p>La presencia de un sujeto con discapacidad motora o sensorial puede causar daños a otras personas, como la fluida dialéctica de la palabra y el cuerpo de repente se tensa, choca contra la opacidad real o imaginada del cuerpo del otro, engendra preguntas sobre lo que es apropiado o no hacer y decir en su presencia. Y el malestar es tanto más vivido cuanto los atributos físicos del actor son menos propicios a la identificación con él.</p>

Autor	Título	Publicación en:	Disponible en:	Aporte teórico
Muñoz F. Martínez A. (24)	Actividad física adaptada en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad: una propuesta desde la perspectiva social	Pensar Mov Rev Cienc Ejerc Salud [Internet]. 2022	https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/47007	Actividad física y deporte adaptado/inclusivo: en esta etapa y estrategia, las actividades pueden ser llevadas al entorno comunitario, teniendo en cuenta la posibilidad de que las personas puedan acceder a actividades diseñadas para ellos, como las que van de la mano con el deporte adaptado. Esto permitiría dar pie para desarrollar planes y programas que se enfoquen en los lineamientos internacionales de la rehabilitación, basada en la comunidad con un modelo ecológico, que tiene directa relación con la clasificación internacional del funcionamiento y el entender la discapacidad como una relación entre las características de la persona en conjunto con el entorno que la rodea, desde las personas facilitadoras y barreras que la comunidad presenta para la participación efectiva.

Fuente: Elaboración propia.

De la revisión, resulta una guía que establece 15 ejercicios y movimientos, el tipo de música requerida, el tiempo necesario para el desarrollo de cada actividad y el objetivo tanto físico como mental al cual contribuye cada movimiento. La tabla 4 muestra algunos de los movimientos establecidos en la guía, la cual es entregada a este grupo poblacional específico posterior a la realización de las sesiones.

Tabla 4. Guía descriptiva de actividad física realizada para este grupo poblacional

ACTIVIDAD	TIPO DE MÚSICA	TIEMPO	OBJETIVO FÍSICO	OBJETIVO MENTAL
Presentación, explicación y educación sobre lo que se va a realizar y sus objetivos		10 min	Preparar la mente para lo que se va a realizar	
Calentamiento	Relajante y aumentando la intensidad de RPM	10 min	Gracias al calentamiento aumentamos la irrigación sanguínea en los músculos, así los músculos se contraen con más fuerza y se relajan más rápidamente, mejorando la velocidad y la fuerza durante el movimiento.	No olvidemos el aspecto mental del calentamiento. Durante estos ejercicios estamos enfocando nuestra atención y energía en el esfuerzo físico que vamos a realizar. Además, nos sirve para despejar la mente y asegurarnos de que comencemos el entrenamiento con toda nuestra energía y atención puesta en él.
			Aumenta la velocidad de transmisión de los impulsos nerviosos.	
Movimientos articulares, ya sean laterales, verticales, horizontales, circulares (tobillos, rodillas, caderas, espalda, hombros, codos, manos, cuello); estos ejercicios se deben realizar por lo menos 15 veces por cada parte del cuerpo que se vaya a realizar el calentamiento.				

ACTIVIDAD	TIPO DE MÚSICA	TIEMPO	OBJETIVO FÍSICO	OBJETIVO MENTAL
Baile (Movimientos laterales, avanzadas, diagonales, movimientos de los brazos)	Bachata (<i>Llévame contigo</i> , Romeo Santos)	3:46 min	Mejora la flexibilidad, aumenta la coordinación, quema de calorías, mejora el estilismo de la persona, aumenta la fuerza muscular.	Aumenta la concentración. Relaja la capacidad motora desde la mente. Libera hormonas (dopamina). Estimula la creatividad, eleva la autoestima.
Baile (aplausos, levantamiento de brazos, giros)	Merengue (<i>La tanguita roja</i>)	3:28 min	Ayuda con el sistema cardiovascular, los aplausos ayudan a marcar los tiempos de la música.	Ayuda y aumenta la concentración. Relaja la capacidad motora desde la mente. Libera hormonas. Estimula la creatividad, eleva la autoestima.
Baile (saltos, giros, movimientos horizontales y verticales)	Carranga (<i>Mi estrellita errante</i>)	3:24 min	Agilidad motora, aumenta la fuerza muscular, mayor esfuerzo cardiovascular y respiratorio.	Identificación cultural, aumenta la autoestima, aumenta la capacidad de memorizar pasos.
Baile (movimientos laterales, horizontales y verticales)	Lambada (versión 1989)	3:27 min	Aumenta la fuerza muscular de miembros superiores e inferiores al ser movimientos laterales con abducción de miembros.	Capacidad de sincronización musical, memorización de pasos.

ACTIVIDAD	TIPO DE MÚSICA	TIEMPO	OBJETIVO FÍSICO	OBJETIVO MENTAL
Baile (movimientos de cadera, brazos y piernas)	<i>La bicicleta</i>	3:49 min	Aumenta la fuerza muscular, disminuye el ritmo cardíaco, aumenta la oxigenación.	Creatividad, capacidad de realizar coreografías, sincronización, aumenta la concentración.
Baile (medias vueltas, aplausos, movimientos de hombros)	<i>Cali pachanguero</i>	5:10 min	Mayor agilidad, aumenta el ritmo cardíaco al ser una canción larga y demandante con movimientos de hombros, los cuales ayudan a nuestro sistema respiratorio, aumenta la oxigenación.	Exige mayor atención, rendimiento y concentración.
Baile (movimientos laterales arriba, laterales abajo)	<i>El baile del gorila</i>	3:08 min.	Mejora la flexibilidad, aumenta la coordinación, quema de calorías, mejora el estilismo de la persona, aumenta la fuerza muscular.	Identificación al pasado, genera felicidad al ser un baile que caracteriza un animal, recordar a nuestros hijos y nietos.
Baile (movimientos laterales y de hombros, círculos con los brazos, marcación cada 3 pasos)	<i>Swaga</i>	4:03 min	Aumenta la agilidad de extremidades, aumenta el ritmo cardíaco al ser música moderada.	Exige mayor atención, rendimiento y concentración, aumenta la energía corporal, aumenta la adrenalina en el cuerpo.

ACTIVIDAD	TIPO DE MÚSICA	TIEMPO	OBJETIVO FÍSICO	OBJETIVO MENTAL
Baile (aplausos, marcaciones con MI, círculos, figuras con los brazos)	<i>Tú eres ajena</i> (merengue)	5:00 min	Aumenta la capacidad cardiovascular, cardiorrespiratoria, la agilidad de brazos y piernas, fortalece y tonifica los músculos.	Aumenta la capacidad de concentración y la capacidad de seguimiento.
Baile (movimientos laterales arriba, laterales abajo)	<i>Rock & roll</i>	4:35 min	Aumenta el ritmo cardíaco y respiratorio al ser pasos repetitivos y exigentes, con movimientos de las 4 extremidades, arrodillarse y levantarse, mejora la alineación corporal.	Libera hormonas, aumenta la capacidad de concentración y la capacidad de seguimiento.
Baile (secuencia de 4 pasos con giros, elevación de brazos, círculos con los brazos)	<i>Imitadora</i> (bachata)	4:00 min	Mejora la flexibilidad, aumenta la coordinación, quema de calorías, mejora el estilismo de la persona, aumenta la fuerza muscular.	Aumenta la concentración, relaja la capacidad motora desde la mente, libera hormonas (dopamina), estimula la creatividad, eleva la autoestima.
Estiramiento, relajación, manejo y concienciación respiratoria	Música relajante	8:00 min	Mejora la capacidad respiratoria, relaja los músculos, concienciación de la respiración.	Relaja la mente, libera toxinas por medio del sudor, felicidad.

Fuente: Elaboración propia.

Actividad 2. Estructuración de la guía por actividad, tipo de música, tiempo, objetivo físico y objetivo mental.

Como resultado de la revisión se estableció la Guía de ejercicios estructurada de acuerdo a los puntos anteriores y la valoración realizada.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3. Desarrollar la Guía de ejercicios con la población adulta en condición de discapacidad.

Actividad 1. Con el apoyo del presidente del club, se procedió a gestionar la cancha de baloncesto que cumpliera con los ajustes razonables acordes a las necesidades de las personas con discapacidad teniendo en cuenta que todas se encontraban en silla de ruedas.

Para la realización de la intervención se permitió el uso de la cancha de baloncesto estructurada para deportistas en silla de ruedas, ubicada al respaldo de la sede del club deportivo en silla de ruedas de Duitama. Este espacio es importante para el desarrollo de la actividad, pues ha sido diseñado para el adecuado movimiento de las sillas de ruedas acorde con el tipo de piso, las dimensiones y la demarcación, por tanto fue de gran apoyo para la actividad física musicalizada.

Las instalaciones de la sede nos permitieron realizar las valoraciones físicas generales y algunas conversaciones tanto individuales como colectivas.

Actividad 2. Un día antes de cada sesión se organizó la logística: sonido, cancha deportiva, llamadas telefónicas a los participantes, hidratación, hojas y lapiceros para recomendaciones y sugerencias (botella de agua), refrigerio (fruta, galleta, jugo).

Se realizó la compra de refrigerios previo a cada encuentro, estableciendo alimentos saludables y con aporte nutricional adecuado.

REALIZACIÓN DE SESIONES: Actividad física musicalizada como terapia de rehabilitación social y de fortalecimiento físico, a un grupo de personas en condición de discapacidad física.

Dentro de las sesiones propuestas y realizadas se desarrollaron ejercicios con movimientos rítmicos de acuerdo a la movilidad articular en cuello con ejercicios rotativos, esta actividad permite realizar el calentamiento cervical y de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo, para la ejecución de los movimientos posteriores; en esta parte identificamos dificultad de muchos participantes, pues generaba dolor debido a la sobrecarga muscular relacionada con su actividad deportiva y la falta de calentamiento y estiramiento previo.

Con la ejecución de movimientos laterales y circulares en miembros superiores y movimientos laterales del tronco fortalecemos y preparamos los músculos de miembro superior, como deltoides, bíceps, tríceps, ante cubitales y de mano. A pesar de que el tren superior es el más utilizado de manera activa voluntaria, se pudo evidenciar en la mayoría de los participantes molestias a la rotación y elevación, sumado a las propias molestias de lesiones ya establecidas producidas durante la práctica deportiva, por tanto se hizo hincapié en los movimientos articulares previos con el tiempo justo y posteriores con el estiramiento adecuado.

En la segunda sesión se tuvo la oportunidad de participar en conjunto en uno de sus procesos deportivos (baloncesto), en donde los enfermeros participaron juntamente con la población en situación de discapacidad en un mini-torneo de baloncesto en silla de ruedas; esto permitió compartir el punto de vista de una persona en silla de ruedas y experimentar sus vivencias.

Como profesionales siempre vamos con la visión de educar, pero realmente aprendimos muchísimo más de ellos, su aceptación ante la situación de discapacidad, la madurez con la cual se ríen de ellos mismos y de su discapacidad es su forma de aceptación; su vínculo social con la familia es indispensable. Sentarnos en una silla de ruedas y realizar las actividades no solo nos permitió reconocer cómo es vivir con ayuda de un dispositivo como la silla, sino la aceptación que nos brindaron hasta hacernos sentir parte de ellos.

Conclusiones

- La población con discapacidad que escogimos como población de estudio, a pesar de ser deportistas de alto rendimiento en diferentes deportes, no cuenta con una persona guía quien les indique cómo se debe realizar un correcto engranaje de calentamiento, fortalecimiento de músculos, ejercicios, alimentación y estiramiento en los deportes que practican, lo cual los pone en riesgo de generar lesiones continuamente; frente a esta situación, la actividad física musicalizada es una estrategia adecuada para el pre y post actividad deportiva.
- Las personas con discapacidad que participaron en esta intervención son personas disciplinadas en sus deportes, sin embargo, no dedican tiempo a otras actividades lúdico-recreativas, las cuales generan beneficio tanto para el mantenimiento de su condición física como para el desarrollo de su propio deporte, es así como la actividad física musicalizada permite espacios de socialización y estabilidad mental adicional al fortalecimiento de sus cuerpos.
- La enfermería es una profesión que está ligada al primer contacto con estas personas, tanto las intervenciones durante como posteriores al diagnóstico, lo cual nos permite ver que como profesionales de enfermería podemos lograr mejor acercamiento e impacto en las personas con discapacidad, a quienes podemos ofrecer pautas de autocuidado con la estimulación y educación sobre los diferentes ejercicios isométricos, isotónicos, técnicas de movilización, manejo de dispositivos, entre otros. El trabajo conjunto con otras áreas, como fisioterapia y psicología, potencia desde el primer momento un proceso de adaptación más temprano y eficiente.
- El trabajar con agremiaciones consolidadas, como es el Club Deportivo en Silla de Ruedas de Duitama, permite generar visiones de mejoramiento para todos aquellos que por eventos específicos deben enfrentarse a un cambio radical de vida,

fomenta la creación de grupos de apoyo para manejo integral desde el día 1 post evento con el acompañamiento hasta la adaptación, y es acá en donde la enfermería con sus aportes, tanto en educación, procedimientos, cuidados generales y otras actividades, puede generar propuestas para liderar procesos y programas de impacto social.

- La capacidad de inclusión de las personas con discapacidad es mucho más acentuada que las personas que no la tienen, esto se evidenció cuando los familiares de muchos de ellos, incluidos niños y adolescentes, practican deportes en silla de ruedas sin tener discapacidad, eso demuestra la capacidad de inclusión a otras personas; la manera como nos acogieron a nosotros también demuestra que tienen una mente abierta a darnos a conocer su realidad y cómo manejan para mantener una calidad de vida óptima desde todos los contextos con inclusión familiar, parte vital en el proceso de adaptación.
- La promoción y difusión de la intervención son clave para aumentar su visibilidad y generar interés en la comunidad. Esto puede implicar la realización de campañas de sensibilización, la participación en eventos y actividades comunitarias y el uso de medios de comunicación y redes sociales para llegar a un público más amplio.
- Teniendo en cuenta que la mayoría de personas con discapacidad no cuenta con los recursos ni el conocimiento para adquirir hidratación, refrigerios sanos, o acompañamiento de un profesional en el tema deportivo, es crucial asignar adecuadamente los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades de manera efectiva. Esto incluye recursos financieros, humanos y materiales.
- La comunicación y coordinación entre organizadores y líderes de las personas con discapacidad involucradas en la intervención es esencial para garantizar una implementación fluida y coherente. Lo que facilita una comunicación clara y efectiva entre todos los miembros de la comunidad con

discapacidad, brindándoles una participación efectiva en la creación de las sesiones de actividad física musicalizada.

- Es indispensable garantizar la seguridad y accesibilidad de los entornos donde se llevan a cabo las actividades físicas adaptadas. Esto incluye la adecuada preparación de instalaciones, equipos y materiales para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, estos espacios se pueden gestionar con los líderes de la población, ya que conocen los sitios culturales y deportivos que cumplen con los ajustes razonables y son bien conocidos por la administración encargada de los préstamos de escenarios.

Declaración de Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Club Deportivo en Silla de Ruedas del Municipio de Duitama, Boyacá.

Referencias

1. Ministerio de Protección Social. Boletín Poblacional Personas con Discapacidad-PCD 1 Oficina de Promoción Social I-2020. Boletines poblacionales: Personas con Discapacidad. 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadI-2020.pdf>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia. 2020. [citado el 7 de mayo del 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/abr_2022_nota_estadistica_Estado%20

actual_de_la_medicion_de_discapacidad_en%20Colombia_presentacion.pdf

3. Organización Mundial de la Salud, OMS. Discapacidad. Marzo 2023. [citado el 28 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
4. Correa J. Danza, expresión e inclusión. Un acercamiento hacia la danza integradora y la danza deportiva en silla de ruedas como prácticas inclusivas. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica (2016). [citado el 6 de abril del 2024]. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1222/te.1222.pdf>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Inactividad relacionada con enfermedades crónicas en adultos con discapacidades [Internet]. 2014 [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_adultos_discapacidades_050614.html
6. Henao C, Gil L. Calidad de vida y situación de discapacidad. Hacia prom. Salud [Internet]. 2009 Dec [citado 2024 Mar 02]; 14(2):114-127. Disponible en: http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772009000200009&lng=en
7. Cruz M, Pérez M del C, Jenaro C. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. Index Enferm [Internet]. 2010 [citado el 11 de marzo de 2024];19(2-3):177-81. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962010000200023
8. Carriel M. La rumbaterapia y su incidencia en la conservación de las capacidades físicas de los adultos mayores en la parroquia Atahualpa de la ciudad de Ambato. Informe final del trabajo de graduación o titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Ciencias de la Educación. Mención Cultura Física, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, 2013,

- [citado 15 abril del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7401/1/FCHE-CF-283.pdf>
9. Ochoa G, Castellanos A. Centro de rehabilitación física, Tunja-Boyacá. Tesis de Pregrado. Universidad Santo Tomás. Tunja 2019, [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/21002?show=full>
 10. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Paho.org. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
 11. Cortina M. Actividad Física, retos y desafíos. Edición digital. Universidad de Córdoba. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstreams/37d23bf4-9387-4633-a4e4-a66ae082aceb/download>
 12. Varela M, Duarte C, Salazar I, Lema L, Tamayo J. Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Rev. Colombia Médica*. [Internet]. 2011 julio [citado 2024 abril 12];42(3): 269-77. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n3/v42n3a2.pdf>
 13. Corbella J. Las mujeres se benefician más de la actividad física que los hombres [Internet]. *La Vanguardia*. 2024 [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/ciencia/20240220/9524469/mujeres-benefician-mas-actividad-fisica-hombres.html>
 14. Lanza S, Sepúlveda CA, Olate M, Espejo C. Aplicación de metodología de Marco Lógico para el análisis del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino en Chile. *Rev. chil. obstet. ginecol*. [Internet]. 2010 [citado 2024 Mar 02];75(5):294-299. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500004>.

15. Práxedes A, Sevil J, Moreno A, del Villar F, García-González L. Niveles de actividad física en estudiantes universitarios: diferencias en función del género, la edad y los estados de cambio. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte* [Internet]. 2016 [citado el 2 de marzo de 2024];11(1):123-132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311143051014>
16. Centers for Disease Control and Prevention. Increasing physical activity among adults with disabilities [Internet]. 2021 [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/pa.html>
17. Alcaldía Mayor de Bogotá. Actividad física musicalizada [Internet]. Gov.co. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.idrd.gov.co/recreacion/actividad-fisica-y-deporte/actividad-fisica/actividad-fisica/actividad-fisica-musicalizada>
18. Ministerio de Salud. ABECÉ de la discapacidad [Internet]. Gov.co. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-de-la-discapacidad.pdf>
19. Monforte J, Devís DJ, Úbeda J. (2020). Discapacidad, actividad física y salud: modelos conceptuales e implicaciones prácticas. *Cultura, ciencia y deporte*, 15(45): 401-410. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7536937>
20. Muñoz EM, Garrote D, Sánchez C. La práctica deportiva en personas con discapacidad: motivación personal, inclusión y salud. *International J Develop Educ Psycho*. [Internet]. 2017 [citado el 2 de marzo de 2024];4(1):145-152 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537015.pdf>
21. Camargo DA, Delgado JV, García V, García V, Estupiñán LM, Medina PM, et al. Estado del arte de la investigación en discapacidad y actividad física en Sudamérica. Una revisión narrativa (State of the art of research on disability and physical activity in South America. A Narrative Review). *Retos Digit* [Internet]. 2023 [citado el 27 de mayo de 2024]; 48:945-68.

Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/95286>.

22. Colegio Colombiano de Fisioterapeutas. Recomendaciones de actividad física adaptada, una estrategia de promoción de la salud en casa para la población con discapacidad [citado el 27 de mayo de 2024]. Disponible en: https://colfi.co/wp-content/uploads/2020/04/PROMOCION-DE-LA-SALUD-AFA-EN-CASA-PARA-LAS-PERSONAS-CON-DISCAPACIDAD_compressed.pdf
23. Santos R, Gutiérrez GL, Roble OJ. Dança para pessoas com deficiência: um possível elemento de transformação pessoal e social. *Rev Bras Ciênc Esporte* [Internet]. 2019 [citado el 27 de mayo de 2024];41(3):271–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.029>
24. Muñoz Hinrichsen F, Martínez Aros A. Actividad física adaptada en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad: una propuesta desde la perspectiva social. *Pensar Mov Rev Cienc Ejerc Salud* [Internet]. 2022 [citado el 27 de mayo de 2024];20(1):e47007. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/47007>

Semblanza de Autores

Autores Docentes

Sandra Lorena Herrera Giraldo

Enfermera, Maestría en antropología social (en curso). Docente e investigadora del grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS. Coordinadora del Boletín Zujucua del mismo grupo, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Su más reciente publicación es: La categoría de género en la investigación y producción de conocimiento en enfermería en Iberoamérica: aportes para el debate.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1910-0610>

sandra.herrera@uptc.edu.co

Nubia Esperanza Hernández Bernal

Enfermera, magíster en enfermería. Docente e investigadora del grupo de investigación Gestión y Calidad en Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; línea de investigación actual: Cuidado de la persona en estados de dependencia. Sus más recientes publicaciones son: Proceso de valoración semiológica de Chávez para el cuidado de enfermería, publicada por la editorial Uptc, y Prevalencia de lesiones de piel asociadas a la dependencia física en geriátricos e instituciones de salud de Tunja, publicada en la revista Gerokomos.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1506-9062>

nubia.hernandez01@uptc.edu.co

Leidy Alexandra González Sánchez

Enfermera, especialista en salud ocupacional, especialista en desarrollo integral de la infancia y adolescencia, magíster en enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Docente e investigadora del grupo de investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Uptc. Sus líneas de investigación son: Fundamentos y gestión en enfermería y Enfermería materno perinatal e infantil. Sus más recientes publicaciones son: Guía didáctica para enfermería. Módulo oxigenoterapia, de la editorial Uptc, Estrategias de promoción de la salud mental en adolescentes: caso de una institución educativa y Manual de procedimientos básicos en salud para estudiantes de enfermería. Actualmente es coordinadora académica de la Especialización en seguridad y salud en el trabajo, de la Uptc.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9153-3782>

leidyalexandra.gonzalez@uptc.edu.co

Luz Dary Cano Rodríguez

Enfermera, especialista en cuidado crítico del adulto, especialista en auditoría en salud, magíster en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Docente e investigadora del grupo de investigación Calidad y Cuidado en Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Sus líneas de investigación son enfermería pediátrica y procesos educativos en salud.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-3796-4428>

luz.cano@uptc.edu.co

Claudia María Moreno Mojica. Enfermera, Magíster en enfermería de la Universidad de la Sabana, Magíster en Pedagogía de la Universidad Santo Tomás. Docente, coordinadora Semillero Ubuntu, Grupo de investigación Calidad y Cuidado en Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Las líneas de investigación actuales son: práctica de cuidado y pedagogía para el

cuidado. Sus más recientes publicaciones son: Proceso de valoración semiológica de Chávez para el cuidado de enfermería y Percepción del padre con pérdida perinatal frente a la atención del equipo de salud, publicadas por la editorial Uptc.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1463-1546>

Claudiamaria.moreno@uptc.edu.co

Milena Alexandra Galvis López

Enfermera, magíster en enfermería. Líder-investigadora del Grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Su trabajo se enmarca en las líneas de investigación Cuidado en la adversidad y Producción, divulgación y documentación en enfermería. Sus áreas de desempeño son la historia de la enfermería, la bioética y la investigación en salud con enfoque cualitativo. Su más reciente publicación es: Speeches by Young University Students on Alcohol Consumption: A Reading from a Gender Perspective.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3352-7581>

Correo electrónico: milena.galvis@uptc.edu.co

Mayra Solanye Galindo Huertas

Enfermera, magíster en salud sexual y reproductiva, Doctora en estudios sociales, Posdoctorado en metodologías de la investigación crítica. Docente e investigadora del grupo de investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Actualmente es coordinadora del Observatorio de Géneros y Derechos Humanos de la Uptc. El énfasis de investigación está centrado en los estudios de género a través de su participación en la línea de investigación Equidad de Género en Salud, del grupo de investigación GERCUS de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia-Uptc. Su más reciente publicación es: Interventions or Strategies to Prevent

and/or Reduce Alcohol Consumption within the university Population: A Realistic Review.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2769-858X>

mayra.galindo@uptc.edu.co

Julián Andrés Barragán Becerra

Enfermero, doctor en educación y mediación pedagógica. Docente universitario, gestor e investigador del grupo de investigación Gestión y Calidad en Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Ha contribuido a la formación de profesionales de la salud e incursionado en procesos educativos, pedagógicos, de inclusión de la simulación clínica y el fortalecimiento de temáticas del área. Sus más recientes publicaciones son: Proceso de valoración semiológica de Chávez para el cuidado de enfermería y Sistematización de experiencias en salud y comunidad como estrategia de aprendizaje, publicadas por la editorial Uptc.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6132-8558>

julian.barragan@uptc.edu.co

Carol Pinzón Jaimes

Enfermera de la Universidad Industrial de Santander, especialista en cuidado crítico del adulto, magíster en pedagogía de la Universidad Santo Tomás. Docente e investigadora del grupo de investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Sus más recientes publicaciones son: “El actuar de enfermería en soporte nutricional. Detección de sobrecostos”, publicado en la revista Salud, historia y sanidad; Guía de práctica clínica basada en evidencia para toma de decisiones al retirar sonda vesical permanente y Guía didáctica para enfermería. Módulo oxigenoterapia, publicadas por la editorial Uptc.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4366-8866>

Correo electrónico: carol.pinzon@uptc.edu.co

Marianne Arlette Durán Avendaño

Enfermera, magíster en enfermería de la Universidad de la Sabana. Docente e investigadora del grupo Gestión y Calidad en Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Su más reciente publicación es: “Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses sometidas a mastectomía por cáncer de mama”, publicado en la revista Cultura de los Cuidados Enfermería y Humanidades.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5340-2086>
marianne.duran@uptc.edu.co

Autores Estudiantes/Profesionales Egresados***Andrea Carolina Hernández Castro***

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/009-0006-0494-7498>
andrea.hernandez05@uptc.edu.co

Adriana del Pilar Velasco Rincón

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-7372-3031>
pilyveri1011@gmail.com

Sonia Alejandra Molano Gaitán

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-3292-5257>
sonia.molano01@uptc.edu.co

Aura María Parada Herrera

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5212-3508>

aura.parada01@uptc.edu.co

Karen Lizeth León Vargas

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/00090001-7365-1061>

karen.leon01@uptc.edu.co

Marcos Adrián Heij Álvarez

Enfermero, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5259-7257>

marcosadrianheijalvarez@gmail.com

Jonathan Andrés Molano Bolívar

Enfermero, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1998-2114>

jonathan.molano@uptc.edu.co

July Alejandra Cárdenas

Estudiante, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0884-2104>

july.cardenas@uptc.edu.co

Aura M. López Sarmiento

Estudiante, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5424-3716>

aura.lopez06@uptc.edu.co

Kateryne Torres Rincón

Estudiante, Semillero Ubuntu, Grupo Calidad y Cuidado en Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2521-3753>

kateryne.torres@uptc.edu.co

Ana María Mejía Mesa.

Estudiante, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3083-0748>

ana.mejia02@uptc.edu.co

Ángela Yenifer Yandar Acevedo

Enfermera, Semillero del Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/009-005-0714-9558>

angela.yandar@uptc.edu.co

Marly Tatiana Aguilar Chaparro

Enfermera, Semillero del Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, GERCUS. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8339-4575>

marly.aguilar@uptc.edu.co

Juliana Amézquita López

Enfermera, Semillero del Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3077-3613>

julianaalopez@uptc.edu.co

Yeison Fernando Arias Neira

Enfermero, Semillero de Investigación Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7190-1859>

yeison.arias@uptc.edu.co

Juliana María Rodríguez Monroy

Enfermera, Escuela de Enfermería. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-9976-2271>

julianamarodri@gmail.com

Juan Camilo Lavao Jiménez

Enfermero, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-8840-0529>

lavaojimenez@gmail.com

Diana María Manrique Buendía

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8854-6889>

dinnama.12@gmail.com

Yonatan Arley Acosta Bonilla

Enfermero, Semillero del grupo de investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3231-6643>

yonatan.acosta@uptc.edu.co

Yuri Andrea Jiménez Acevedo

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0721-8139>

yury.jimenez01@uptc.edu.co

Luz Adiola Holguín Holguín. Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3442-3840>

luz.holguin01@uptc.edu.co

Jaider Johan Zamora Muñoz

Enfermero, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Entrenador físico certificado.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0076-7474>

jaider.zamora@uptc.edu.co

Vanessa Estefanía Ceballos Chamorro

Enfermera, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Líder en el deporte de esgrima en silla de ruedas. Presidente de la Liga de Deporte en Silla de Ruedas de Boyacá, periodo 2018-2022.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-9476-5097>

vanessa.ceballos@uptc.edu.co



Este libro se terminó de editar en el mes
de diciembre de 2025, en la Editorial UPTC.
Tunja - Boyacá - Colombia.



El Grupo de Gestión y Calidad en Enfermería genera espacios de investigación para la búsqueda del conocimiento, reconocimiento del ser y quehacer de enfermería que contribuyan a la gestión y la calidad de la disciplina. A su vez fomenta el espíritu investigador en los estudiantes, para establecer propuestas que los vinculen con el conocimiento desde el diálogo permanente mediante el análisis, la crítica, la capacidad argumentativa y propositiva para la investigación en enfermería.



El grupo de Investigación Enfermería y Atención Primaria en salud (APS) tiene como visión ser líder en el desarrollo de procesos de investigación en enfermería y medicina, que articulen la APS al ejercicio de los profesionales de la salud a nivel local, regional, nacional e internacional. Se enfoca en generar investigaciones que integren la medicina y la enfermería basada en evidencia con la vinculación de otros profesionales de la salud como sello de inclusión e interdisciplinariedad para un crecimiento más integral del conocimiento científico.



El grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, adscrito a la Escuela de Enfermería de la UPTC, ha desarrollado diversos proyectos en el marco de la línea de investigación, Producción, Divulgación y Documentación en Enfermería. Cuenta con una trayectoria exitosa en la difusión de saberes y conocimientos sobre el cuidado, como objeto de estudio de la profesión, con el objetivo de visibilizar los procesos creativos de enfermería y las otras formas de divulgar conocimiento resaltando la validez científica de éstos.



El libro *Synergia: experiencias investigativas en enfermería* reúne experiencias investigativas de docentes y estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), con el propósito de exteriorizar procesos y resultados de investigación que fortalecen el conocimiento científico y sean de acceso abierto para profesionales de la salud y sociedad en general. Cada capítulo expone el uso de diversas metodologías y enfoques desarrollados en diferentes poblaciones y contextos del cuidado. Las revisiones de literatura ofrecen orientaciones efectivas basadas en la indagación científica que responden a preguntas específicas del ejercicio profesional. El enfoque cualitativo brinda al lector una mirada epistemológica a las narrativas, relatos y contenidos que surgen desde la reflexión constante del ser-hacer y que exhiben el sentido humano de la profesión. Finalmente, tres intervenciones evidencian el desarrollo operacional de modelos investigativos aplicados durante el ejercicio profesional de enfermería en sus diferentes roles. La formación investigativa implica que docentes y estudiantes desarrollen e incentiven la capacidad analítica e intelectual buscando trascender los límites del conocimiento y generando nuevos saberes derivados del acto educativo que, fundamentados en procesos rigurosos de investigación, sirvan de enlace cooperativo entre la academia y la sociedad.



Uptc®
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia
VIGILADA - MINEDUCACIÓN

